

IHP 3

Handbuch zur Individuellen Hilfeplanung

Stand: 2010

Inhaltsverzeichnis

1.	Einleitung	4
2.	Die UN-Konvention und ihre Folgen	6
3.	Die Klassifikation nach der ICF	8
3.1	Aktuelle Situation in Deutschland	8
3.2	Das Bio-psycho-soziale Modell der Behinderung	9
3.3	Körperfunktionen und Körperstrukturen	10
3.4	Kontextfaktoren	11
3.5	Aktivitäten und Teilhabe	14
3.6	Kodierung von Sachverhalten nach der ICF	17
3.7	Erwartungen in Bezug auf den IHP3	20
4.	Der Begriff der Behinderung in den SGB IX und SGB XII	22
5.	Zielentwicklung und Zielüberprüfung	25
5.1	Die Zielebenen des IHP3	26
5.2	Maßnahmen und Ziele	30
5.3	Maßnahmen und Leistungen	33
5.4	Zielüberprüfung und Fortschreibung	34
6.	Die Bögen des IHP3	36
6.1	Der Basisbogen	36
6.2	Der Gesprächsleitfaden	40
7.	Bestimmung notwendiger Leistungen	49
7.1	Dienstleistung	50
7.2	Geldleistung	50
7.3	Persönliches Budget	51
7.4	Sachleistung	51
7.5	Von der angestrebten Wohn- und Lebensform zur notwendigen Leistung	53
7.6	Hilfeplankonferenz und Bedarfsfeststellung	55
8.	Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gesellschaft	60
8.1	Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft	62
8.2	Leistungen zur medizinischen Rehabilitation	68
8.3	Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben	70
8.4	Unterhaltsichernde und andere ergänzende Leistungen	72
9.	Andere Sozialleistungen und Leistungen zur Teilhabe	73
9.1	Leistungen zur Pflege; Soziotherapie	73
9.2	Die Heilmittel Ergotherapie, Sprachtherapie und Physiotherapie	74

10. Verzeichnis der Tabellen und Abbildungen	76
11. Literaturverzeichnis	77

1. Einleitung

Mit der Übernahme der Zuständigkeit für die ambulanten Eingliederungshilfen zum Wohnen im Sommer 2003 hat der LVR ein Individuelles Hilfeplanverfahren entwickelt. Es geht davon aus, dass der Mensch mit Behinderung Experte seiner Lebenssituation ist und deshalb im Zentrum des Verfahrens steht. Im persönlichen Kontakt werden seine Ziele in verschiedenen Lebensbereichen erfragt und die angesichts seiner behinderungsbedingten Beeinträchtigungen individuell erforderlichen Unterstützungsleistungen ermittelt. Als Gesprächsgrundlage und Planungsbogen wird das Instrument des IHP (Individueller Hilfeplan) eingesetzt.

Bei der Vorstellung der 1. Version im Jahr 2003 wurde bereits deutlich gemacht, dass es sich um ein „lernendes Instrument“ handelt, also auf der Grundlage der praktischen Erfahrungen eine Weiterentwicklung vorgesehen ist. Zum Jahresbeginn 2005 wurde demgemäß die in Workshops und Diskussionsveranstaltungen entwickelte 2. Version eingeführt.

Der IHP hat sich seither gut etabliert und bewährt, aber im Jahre 2008 wurde offensichtlich, dass eine erneute Überprüfung und Weiterentwicklung sinnvoll ist:

- im April 2008 findet beim Deutschen Verein für öffentliche und private Fürsorge eine Tagung statt, bei der der IHP des LVR (mit drei weiteren Verfahren) vorgestellt wird; im Ergebnis wird verabredet, Empfehlungen zur Bedarfsermittlung und Hilfeplanung in der Eingliederungshilfe zu erarbeiten,
- im August 2008 stellt das Zentrum für Planung und Evaluation der Universität Siegen seinen Abschlussbericht zum Begleitforschungsprojekt „Selbständiges Wohnen behinderter Menschen – Individuelle Hilfen aus einer Hand“ vor; fünf Jahre lang wurde die Zuständigkeitszusammenführung für die Eingliederungshilfen zum Wohnen bei den Landschaftsverbänden evaluiert und u.a. festgestellt, dass die Individuelle Hilfeplanung noch zu sehr auf Neufälle und auf die Wohnhilfen konzentriert ist, also nicht den Anspruch einer Gesamtbetrachtung der Lebenssituation und der durch welchen Leistungsträger auch immer zu erbringenden Unterstützung erfüllt (Teilhabeplanung),
- im September 2008 beschließt der Landschaftsausschuss des LVR die Einführung einer speziellen, tagesgestaltenden Leistung der Eingliederungshilfe; zugleich wird dazu aufgefordert, die Formulare des IHP so zu bearbeiten, dass diese Leistung darin abgebildet werden kann.

Auf dieser Grundlage beginnen die Arbeiten an der Weiterentwicklung des IHP, zum Auftakt wird im Januar 2009 ein Workshop mit Vertretern des Kommunalen Spitzenverbände und der Verbände der Freien Wohlfahrtspflege sowie eigenen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern durchgeführt, um die Entwicklungsbedarfe aus deren Sicht mit aufzunehmen. Ergebnis dieses Workshops war, dass

- die Zielstruktur des IHP des LVR soll erhalten bleiben
- die Analyseebenen sollen besser voneinander unterschieden werden können
- ein Bogen zur Überprüfung von Zielen und zur Eignung der durchgeführten Maß-

nahmen soll eingefügt werden

- fachliche Maßnahmen unterschiedlicher Art (tagesgestaltende Maßnahmen, hauswirtschaftliche Hilfen, Assistenzleistungen etc.) und nicht fachliche Maßnahmen sollen klarer voneinander unterschieden werden
- Leistungen anderer Sozialleistungsträger sollen abgebildet werden.

Die Anforderungen aus Sicht der Verwaltung und die Erkenntnisse dieses Workshops wurden im Laufe des Jahres zugrunde gelegt, um das neue Instrument „IHP3“ zu erarbeiten.

Zusätzlich wurde mit berücksichtigt:

- UN-Behindertenrechtskonvention
- Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF)
- Abstimmung mit dem Landschaftsverband Westfalen-Lippe über landeseinheitliche Grundsätze der Bedarfsermittlung und –feststellung
- Empfehlungen des Deutschen Vereins zur Bedarfsermittlung und Hilfeplanung in der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen (Anlage 1)
- Ergebnisse eines Untersuchungsauftrages des LVR an die Aktion psychisch Kranke e.V. zur „Weiterentwicklung der regionalen Versorgungsstruktur für psychisch kranke Menschen.“

Es hat sich als zentrale Aufgabe herausgestellt, das im Denkansatz der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderung und der ICF verankerte Verständnis von Behinderung abzubilden und als Grundlage aller Planung zu nehmen: Menschen mit Behinderung sind nicht als „Träger“ eines persönlichen Defizits anzusehen, sondern dabei zu unterstützen, die ihnen bei der gleichberechtigten Teilhabe am Leben in der Gesellschaft im Wege stehenden Barrieren zu überwinden. In diesem Sinne ist es angemessen, sie als „Menschen vor Teilhabebarrrieren“ zu sehen und alle Aktivitäten bzw. Maßnahmen unter dem Gesichtspunkt zu sehen, ob sie hierzu verhelfen.

Nun liegt der IHP3 vor, dieses Handbuch führt in seine Anwendung ein. Zusätzlich wird es verschiedene Arten von Schulungsaktivitäten geben. Der ab dem 01. Juli 2010 beginnende Einsatz des IHP3 wird zu Beginn durch ein wissenschaftliches Untersuchungsprojekt begleitet, um auch für diese Version die praktischen Erfahrungen der Anwender und vor allem der Menschen mit Behinderung beim Umgang mit dem IHP3 kennen zu lernen.

2. Die UN-Konvention und ihre Folgen

Die UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen wurde im Dezember 2008 von der Bundesrepublik Deutschland ratifiziert und ist seit 26. März 2009 in Deutschland geltendes Recht.

In dem Gesetzesentwurf hierzu heißt es:

„Das Übereinkommen basiert auf den zentralen Menschenrechtsabkommen der Vereinten Nationen und konkretisiert die dort verankerten Menschenrechte für die Lebenssituation von Menschen mit Behinderungen. Das Übereinkommen verbietet die Diskriminierung von Menschen mit Behinderungen in allen Lebensbereichen und garantiert ihnen die bürgerlichen, wirtschaftlichen, sozialen und kulturellen Menschenrechte.“¹

**Alle Menschen haben Menschen-Rechte.
Menschen mit Behinderungen haben die gleichen Rechte
wie alle anderen Menschen.
Überall auf dieser Welt.**



Quelle: alle inklusive! Die neue UN-Konvention in leichter Sprache, 2009

Der Bezug zu den allgemeinen Menschenrechten verdeutlicht, dass Menschen mit Behinderungen ebenso gleichberechtigt zur Gesellschaft gehören, wie alle anderen Menschen auch. Somit wird Behinderung nicht als eine Eigenschaft einer Person definiert, sondern als soziales Modell gesehen. Aufgabe der Vertragsstaaten ist es folgerichtig, „gesellschaftliche Bedingungen zu schaffen, die niemanden ausschließen und die die Bedürfnisse von Menschen mit unterschiedlichen Behinderungen berücksichtigen.“²

Die UN-Konvention in leichter Sprache veranschaulicht, was dies konkret bedeutet.

Wohnen

Behinderte Menschen sollen selbst entscheiden:
Wo möchte ich wohnen.
Mit wem möchte ich wohnen.

Behinderte Menschen haben die Wahl.
Sie können ihre Wohn-Form aussuchen.
In der eigenen Wohnung oder einem Wohn-Heim.
Alleine oder in einer Wohn-Gemeinschaft.
Oder mit dem Partner oder der Partnerin.
In der Stadt oder auf dem Land.

Und sie bekommen die nötige Hilfe da wo sie wohnen.
Niemand muss in ein Heim ziehen,
nur weil er oder sie Unterstützung braucht.
Die Unterstützung soll zu der Person kommen.



1 Dt. Bundestag, Gesetzesentwurf, Drucksache 16/10808, S. 1

2 Beauftragte der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen Januar 2009, S. 2

Arbeit

Behinderte Menschen sollen da arbeiten können, wo alle Menschen arbeiten.

Zum Beispiel:

In der Auto-Fabrik in der eigenen Stadt.

Oder im Super-Markt.

Oder an der Universität.

Oder im Krankenhaus.



Sie können Unterstützung am Arbeits-Platz bekommen.

Behinderte Menschen sollen gute Ausbildungen bekommen.

Sie sollen ihren Beruf aussuchen können, wie alle Menschen.

Die Betriebe und Firmen sollen mehr behinderte Menschen einstellen.

Schule:

Alle Kinder sollen in die gleichen Schulen gehen.

Behinderte Kinder und nicht behinderte Kinder
sollen gemeinsam lernen.

Es soll keine Sonder-Schulen geben.

Die Lehrer und Lehrerinnen müssen für alle Kinder da sein.

Sie müssen für jedes Kind die richtige Hilfe kennen.

Dafür brauchen auch die Lehrer und Lehrerinnen eine gute Ausbildung.

Manche Kinder brauchen viel Unterstützung.

Das geht auch in der Schule für alle.

Die Unterstützungs-Person kommt dann mit in die Klasse.



Auch nach der Schule geht das weiter.

Auch in der Ausbildung lernen alle zusammen.

Und an der Universität.

Quelle: Auszüge aus: alle inklusive! Die neue UN-Konvention in leichter Sprache, 2009

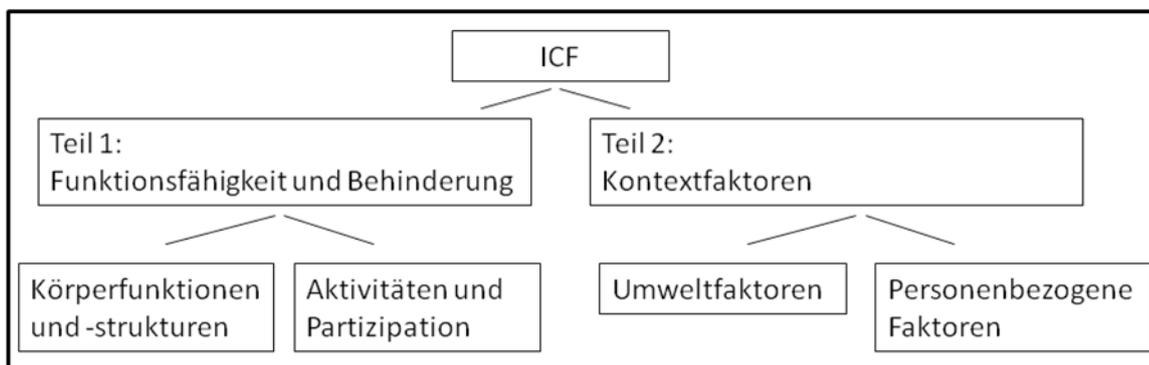
Das Recht auf Selbstbestimmung wird durch die UN-Konvention entscheidend gestärkt und erfordert ein konsequentes Umdenken in der Gestaltung von Angeboten und Unterstützungsleistungen für Menschen mit Behinderungen. Der IHP3 greift dies auf und richtet dementsprechend die für eine Bedarfsfeststellung erforderlichen Fragen direkt an die betroffene Person. Zudem wird der Sozialraum stärker ins Blickfeld genommen und die Zuständigkeit vorrangiger Leistungsträger strukturiert geprüft.

3. Die Klassifikation nach der ICF

Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) wurde im Mai 2001 von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) verabschiedet. Sie ergänzt insbesondere die Internationale Klassifikation der Krankheiten (ICD). Während diese als international gültige Sprache für Krankheitsphänomene anerkannt ist, kategorisiert die ICF die individuellen Auswirkungen einer Krankheit einer Person in ihrer spezifischen Lebenssituation und wird so der Lebenswirklichkeit der Menschen gerechter.

Dieses erweiterte Verständnis von Behinderung ist eine der vornehmlichen Leistungen der ICF und gewinnt in den letzten Jahren nicht nur in der Eingliederungshilfe an Bedeutung.

Abbildung 1: Aufbau der ICF



Quelle: nach Rentsch;Bucher;2005, ³

Gemeinsam mit den dazugehörenden Begrifflichkeiten der ICF wird eine einheitliche Kommunikation über die Beeinträchtigung einer Person ermöglicht. Sowohl das Modell als auch die dazugehörenden Begrifflichkeiten der ICF werden hier ausführlich vorgestellt, da sie die fachliche Grundlage für den IHP3 bilden. Für die Erstellung eines Individuellen Hilfeplanes mit einem Menschen mit Behinderung ist deren Kenntnis erforderlich.

Dagegen ist die Kodierung einzelner Sachverhalte nach der ICF nicht erforderlich. Sie wird der Vollständigkeit halber an späterer Stelle kurz vorgestellt.

3.1 Aktuelle Situation in Deutschland

Die ICF ist die Nachfolgerin des „International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH)“ von 1980. Sie wurde im Mai 2001 von der 54. Vollversammlung der Weltgesundheitsorganisation WHO verabschiedet und befindet sich in Deutschland nach wie vor in der Implementierungsphase.

Die ICF hat nachhaltigen Einfluss auf die deutsche Gesetzgebung. Im Neunten Buch des Sozialgesetzbuches (SGB IX) wurden wesentliche Elemente der ICF aufgegriffen, ebenso im Gesetz zur Gleichstellung behinderter Menschen vom 27. April 2002. Darüber hinaus hat sie einen besonderen Stellenwert im Bereich der medizinischen Rehabilitation. So stellen sowohl die Rehabilitations-Richtlinien nach SGB V als auch die Gemeinsame Emp-

³ Rentsch, Bucher 2005; S. 19

fehlung „Begutachtung“ der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation auf die ICF ab.⁴

Insbesondere das dort entwickelte Verständnis von Behinderung fördert sowohl eine personenzentrierte Betrachtungsweise als auch einen auf den konkreten Sozialraum des Menschen bezogenen Arbeitsansatz. Die Verwendung der Begrifflichkeiten trägt darüber hinaus zu einer eindeutigeren Kommunikation untereinander aber auch mit anderen relevanten Berufsgruppen bei.

3.2 Das Bio-psycho-soziale Modell der Behinderung



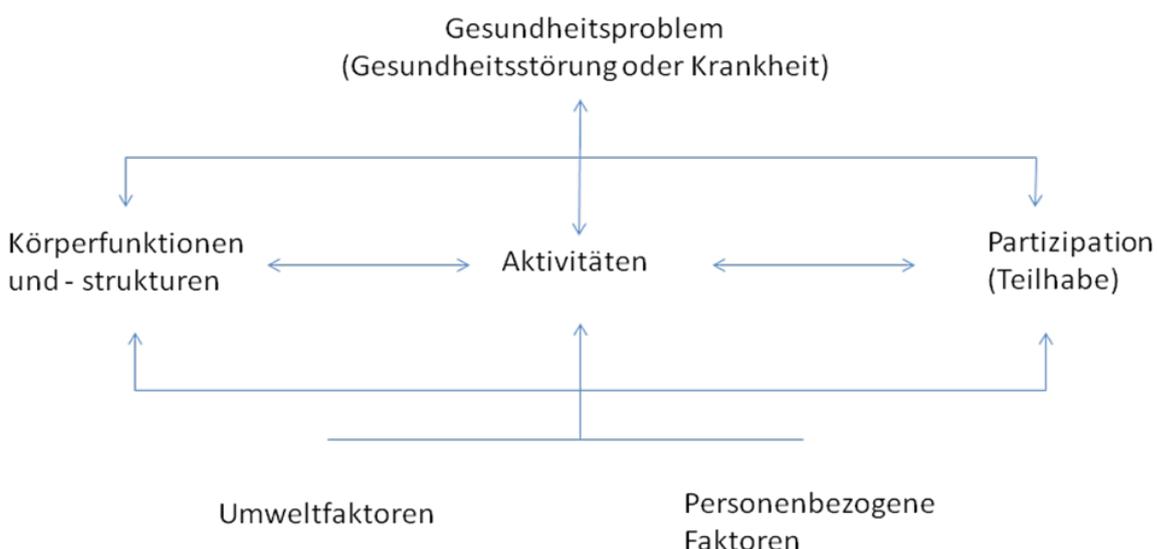
Dem Vorgänger der ICF, der ICIDH, lag das sogenannte Krankheitsfolgenmodell zugrunde. Demnach können Krankheiten Schädigungen zur Folge haben, diese wiederum zu Fähigkeitsstörungen führen und daraus soziale Beeinträchtigungen entstehen.

Dieses Modell wurde der Komplexität des Themas nicht gerecht und wurde in der ICF deutlich differenzierter weiterentwickelt.

Das sog. bio-psycho-soziale Modell der ICF versteht Behinderung nicht länger als „individuelle Eigenschaft“ einer Person, sondern bezieht deren gesamten Lebenshintergrund sowie die Umwelt, in der die Person lebt, mit ein. Demnach ergibt sich Behinderung aus den Wechselwirkungen zwischen einer Person mit einer Beeinträchtigung und ihrer tatsächlichen Umwelt.

Dem Krankheitsfolgenmodell wurden somit die wesentlichen Komponenten der Kontextfaktoren hinzugefügt.

Abbildung 2: Das bio-psycho-soziale Modell von Behinderung



Quelle: Schuntermann, 2007, S. 30

4 Nach Schuntermann 2007, S. 14

Demnach ist eine Person funktional gesund (= nicht behindert) wenn **(1) vor ihrem gesamten Lebenshintergrund**

- ihre **(2) körperlichen Funktionen** (einschließlich des geistigen und seelischen Bereiches) und ihre **Körperstrukturen allgemein anerkannten** (statistischen) **Normen** entsprechen.
- sie all **(3) das tut** oder **tun kann**, was von einem Menschen ohne Gesundheitsproblem erwartet wird und
- sie zu allen **(4) Lebensbereichen, die ihr wichtig sind**, Zugang hat und sich dort so entfalten kann, wie es von einem Menschen ohne Beeinträchtigung der Körperfunktionen oder –strukturen erwartet wird.⁵

Zu **(1) vor ihrem gesamten Lebenshintergrund**:

Jeder Mensch hat seine eigene Geschichte und seine eigene Sozialisation. Erziehung, kultureller Hintergrund und Werte variieren. Dies gilt es zu berücksichtigen.

Zu **(2) körperliche Funktionen und Körperstrukturen**

Es gelten die allgemein anerkannten Normen (Normalitätsprinzip). In diesem Sinne werden viele Personen die eine oder andere Abweichung an sich feststellen können (z.B. Kurzsichtigkeit). Daraus ergibt sich nicht automatisch eine Beeinträchtigung der Teilhabe.

Zu **(3) Sie all das tut oder tun kann**

Hier wird zwischen Leistung (was die Person tatsächlich tut) und Leistungsfähigkeit (was die Person tun könnte) unterschieden. Beim dem, was die Person tatsächlich tut, sind mögliche Hilfsmittel (Brille, Rollstuhl, Prothese, Rampen,), die einer Person zur Verfügung stehen um Dinge zu tun, zu berücksichtigen.⁶

Zu **(4) Lebensbereiche, die ihr wichtig sind**

Nur die betroffene Person selbst kann darüber Auskunft geben, was ihr im Leben wichtig ist. Eine Einbeziehung des Menschen mit einer Funktionseinschränkung ist daher unerlässlich. Lebensbereiche, die der betroffenen Person nicht wichtig sind, werden nicht berücksichtigt.

3.3 Körperfunktionen und Körperstrukturen

Mit Hilfe der ICF können alle Körperfunktionen und –strukturen einer Person mit einem Gesundheitsproblem detailliert beschrieben werden. Dies ist vorrangig eine medizinische Aufgabe und wird an dieser Stelle nicht näher erläutert. Im IHP3 werden Körperfunktionen und –strukturen nicht explizit abgebildet.

⁵ Schuntermann 2007, S. 19

⁶ In Kapitel 3.5.3 wird der hier zu beachtende Unterschied zwischen Leistungsfähigkeit und tatsächlicher Leistung dargestellt

Bedenkenswert ist jedoch der Grund für eine solche Beschreibung:

Ausgangspunkt der ICF ist ein Mensch mit einem Gesundheitsproblem, sprich mit einer Diagnose nach ICD-10. Eine Diagnose alleine sagt jedoch wenig darüber aus, welche Auswirkungen diese auf eine Person hat. Eine differenzierte Beschreibung kann Hinweise darauf geben, was eine Person tun oder eben nicht tun kann.

Bei einer medizinischen Betrachtung gilt eine Person als geistig behindert, wenn sie einen IQ unter 70 nach der ICD-10 hat. Dieser IQ – Intelligenzquotient – wird mit standardisierten Tests gemessen. Die Hälfte aller Menschen (50%) hat einen IQ von 100, 16% verfügen einen IQ von 85 bzw. 115. Einen Intelligenzquotienten von 70 und weniger haben 3% der Bevölkerung⁷. Hilfen zur Teilhabe am gesellschaftlichen Leben benötigen dagegen etwa 5 – 7 von 1000. Die Beeinträchtigungen der Funktionsfähigkeit sind somit ganz offensichtlich höchst unterschiedlich. Die meisten Menschen, die medizinisch als geistig behindert gelten können, gehen arbeiten, haben eine Familie und betreiben ihre Hobbies. Andere benötigen enge Begleitung und Unterstützung.

Abbildung 3: Wichtige Begriffe der ICF

Wichtige Begriffe der ICF:	
Körperfunktionen	Physiologische Funktionen von Körpersystemen (auch psychologische Funktionen)
Körperstrukturen	Anatomische Teile des Körpers (z.B.: Organe, Gliedmaßen)
Schädigung	Beeinträchtigung einer Körperfunktion oder -struktur (z.B. wesentliche Abweichung oder Verlust)

Quelle: Schuntermann 2007

3.4 Kontextfaktoren

Wie oben beschrieben entsteht Behinderung gemäß der ICF aus einer Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit in Wechselwirkung zur Umwelt und zu dem persönlichen Lebenshintergrund. Diese Faktoren können sowohl förderlich als auch hinderlich für die Teilhabe in einem Lebensbereich sein.

3.4.1 Umweltfaktoren

Umweltfaktoren bilden die Gegebenheiten ab, in der eine Person tatsächlich lebt. Hierzu gehören auch die Einstellungen und Werte einer Gesellschaft.

⁷ <http://de.wikipedia.org/wiki/intelligenzquotient>, zuletzt geprüft am 19.04.2010

Die ICF unterscheidet fünf Kapitel der Umweltfaktoren, untergliedert in verschiedene Items:

Abbildung 4: Kapitel der Umweltfaktoren und Items

Umweltfaktoren:	Items
E1 Produkte und Technologien	z.B. Produkte und Substanzen für den Persönlichen Verbrauch (Medizin, Nahrung)
E2 Natürliche und vom Menschen veränderte Umwelt	z.B. Luftqualität, Laute und Geräusche
E3 Unterstützung und Beziehungen	z.B. Engster Familienkreis, Fremde
E4 Einstellungen	z.B. Gesellschaftliche Einstellungen; Individuelle Einstellungen von Freunden
E 5 Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze	z.B. Handlungsgrundsätze des Gesundheitswesens, des Transportwesens, für die Konsumgüterproduktion

Quelle: ICF, eigene Darstellung, transfer 2010

Die Umweltfaktoren können für die Teilhabe einer Person förderlich, aber auch hinderlich sein. Daher ist es unerlässlich, die Umwelt aus der Sicht der betroffenen Person zu beschreiben. Was für eine Person ein Förderfaktor ist, kann für eine andere Person eine Barriere sein.

Beispiel 1:

Bunte, graphische Darstellungen können für Menschen mit Lernschwierigkeiten hilfreich sein, Dinge zu verstehen. Für Menschen mit einer Sehbeeinträchtigung sind sie dagegen eher hinderlich.

Beispiel 2:

Ein abgesenkter Bordstein ohne besonderen Belag ist für eine Person im Rollstuhl ein Förderfaktor. Für eine blinde Person ist solch ein Bordstein eine Barriere, da sie sich schlechter orientieren kann.

Barrieren werden in der ICF mit einem (-) gekennzeichnet. Förderfaktoren mit einem (+).

Wichtig: Es ist hilfreich, sowohl nach vorhandenen als auch nach fehlenden Barrieren bzw. Förderfaktoren zu fragen. Somit ergeben sich vier unterschiedliche Fragestellungen:

Abbildung 5: Die vier Fragen zu den Umweltfaktoren

Die vier Fragen zu den Umweltfaktoren:	
Welche Förderfaktoren gibt es?	Welche Förderfaktoren fehlen ?
Welche Barrieren fehlen ?	Welche Barrieren gibt es?
⇒ Hilfreich	⇒ Schwierig

Quelle: nach Schuntermann, transfer 2010

So können die Konsequenzen, die ein Wegfall eines Förderfaktors oder einer Barriere mit sich bringen würden, berücksichtigt werden.

Beispiel 1:

Herr A. arbeitet im Arbeitsbereich einer WfbM. Er lebt bei seinen Eltern, diese unterstützen ihn in allen häuslichen Angelegenheiten (Eltern (+)). Die Eltern werden jedoch älter und die Gefahr besteht, dass sie Herrn A. nicht mehr lange helfen können (Alter der Eltern (-)). Dies kann zu einer Beeinträchtigung der Teilhabe z.B. im Lebensbereich Selbstversorgung führen.

Beispiel 2:

Frau X. ist auf Grund ihres Rheumas in ihrer Beweglichkeit stark eingeschränkt und kann unter anderem nicht mehr als 2h am Stück stehen (Aktivität). Da sie Verkäuferin ist, droht ihr nun die Erwerbsunfähigkeit (Teilhabe im Lebensbereich Arbeit gefährdet). Dies wird durch die Einstellung ihres Arbeitgebers verstärkt, keine Teilzeitkräfte zu beschäftigen (Kontextfaktor Einstellung des Arbeitgebers (-)).

Abbildung 6: Wichtige Begriffe der ICF

Wichtige Begriffe der ICF:	
Umweltfaktoren	Bilden die materielle, soziale und einstellungsbezogene Umwelt ab, in der Menschen leben und ihr Dasein entfalten.
Personenbezogene Faktoren	Sind der besondere Hintergrund des Lebens und der Lebensführung einer Person und umfassen Gegebenheiten des Individuums, die nicht Teil ihres Gesundheitsproblems oder -zustands sind.
Barrieren	Faktoren (insb. Umweltfaktoren), die sich negativ auf die funktionale Gesundheit (insb. auf die Teilhabe) auswirken.
Förderfaktoren	Faktoren (insb. Umweltfaktoren), die sich positiv auf die funktionale Gesundheit (insb. auf die Teilhabe) auswirken.

Quelle: Schuntermann 2007, S. 9ff

3.5 Aktivitäten und Teilhabe

Die ICF ordnet die Aktivitäten und auch die Teilhabe eines Menschen verschiedenen Lebensbereichen, sogenannten Domains (d), zu.

Es gibt neun Lebensbereiche, differenziert in verschiedene, zu einem Bereich gehörende Items:

Abbildung 7: Kapitel der Lebensbereiche und Items

Lebensbereich	Items
D1 Lernen und Wissensanwendung	z.B. zuschauen, lesen lernen, Entscheidungen treffen
D2 Allgemeine Aufgaben und Anforderungen	z.B. Einzelaufgabe übernehmen, tägliche Routine durchführen
D3 Kommunikation	z.B. Kommunizieren als Empfänger gesprochener Mitteilungen, sprechen
D4 Mobilität	z.B. Feinmotorischer Handgebrauch, Transportmittel benutzen
D5 Selbstversorgung	z.B. die Toilette benutzen, sich kleiden
D6 Haushalt	z.B. Mahlzeiten vorbereiten, Hausarbeiten erledigen
D7 Interpersonelle Aktionen und Beziehungen	z.B. mit Fremden umgehen, Intime Beziehungen
D8 Bedeutende Lebensbereiche	z.B. Schulbildung, bezahlte Tätigkeit, wirtschaftliche Eigenständigkeit
D9 Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben	z.B. Erholung und Freizeit, Religion und Spiritualität, Politik

Quelle: ICF, eigene Darstellung, transfer 2010

Achtung:

Die Lebensbereiche und die dazugehörigen Items können sowohl eine Aktivität als auch die Teilhabe in dem entsprechenden Bereich ausdrücken.

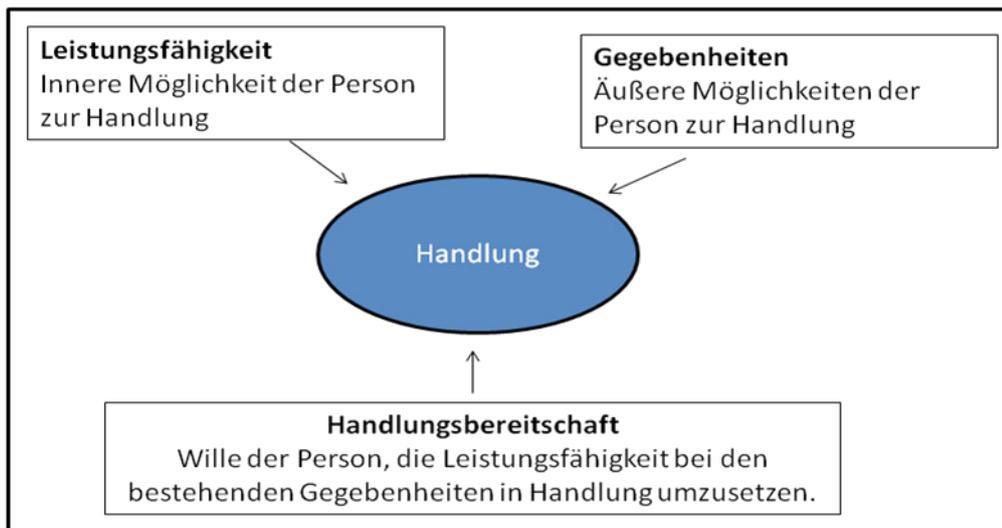
3.5.1 Exkurs: Handlungstheorie nach Nordenfelt

Aktivitäten beschreiben die tatsächliche Durchführung einer Aufgabe oder Handlung durch eine Person. In der Regel handelt es sich dabei um Tätigkeiten, die ein Mensch aus freien Stücken tut. Hierfür bedarf es nach Nordenfelt dreier Voraussetzungen:

- 1) **Leistungsfähigkeit:** Die Person ist objektiv in der Lage, die Handlung durchzuführen.
- 2) **Gegebenheiten:** Die objektiven Rahmenbedingungen ermöglichen es der Person, die Handlung durchzuführen.

3) Wille: Die Person verfügt über die Bereitschaft, die Handlung durchzuführen.

Abbildung 8: Voraussetzungen nach Nordenfelt



Quelle: Schuntermann, 2007

Beispiel 1:

Frau M. kann eine Waschmaschine bedienen. Sie weiß, wie man Wäsche sortiert, wie man die Maschine befüllt und auch anstellt. Sie ist objektiv dazu in der Lage, eine Waschmaschine sachgerecht zu bedienen. (Leistungsfähigkeit). In ihrem Wohnhaus gibt es einen Waschkeller, in dem die Waschmaschinen kostenfrei genutzt werden können. Waschpulver ist ebenfalls in ausreichender Menge vorhanden (Gegebenheiten (+)). Nichts desto trotz wäscht Frau M. ihre Wäsche nicht.

Beispiel 2:

Herr G. lebt in einem Wohnheim und das Essen aus der Großküche schmeckt ihm nicht. Daher würde er sehr gerne selbst kochen (Handlungsbereitschaft). Allerdings kann Herr G. Rezepte nicht verstehen und weiß auch nicht, wie er mit Lebensmitteln oder dem Herd umgehen muss (Leistungsfähigkeit). Er ist bereit, dies alles zu lernen (Handlungsbereitschaft). In dem Wohnheim gibt es jedoch keine Küche, die für ein Kochtraining genutzt werden darf (Gegebenheiten (-)).

Eine solche Analyse verdeutlicht mögliche Ansatzpunkte für ein weiteres Vorgehen und gibt erste Hinweise auf mögliche Kontextfaktoren, die förderlich bzw. hinderlich für die Teilhabe und die Durchführung von Aktivitäten in wichtigen Lebensbereichen sein können.

Gleichzeitig ergibt sich über die Voraussetzung „Wille“ bei Nordenfelt die Verknüpfung zu der angestrebten Wohn- und Lebensform, sprich zu den Zielen der leistungsberechtigten Person.

3.5.2 Konzept der Aktivitäten

Das Konzept der Aktivitäten der ICF betrachtet Aktivitäten unter zwei Gesichtspunkten, die auch mit der Handlungstheorie nach Nordenfelt korrespondieren.

Leistungsfähigkeit:

Hier wird beschrieben, was ein Mensch tun kann oder eben nicht tun kann. Diese Einschätzung erfolgt ohne die Berücksichtigung der tatsächlichen Umwelt oder etwaiger Hilfsmittel. In der Regel wird hier eine sogenannte „Standardumwelt“ angenommen. Ob eine Person etwas (nicht) tun kann sieht man ihr nicht immer direkt an. Man kann die Leistungsfähigkeit einer Person testen, oder aus anderen Sachverhalten erschließen.

Beispiel: Wenn eine Person bereits über mehrere Jahre eine Familie und einen Haushalt versorgt hat, kann man daraus schließen, dass diese Person z.B. Wäsche waschen kann. Ob sie dies aktuell tatsächlich tut, ist damit noch nicht beantwortet.

Leistung:

Die Leistung beschreibt, was ein Mensch tatsächlich tut, unter Berücksichtigung der tatsächlichen Lebenssituation. Das, was ein Mensch tut, kann in der Regel beobachtet und beurteilt werden. Hier werden die vorhandene Umwelt und etwaige Hilfsmittel berücksichtigt.

Beispiel 1: Eine Person hilft beim Anziehen des Pullovers mit, in dem sie z.B. die Arme hebt.

Beispiel 2: Mit Hilfe einer besonderen Haltevorrichtung (Umweltfaktor [+]) für die Zigarette kann Frau P. selbständig rauchen.

Zu unterscheiden ist also, was eine Person tun kann und was sie tatsächlich tut – hierbei kommen unweigerlich die Kontextfaktoren ins Spiel. Förderfaktoren bzw. Barrieren sowie die Handlungsbereitschaft einer Person erklären mögliche Differenzen zwischen der Leistungsfähigkeit und der Leistung einer Person.

Beispiel: Eine Person ist im Gehen stark eingeschränkt. Mit Hilfe eines Gehwagens verbessert sich die Leistungsfähigkeit und somit die Leistung der Person deutlich (Gehwagen als Förderfaktor).

3.5.4 Teilhabe

Die Teilhabe bezeichnet das Einbezogenensein in eine Lebenssituation in einem der neun oben genannten Bereiche. Dieses Einbezogenensein kann aus zwei unterschiedlichen Perspektiven betrachtet werden.

- 1 Aspekt der subjektiven Erfahrung
 - Zufriedenheit in den Lebensbereichen
 - Erlebte gesundheitsbezogene Lebensqualität

- Erlebte Anerkennung und Wertschätzung
- ⇒ Diese Aspekte der Teilhabe kann in der Regel nur von der betroffenen Person selbst beurteilt werden.

2 Aspekt der Menschenrechte

- Zugang zu den Lebensbereichen zu haben
 - In Lebensbereiche integriert zu sein
 - Das Dasein in Lebensbereichen zu entfalten
 - Ein unabhängiges, selbstbestimmtes und gleichberechtigtes Leben in den Lebensbereichen zu führen.
- ⇒ Diese Aspekte der Teilhabe werden in der Regel von Außenstehenden beurteilt.⁸

Diese beiden Perspektiven müssen nicht übereinstimmen. Es ist möglich, dass außenstehende Personen das Einbezogensein in einen Lebensbereich anders beurteilen, als die betroffene Person selbst.

Beispiel:

Frau S. lebt alleine in einer kleinen Wohnung. Sie schläft meist sehr lange, hört dann Musik oder macht gar nichts. Sie hat regelmäßigen Kontakt zu den Mitarbeitern des Medikamentendienstes und zu der Verkäuferin des Supermarktes um die Ecke. Frau S. ist mit ihrem Einbezogensein in den Lebensbereichen Beziehungen und Beschäftigung zufrieden.

Abbildung 9: Wichtige Begriffe der ICF

Wichtige Begriffe der ICF:	
Aktivität	Durchführung einer Aufgabe oder Handlung
Teilhabe	Einbezogensein in eine Lebenssituation
Beeinträchtigung der Aktivität	Schwierigkeiten, die ein Mensch bei der Durchführung einer Aufgabe oder Handlung haben kann
Beeinträchtigung der Teilhabe	Schwierigkeiten, die ein Mensch beim Einbezogensein in eine Lebenssituation erlebt.

Quelle: Schuntermann, 2007

3. 6 Kodierung von Sachverhalten nach der ICF

Unter einer Kodierung nach ICF versteht man die Verschlüsselung bestimmter Sachverhalte in alphanummerischer Form.

Die Komponenten Körperfunktionen, Körperstrukturen, Aktivitäten und Partizipation, so-

⁸ nach Schuntermann 2007, S. 59ff

wie die Umweltfaktoren können beinhalten eine Vielzahl an sogenannten Items, welche z.B. einzelne Funktionen oder Aktivitäten neutral beschreiben.

Die Komponenten der ICF werden anhand eines Buchstaben kodiert.

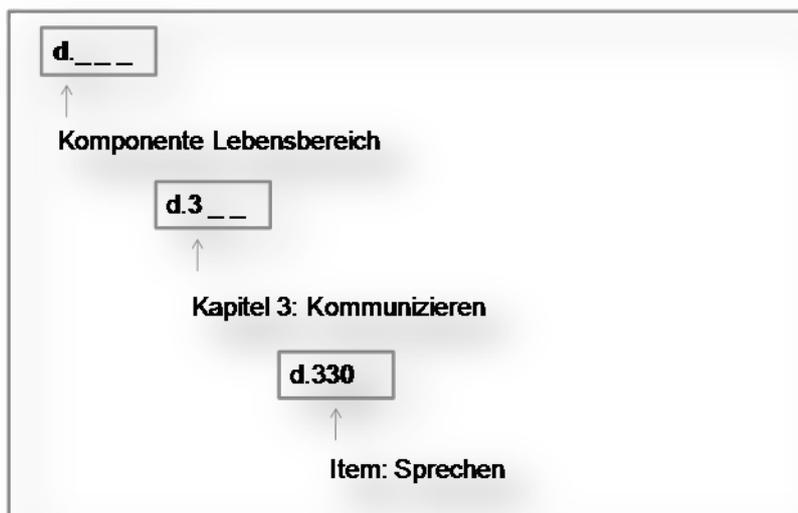
Abbildung 10: Kodierung nach ICF

Komponente	Kodierung
Körperfunktionen	b (body functions)
Körperstrukturen	s (body structures)
Lebensbereiche	d (domain)
<i>Lebensbereich – Aktivitäten</i>	<i>a-domain (activity)</i>
<i>Lebensbereich-Teilhabe</i>	<i>p-domain (participation)</i>

Quelle: nach Schuntermann, 2007

Die Kapitel und Items sind jeweils mit Ziffern hinterlegt.

Beispiel:



Dieses Beispiel stellt die zweigliedrige Kodierung dar, welche in der Kurzversion der ICF verwendet wird. Die Langversion beinhaltet bis zu viergliedrige Beschreibungen. Beim Beispiel „Sprechen“ könnte so z.B. auch die Sprechqualität beschrieben werden.

Wichtig: Die Kodierung von Sachverhalten oder die Verwendung der Items ist im IHP3 **nicht** erforderlich. Die Listen der ICF sind vielmehr hilfreiche Checklisten, anhand derer man Situationen möglichst präzise beschreiben kann. Man kann darin neue Aspekte entdecken, an die man bisher vielleicht nicht gedacht hat.

3.6.2 Beurteilungsmerkmale der ICF

Die ICF arbeitet mit Beurteilungsmerkmalen, die den Zustand der funktionalen Gesundheit auf der untersten Ebene der Items beschreiben. Diese Beurteilungsmerkmale können sowohl bei den Körperfunktionen und -strukturen, bei den Aktivitäten, als auch bei Barriere-

faktoren angewandt werden.

Diese Beurteilungsmerkmale können ebenfalls kodiert, und damit eine neutral beschriebene Situation bewertet werden.

Abbildung 11: Beurteilungsmerkmale der IC

Score	Benennung	Prozentintervall
xxx.0:	Problem nicht vorhanden (kein, ohne, vernachlässigbar,...)	0 – 4 %
xxx.1:	Problem leicht ausgeprägt (gering, niedrig...)	5 – 24 %
xxx.2:	Problem mäßig ausgeprägt (mittel, ziemlich...)	25 – 49 %
xxx.3:	Problem erheblich ausgeprägt (hoch, extrem...)	50 – 95 %
xxx.4:	Problem voll ausgeprägt (vollständig, komplett,...)	96 – 100 %
xxx.8:	Problem nicht spezifiziert	
xxx.9:	Beurteilungsmerkmal nicht anwendbar	

Quelle: Schuntermann 2007⁹

Die WHO entwickelte folgende Operationalisierung der Merkmale:

0. kein Problem heißt, dass die Person keine Schwierigkeiten hat.
1. Leichtes Problem heißt, dass eine Schwierigkeit weniger als 25% der Zeit mit einer Intensität vorliegt, die die Person tolerieren kann und das in den letzten 30 Tagen selten auftrat.
2. Mäßiges Problem heißt, dass eine Schwierigkeit weniger als 50% der Zeit mit einer Intensität vorliegt, die die Person in ihrer täglichen Lebensführung stört und das in den letzten 30 Tagen häufig auftrat.
3. Erhebliches Problem heißt, dass eine Schwierigkeit mehr als 50% der Zeit mit einer Intensität vorliegt, die die tägliche Lebensführung der Person teilweise unterbricht, und das in den letzten 30 Tagen häufig auftrat.
4. Vollständiges Problem heißt, dass eine Schwierigkeit mehr als 95% der Zeit mit einer Intensität vorliegt, die die tägliche Lebensführung der Person vollständig unterbricht, und das täglich in den letzten 30 Tagen auftrat.

Diese Skalierung ist nicht vollständig. Sie beinhaltet unterschiedliche Aspekte, zum einen der zeitliche Aspekt, zum anderen der Aspekt der Beeinträchtigung der täglichen Lebensführung. Beides muss nicht zwangsläufig übereinstimmen – im Gegenteil, es ist denkbar, dass ein Problem dauerhaft auftritt, aber die tägliche Lebensführung nur wenig beeinträchtigt (oder umgekehrt).

Beispiel 1: Herr S. kann nicht lesen. Dieses Problem liegt in 100% der Zeit vor. Allerdings

⁹ Schuntermann 2007

beeinträchtigt dieses Problem Herrn S. kaum in seinem Alltag. Im Arbeitsbereich „Wäscherei“ der WfbM muss Herr S. nicht lesen können. Alles Wichtige erfährt Herr S. aus dem Fernsehen und in seiner Freizeit hört er gerne Hörbücher – am liebsten Krimis. Schwierig wird es nur, wenn Briefe vom Amt kommen, das ist aber höchstens einmal im Jahr der Fall.

Beispiel 2: Herr M. hat lediglich 2 – 3 Mal im Jahr Migräne. Dieses Problem tritt also nicht sehr oft auf. Allerdings ist Herr M. bei jedem Migräneanfall für gut eine Woche außer Gefecht gesetzt, d.h. seine tägliche Lebensführung wird in dieser Zeit massiv beeinträchtigt.

Beide Beispiele verdeutlichen, dass eine Beurteilung des Schweregrades der Teilhabe im Sinne der ICF anspruchsvoll ist und nicht zu vorschnellen Schlüssen führen darf.

„Zusammenfassend ist festzustellen, dass

1. Derzeit kein eigenständiges Beurteilungsmerkmal für Beeinträchtigungen der Teilhabe an Lebensbereichen zur Verfügung steht, und
2. Teilhabe nicht mit Leistung einhergehen muss.“¹⁰

Die Beurteilungsmerkmale werden im IHP 3 nicht explizit nachgefragt. Allerdings dienen sie als Gesprächsgrundlage zur Klärung einer Situation. Mögliche und wichtige Fragestellungen, mit denen der Schweregrad insbesondere der Aktivitäten und der Umweltfaktoren beurteilt werden kann, sind z.B.

„Wie oft tritt dieses Problem auf?“

„Was für Auswirkungen hat dieses Problem?“

„Was bedeutet dieses Problem für Sie (die betroffene Person)?“

Anhand solcher oder vergleichbarer Fragestellungen kann ein Problem eingegrenzt und die Bedeutung des Problems für die betroffene Person erkannt werden. Aber vielleicht entpuppen sich auch vermeintliche Probleme aus Sicht Außenstehender als weit weniger dramatisch aus Sicht der betroffenen Person – oder umgekehrt. Nicht zuletzt kann so die Bedeutung der anzugehenden Schwierigkeiten geklärt werden.

3.7 Erwartungen in Bezug auf den IHP3

Erwartet wird NICHT:

- ..., dass Items verwendet werden.
- ..., dass Kodierungen verwendet werden.
- ..., dass Beurteilungsmerkmale verwendet werden.

Erwartet WIRD:

- ..., dass das bio-psycho-soziale Modell der Behinderung angewendet wird.

10 Schuntermann 2007, S. 102 ff

- ..., dass der Zusammenhang zwischen der Schädigung der Körperstruktur bzw. der Beeinträchtigung der körperlichen Funktionen mit den Beeinträchtigungen der Leistungsfähigkeit deutlich wird,
- ..., dass eine Unterscheidung in Leistung und Leistungsfähigkeit vorgenommen wird.
- ..., dass Umweltfaktoren in Förder- und Barrierefaktoren unterschieden und benannt werden.
- ..., dass bei der Betrachtung der Umweltfaktoren der Sozialraum gewürdigt wird und eine Verengung auf die Angebote der Dienste und Einrichtungen unterbleibt.
- ..., dass der Einfluss von Eigenarten und wichtigen Erfahrungen der Person auf die aktuelle Situation deutlich wird.

4. Der Begriff der Behinderung in den SGB IX und SGB XII

§ 2 Abs. 1, S. 1 SGB IX beschreibt, was unter einer „Behinderung“ verstehen ist. Dort heißt es: „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 abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist.“

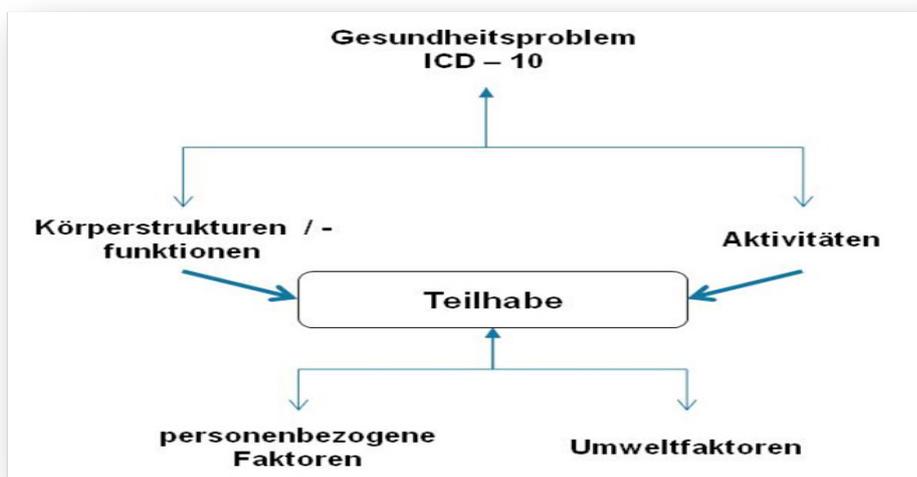
Das Verständnis von Behinderung besteht somit aus zwei Teilen: es müssen Beeinträchtigungen von körperlichen Funktionen, geistigen Fähigkeiten oder der seelischen Gesundheit vorliegen, die nicht alterstypisch sind. Diese Beeinträchtigungen der körperlichen Funktionen, geistigen Fähigkeiten oder seelischen Gesundheit müssen länger als sechs Monate dauern. Dies ist die eine Seite. Sie entspricht im Wesentlichen dem, was im Alltag gemeint ist, wenn von Behinderung die Rede ist. Behindert ist man in diesem Verständnis dann, wenn dauerhaft ein körperlicher, geistiger oder seelischer Schaden vorliegt. In der Sprache der ICF bezeichnet dies Schädigungen der Körperstruktur, Beeinträchtigungen der körperlichen Funktionen sowie Beeinträchtigungen der Leistungsfähigkeit.

Nach dem Willen des Gesetzgebers reicht dies für sich genommen jedoch noch nicht, um Leistungen wegen einer „Behinderung“ beanspruchen zu können. Denn noch fehlt die zweite Seite der gesetzlichen Regelung.

Diese zweite Seite findet sich im zweiten Halbsatz und lautet: „... **daher** ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist.“ Zu Schädigungen der Körperstrukturen, Beeinträchtigungen der körperlichen Funktionen sowie der Leistungsfähigkeit tritt die Beeinträchtigung der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft hinzu.

Beide Seiten der Begrifflichkeit: Beeinträchtigungen von Körperfunktionen und Leistungsfähigkeit sowie die Beeinträchtigung gesellschaftlicher Teilhabe sind miteinander verbunden. Die Verbindung wird durch das Wort „daher“ hergestellt. Eine Behinderung im Sinne des § 2 Abs. 1 SGB IX liegt somit dann vor, wenn die Beeinträchtigung gesellschaftlicher Teilhabe eine **Folge** von Beeinträchtigungen der Körperfunktionen und der Leistungsfähigkeit der betreffenden Person ist.

Abbildung 12: Das bio-psycho-soziale Modell von Behinderung nach § 2 Abs. 1 SGB IX, eigene Darstellung



Gegenüber dem Verständnis von Behinderung nach der ICF (vgl. Kapitel 3 Seite 12 ff.) hat

der Gesetzgeber Veränderungen vorgenommen, obwohl er mit seiner Regelung in § 2 Abs. 1 SGB IX auf ICF aufbaut. Anders als im ICF-Konzept wurde mit § 2 SGB IX der infrage kommende Personenkreis eingegrenzt.

1. Die Schädigungen von Körperstrukturen, Beeinträchtigungen von Körperfunktionen sowie der Leistungsfähigkeit müssen altersuntypisch sein.
2. Sie müssen länger als sechs Monate dauern.
3. Die Beeinträchtigung gesellschaftlicher Teilhabe muss eine direkte Folge (Ursache – Wirkung) der gesundheitlichen Einschränkungen sein.

Allerdings hat der Gesetzgeber die Bedeutung der Kontextfaktoren (Umweltfaktoren und personenbezogene Faktoren) und das Konzept der Partizipation (Teilhabe) übernommen.

Im Ergebnis wird mit der veränderten Definition von "Behinderung" der Bezugspunkt verschoben. Dieser Bezugspunkt besteht nicht mehr in im Wesentlichen medizinisch zu beschreibenden Sachverhalten körperlicher (einschließlich mentaler) Beeinträchtigungen, sondern darin, ob infolge dessen eine Beeinträchtigung gesellschaftlicher Teilhabe vorliegt.

Dieses Verständnis ist Grundlage des § 1 des SGB IX, S. 1. Dort wird Ziel und Zweck der Leistungen beschrieben. Demnach dienen die Leistungen nach SGB IX dazu, um die "Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern, Benachteiligungen zu vermeiden oder ihnen entgegenzuwirken."

"Teilhabe ist mehr als Teilnahme. Der Begriff der Teilhabe, auf den der Gesetzgeber ... Bezug nimmt, wird in § 1 SGB IX dahin akzentuiert, dass Teilhabe vor allem daran zu messen ist, ob es gelingt, die Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern, Benachteiligungen zu vermeiden oder ihnen entgegenzuwirken."¹¹

Dieser Begriff der Behinderung gilt ausdrücklich auch im SGB XII, jedoch mit einer weiteren Einschränkung. Nach § 53 SGB XII haben Personen Anspruch auf Leistungen der Eingliederungshilfe, die „wesentlich in ihrer Fähigkeit, an der Gesellschaft teilzuhaben, eingeschränkt oder von einer solchen wesentlichen Behinderung bedroht sind“ (§ 53 Abs. 1, S. 1 SGB XII). Wesentlich bedeutet, dass die Beeinträchtigung erheblich sein muss.

Ob eine Beeinträchtigung erheblich ist oder nicht, muss für jeden Einzelfall geprüft werden. Lachwitz nimmt Bezug auf das Bundesgleichstellungsgesetz vom 27. April 2002 und führt aus: „Dabei ist insbesondere darauf zu achten, ob die Selbstbestimmungsrechte eines Menschen tangiert sind und/oder Anzeichen für eine gesellschaftliche Benachteiligung vorliegen, bspw. in der Form von Zugangsbarrieren zum Leben in der Gesellschaft.“¹² Zu klären ist somit, ob im besonderen Einzelfall „bauliche und sonstige Anlagen, Verkehrsmittel, technische Gebrauchsgegenstände, Systeme der Informationsverarbeitung, akustische und visuelle Informationsquellen und Kommunikationseinrichtungen sowie andere gestaltete Lebensbereiche“ ...von dem behinderten Menschen "... in der allgemein üblichen Weise, ohne besondere Erschwernis und grundsätzlich ohne fremde Hilfe zu-

¹¹ Lachwitz 2010

¹² Lachwitz 2010, S. 1037

gänglich und nutzbar sind.“¹³Eine bestehende Erschwernis des Zugangs zu gesellschaftlichen Lebensbereichen wäre unter Anwendung der ICF (vergleiche Kapitel 3.6.2, Seite 27 ff.) dann erheblich, wenn die Schwierigkeit

- in mehr als 50% der Zeit vorliegt,
- so intensiv ist, dass die tägliche Lebensführung der Person zumindest teilweise unterbrochen wird, und
- in den letzten 30 Tagen häufig aufgetreten ist.

Ob eine erhebliche Beeinträchtigung gesellschaftlicher Teilhabe im konkreten Einzelfall der Fall ist, wird vom Fallmanagement des LVR festgestellt. Die Beurteilungskriterien der ICF und die im Bundesgleichstellungsgesetz dienen hierzu als wichtige Anhaltspunkte.

13 § 4 des Gesetzes zur Gleichstellung behinderter Menschen vom 27. April 2002

5. Zielentwicklung und Zielüberprüfung

In der Systematik der ICF finden sich die Ziele bzw. die angestrebte Wohn- und Lebensform sowohl in dem Konzept der Teilhabe als auch im Konzept der Aktivitäten wieder. Ziele geben Auskunft darüber, welche Lebensbereiche und Situationen für eine Person wichtig sind und damit, in welchen Lebensbereichen sie teilhaben will.

Aus dem bisherigen IHP ist dies bereits bekannt: Wenn mit einer leistungsberechtigten Person gemeinsam Ziele vereinbart werden, ist die Motivation und die Bereitschaft zur Mitarbeit in der Regel höher einzuschätzen. Die ICF bringt diese Erkenntnis in einen übergeordneten Zusammenhang und ergänzt sie durch eine systematische Beachtung der Umweltfaktoren, in der diese Ziele erreicht werden sollen.

Alleiniger Ausgangspunkt der Hilfeplanung sind somit die Ziele der leistungsberechtigten Person. Dies ist zum einen Ausdruck des Auftrages der Eingliederungshilfe, die Selbstbestimmung der Betroffenen zu fördern, hat jedoch noch weitere Gründe:

- Ziele motivieren, setzen Energie frei und erhöhen den Durchhaltewillen.
- Ziele schaffen Klarheit und Transparenz, wenn die am Fall Beteiligten wissen, um welche Ziele es geht.
- Ziele binden die professionellen Helfer ebenso wie die Klienten.
- Ziele ermöglichen erst Evaluation und die stete Überprüfung der fachlichen Arbeit.
- Ziele sichern Effektivität. Sie bilden den Bezugsrahmen zur Beurteilung einer Wirkung.
- Ziele steigern Effizienz. Sie bilden den Bezugsrahmen für die Auswahl geeigneter Maßnahmen und Leistungen.¹⁴

Die Wirksamkeit von Maßnahmen kann nicht beurteilt werden, wenn ungeklärt bleibt, was mit ihnen erreicht werden sollte. Denn:

„Wer nicht weiß wo er hin will, darf sich nicht wundern, wenn er ganz wo anders ankommt.“ (Mark Twain)

Die allgemeinste Zielbestimmung der Eingliederungshilfe findet sich in § 1 SGB IX. Demnach erhalten Berechtigte Leistungen, „um ihre Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern, Benachteiligungen zu vermeiden oder ihnen entgegenzuwirken“. Für Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft konkretisiert § 55 Abs. 1 SGB IX, dass die Leistungen „den behinderten Menschen die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft ermöglichen oder sichern oder sie so weit wie möglich unabhängig von Pflege machen“ sollen. Eine ähnliche Formulierung findet sich in § 53 Abs. 3 SGB XII.

Der IHP3 greift wie auch sein Vorgänger die gesetzliche Zielhierarchie auf.

14 Neuffer M: Case Management, Juventa-Verlag Weinheim, München 2002, Seite 82

5.1 Die Zielebenen des IHP3

Der IHP3 arbeitet wie bisher mit zwei Zielebenen: die angestrebte Wohn- und Lebensform (Leitziele) und ‚Was konkret erreicht werden soll‘ (Handlungsziele).

Im IHP3 werden folgende Zielebenen abgebildet:

Abbildung 13: Zielhierarchie



Quelle 1: transfer, 2010

Die angestrebte Wohn- und Lebensform (Leitziele) beschreibt ausschließlich die Ziele der Menschen mit Behinderung. Daher wird sie aus dessen Perspektive formuliert. Kommentierungen oder Bewertungen dieser Ziele sind nicht erwünscht.

Was soll zukünftig konkret erreicht werden? (Handlungsziele) Hier wird mit dem Menschen mit Behinderung vereinbart, was in der nächsten Zeit erreicht werden soll. Dabei wird Bezug auf die angestrebte Wohn- und Lebensform genommen. Die Handlungsziele müssen den s.m.a.r.t – Kriterien genügen.

Sowohl die angestrebte Wohn- und Lebensform, als auch das, was konkret erreicht werden soll, kann sich auf den Erhalt einer bestimmten Situation (Beispiel: „Ich will in meiner Wohnung wohnen bleiben“) oder auf ihre Veränderung beziehen (Beispiel: „Ich will eine Arbeit aufnehmen“). In beiden Fällen handelt es sich um erstrebenswerte, in der Zukunft liegende Zustände. Eben das sind Ziele.

Für jede Zielebene gilt:

„Ziele können sich ändern, Situationen können sich ändern, zur Bedarfsdeckung notwendige Leistungen können sich ändern. Planung ist dynamisch und nicht statisch zu begreifen. Sie ist stabil im Planungszeitraum, es sei denn, eine nicht vorhersehbare Veränderung der Situation erzwingt eine Änderung der Planung. Sie ist dynamisch in der Fortschreibung.“¹⁵

5.1.2 Angestrebte Wohn- und Lebensform (Leitziele)

Leitziele geben als oberste Zielebene die Richtung der weiteren Planung vor. Sie drücken immer die Ziele und Vorstellungen der leistungsberechtigten Person in verschiedenen Lebensbereichen (z.B. Wohnen oder Arbeit) aus und werden zumindest – so die Leistungsberechtigten selbst sich nicht äußern können – aus deren Perspektive formuliert. Leitziele machen den erstrebten Zustand vorstellbar und sollen daher stets positiv formuliert wer-

¹⁵ aus: Handbuch Individuelles Hilfeplanverfahren Rheinland-Pfalz. Stand: Dez. 2005, S. 24

den. Also nicht: „Ich will nicht mehr im Wohnheim leben.“ Sondern: „Ich will in meiner eigenen Wohnung leben.“

Leitziele geben Antwort auf Fragen wie: „Wie wollen Sie leben und arbeiten?“ oder „Wie wollen Sie Ihre Freizeit verbringen?“. Antworten darauf können nur von der leistungsberechtigten Person selbst gegeben werden, d.h. sie muss gefragt werden. Es ist eine fachliche Anforderung, so zu kommunizieren, dass die Leitziele der betroffenen Personen verstanden werden können. Daher kann es z.B. bei Menschen mit Lernschwierigkeiten erforderlich sein, „leichte Sprache“ oder Mittel der unterstützten Kommunikation zu verwenden. Hierbei soll auf einen Rahmen geachtet werden, welcher die Kommunikation mit der leistungsberechtigten Person in ihrer besonderen Situation erleichtert.

Menschen mit umfassenden und vielfältigen Beeinträchtigungen haben oft nicht die Möglichkeit, sich über Lautsprache verständlich zu machen. Diese Personen können manchmal nicht direkt nach ihren Vorstellungen befragt werden. Hier werden Methoden der unterstützten Kommunikation Anwendung finden und / oder dritte Personen ihres Vertrauens hinzu gezogen

Die angestrebte Wohn- und Lebensform (Leitziele) werden nicht terminiert. Sie können auch über einen längeren Zeitraum Bestand haben.

5.1.3 Was konkret erreicht werden soll (Handlungsziele)

Die Handlungsziele dienen als Wegweiser in der täglichen Arbeit der Leistungserbringer, an ihnen wird die Arbeit konkret und überprüfbar.

Handlungsziele sind

- positiv und anschaulich formuliert und
- eindeutig und für jeden verstehbar,
- haben einen konkreten Bezugspunkt zu den anderen Zielebenen und
- genügen den S.M.A.R.T – Kriterien, um eine Zielüberprüfung zu ermöglichen.

S.M.A.R.T. bedeutet, die Ziele sind:

Spezifisch, d.h. die Ziele sind nicht allgemeiner Natur (Förderung der Selbstständigkeit), sondern Ausdruck der besonderen Situation des besonderen Einzelfalles.

Messbar, d.h. eine Zielerreichung muss überprüfbar sein. Vorsicht vor unbestimmten Begriffen („besser“, „mehr“, „weniger“)

Attraktiv (akzeptiert), d.h. das Ziel sollte erreicht werden wollen. Es wird von den Beteiligten (auch den Leistungsberechtigten!) akzeptiert und angestrebt.

Realistisch, d.h. es sollte erreicht werden können. Dies bezieht sich sowohl auf die Fähigkeiten der leistungsberechtigten Person, als auch auf die zur Umsetzung vorhandenen Ressourcen. Es geht darum, Erfolge zu organisieren, nicht Misserfolge.

Terminiert, d.h. der Zeitpunkt der Zielerreichung bzw. der Zielüberprüfung wird in der Planung bereits festgelegt.

Jede Person, die ein Handlungsziel liest, soll verstehen, was erreicht werden soll. Dies ist nicht nur für das Fallmanagement des LVR bedeutsam, sondern gilt auch im Hinblick auf wechselnde Mitarbeiter im Schichtdienst oder in Vertretungssituationen von Bedeutung.

Beispiel:

„Erhalt der Mobilität“ ist KEIN s.m.a.r.t.e.s Handlungsziel, da es nicht messbar und nicht terminiert ist. Es kann unterschiedliche Vorstellungen davon geben, welche Mobilität gemeint ist, z.B. körperliche oder räumliche Mobilität. S.m.a.r.t.e Ziele in Bezug auf die Mobilität könnten sein:

„Frau S. fährt am 31.12. **immer noch** mit dem Bus alleine nach Köln zu ihrer Schwester.“ (Erhaltungsziel) oder auch

„Herr L. zieht sich am 30.März ... alleine ein Hemd an.“ (Änderungsziel)

Diese Ziele beinhalten eine konkrete Benennung, was bis wann erreicht werden soll.

Beispiel: Herr K. lebt in einem Wohnheim für geistig behinderte Menschen. Sein Leitziel ist sehr deutlich: „Ich will mit einer Frau zusammen sein!“. Dafür ist es wichtig, dass Herr K. zwischenmenschliche Umgangsformen beachtet und mehr Kontakte hat. Bisher hatte Herr K. nur wenig Distanzgefühl und als Folge davon kaum Freunde oder Bekannte. Hilfreich wäre es auch, wenn er selbständig die öffentlichen Verkehrsmittel benutzen könnte, um mehr unternehmen zu können. Als konkrete Ziele wurden vereinbart:

- Herr K. hält beim Ansprechen von Frauen eine Armlänge Abstand. Dieses Ziel soll in einem Jahr [Monat/Jahr] erreicht sein.
- Herr K. fährt in sechs Monaten [Monat/Jahr] alleine mit dem Zug nach X und zurück.

Es ist hilfreich, den Zeitpunkt der geplanten Zielerreichung konkret zu bestimmen – dass ein Ziel „in einem Jahr“ erreicht werden soll, sagt dem/der Leser/-in des IHP noch wenig. Wann ist „in einem Jahr“? Es erfordert Aufwand (wann wurde der IHP geschrieben?), dies heraus zu finden. Einfacher ist es und zeitsparender, gleich Monat und Jahr anzugeben.

5.1.4 Änderungs- und Erhaltungsziele

Ziele können noch anders voneinander unterschieden werden als in Leitziele, die die grundlegende Orientierung ausdrücken und damit die Richtung des gesamten Planungsprozesses vorgeben und Handlungsziele, die den konkreten Fahrplan in einem überschaubaren Zeitraum abstecken. In der Praxis wird häufig zwischen Änderungszielen und Erhaltungszielen unterschieden.

Leitziele können zum Inhalt haben, dass eine bestehende Situation in einem bestimmten Lebensbereich so zufrieden stellend ist, dass Sie erhalten werden soll. Dies gilt auch für Handlungsziele: auch hier kann es darum gehen, dass im Planungszeitraum ein konkreter Zustand, der zufrieden stellend ist, erhalten bleibt. In diesen Fällen spricht man von Erhal-

tungszielen.

Ebenso gut ist es jedoch möglich, dass jemand seine Lebenssituation verändern will, beispielsweise in dem angestrebt wird, umzuziehen oder mit einem anderen Menschen eine intimere Beziehung einzugehen. Auf der Ebene der Handlungsziele geht es darum, in einem überschaubaren Zeitraum eine konkret beschreib - und messbare Veränderung zu erreichen. Dies wird häufig auch Förderziel genannt.



Aber Achtung: es muss nicht immer Förderung der betroffenen Person sein. Bei der Förderung geht es darum, dass jemand sich praktische Erkenntnisse und Fähigkeiten aneignet, um am gesellschaftlichen Leben teilhaben zu können. Die Förderung hat zum Inhalt, dass zum Ende des Planungszeitraums eine bestimmte praktische Erkenntnis gewonnen oder eine bestimmte praktische Fähigkeit vorhanden ist. Änderungsziel kann jedoch auch sein, Umwelt anders zu gestalten, so dass ein Mehr an gesellschaftlicher Teilhabe möglich wird.

Im Fall von Herrn K. (siehe vorstehendes Kapitel) finden sich auf beiden Ebenen Änderungsziele: es soll zukünftig etwas sein, was jetzt noch nicht ist.

Dass Frau S. alleine mit dem Bus nach Köln fährt, ist gut so und soll auch so bleiben. Hier handelt es sich um ein Erhaltungsziel.

Bei den Leitzielen und bei den Handlungszielen kann es um den Erhalt eines derzeitigen Zustandes oder um seine Veränderung gehen. In der Praxis wird es Fälle geben, in denen das Leitziel ein Erhaltungsziel ist. Dazu gehörende Handlungsziele können Erhaltungs- und/oder Änderungsziele sein.

Beispiel: Herr K. will mit einer Frau zusammen sein! Änderungsziele sind, wie wir gesehen haben:

- Herr K. hält beim Ansprechen von Frauen eine Armlänge Abstand. Dieses Ziel soll im August 2011 erreicht sein.
- Herr K. fährt im März 2011 alleine mit dem Zug nach X und zurück.

Es ist jedoch weiterhin wichtig, dass Herr K. sich pflegt und seine Wäsche wechselt. Zu den Änderungszielen kommen Erhaltungsziele hinzu, beispielsweise:

- Herr K. ist auch im August 2011 so gepflegt wie bisher.

Abbildung 14: Zielebenen und Zielarte

	Erhaltungsziele	Änderungsziele
Leitziele		
Handlungsziele		

Dies geht natürlich auch umgekehrt: Leitziele, die auf den Erhalt der derzeitigen Situation abzielen, können auf der Ebene der Handlungsziele Veränderungen erforderlich machen.

Beispiel:

Frau A. will in dem Wohnheim, in dem sie lebt, wohnen bleiben. Dieses Leitziel ist ein Erhaltungsziel. Allerdings ist das Zusammenleben mit ihr nicht einfach. Sie hört gerne zu jeder Tages- und Nachtzeit ganz laut Volksmusik, was die übrigen Bewohnerinnen und Bewohner (und die Mitarbeiter/-innen) nervt. Ein Handlungsziel könnte sein:

- Frau A. hört ihre Musik in Zimmerlautstärke.

Dies ist ein Änderungsziel, weil ein Zustand erreicht werden soll, der derzeit nicht so ist.

5.2 Maßnahmen und Ziele

Maßnahmen sind Verrichtungen. Sie beschreiben auszuführende Tätigkeiten und Handlungen. Sie dienen als Mittel zur Zielerreichung. Sie sind optimal, um die vereinbarten Ziele zu erreichen.

Ziele sind angestrebte Zustände und werden als solche formuliert.

Abbildung 15: Ziele und Maßnahmen



Quelle: transfer 2010

Fallbeispiele:

Herr M. will mehr Freunde und Bekannte (angestrebte Wohn- und Lebensform). Um dies zu erreichen, ist es wichtig, dass er seine Wohnung öfters verlässt und unter Leute geht. Dies hat er bisher nur selten getan. Am 31.12. des Jahres will er an 10 Abenden an einem Kochkurs in der Volkshochschule teilgenommen haben. Das ist das Ziel. Um dieses Ziel zu erreichen, benötigt er Information und Beratung zu bestehenden Angeboten, Anleitung bei der Anmeldung, einer Erinnerung an die Termine sowie Beratung bei auftretenden Konflikten mit anderen Teilnehmern. (Maßnahme: Was muss getan werden, damit Herr M. die

Kochgruppe aufsucht?)

Frau T. hat bei der angestrebten Wohn- und Lebensform angegeben, dass sie in eine eigene Wohnung ziehen will. Dafür ist es wichtig, dass sie sich selbst versorgen kann. Als Handlungsziel wurde vereinbart, dass Frau T. Ende Oktober 20xx 3 Gerichte selbständig zubereiten kann. Hierzu nutzt sie die Kochgruppe des Wohnheims, in dem sie lebt. Die Kochgruppe ist für Frau T. somit eine Maßnahme, in der sie beraten und angeleitet wird. (Was muss getan werden, damit Frau T. Ende Oktober 3 Gerichte kochen kann?).

Es gilt:

Der IHP3 bildet alle notwendigen Hilfen ab, was ein Mensch braucht, um der angestrebten Wohn- und Lebensform näher zu kommen und die konkret vereinbarten Ziele zu erreichen. Jede Maßnahme, die erbracht wird, muss einem Ziel zugeordnet werden.

Dies wirft die Frage auf, wie kleinteilig oder wie groß die einzelnen Ziele beschrieben werden müssen (Granularität der Ziele). Wichtig ist, dass ein Dritter nachvollziehen kann, was erreicht werden soll. Wichtig ist des Weiteren, dass die Handlungsziele die s.m.a.r.t - Kriterien erfüllen.

Beispiel:

Frau A. will in dem Wohnheim wohnen bleiben. Dort soll eigentlich alles so bleiben, wie es ist (Angestrebte Wohn- und Lebensform „Wie und wo ich wohnen will“: Erhaltungsziel). Allerdings wünscht sie sich, dass sie selbständig in das nahe gelegene Cafe Kuchen essen gehen kann. Dies kann sie bisher nur in Begleitung, da sie im Straßenverkehr unsicher ist und sich nicht traut, alleine etwas zu bestellen (Angestrebte Wohn – und Lebensform „Was ich in meiner Freizeit machen will“).

Mit Frau A. wird für das nächste Jahr in Bezug auf das Erhaltungsziel Wohnen im Wohnheim u.a. folgendes konkret vereinbart.

1. Frau A. hat Ende März 2011 immer noch den gleichen Gesundheitszustand wie am 01.03.2010 gemäß Pflegeanamnese.

Was muss getan werden, um dieses Ziel zu erreichen?

- 1.1 Unterstützung bei der Körperpflege gemäß Pflegeplan vom 01.03.2009.
- 1.2 Teilnahme am Kochtraining, Ernährungsberatung
- 1.3 Teilnahme am Walkingkurs
- 1.4 Begleitung zu Ärzten

Was soll noch in Bezug auf das Erhaltungsziel Wohnen im Wohnheim konkret erreicht werden?

2. Frau A. hat Ende März 2011 weiterhin alle ihre Dienste in der Wohngruppe gemäß Gruppenplan vom 12.01.2009 durchgeführt.

Was muss getan werden, um dieses Ziel zu erreichen?

- 2.1 Aufforderung und Anleitung
- 2.2 Vermittlung bei Konflikten mit Mitbewohnern

In Bezug auf das Handlungsziel „Alleine ins Cafe gehen“, wurde mit Frau A. konkret vereinbart:

3. Frau A. kann am 30. Juni alleine über die Ampel an der Schillingstraße gehen.

Was muss getan werden, um dieses Ziel zu erreichen?

- 3.1 Verkehrstraining

Was soll noch konkret erreicht werden?

4. Frau A. kann sich am 30. Juni selbständig ein Stück Kuchen aussuchen und dieses bei der Bedienung bestellen.

Was muss getan werden, um dieses Ziel zu erreichen?

- 4.1 Rollenspiele zum Üben
- 4.2 Regelmäßige Begleitung im Cafe

Mit dieser Vorgehensweise können die erforderlichen Maßnahmen vollständig dargestellt werden. Der Verweis auf weitere, interne Planungsinstrumente (z.B. Pflegeplanung) ist unproblematisch. Dies gilt insbesondere bei Personen mit einem hohen Pflege- oder Betreuungsbedarf.

5.2.2 Die Granularität von Zielen und Maßnahmen

In heutigen IHP´s finden sich manchmal lange Listen kleinteilig formulierter Ziele und ebenso kleinteilig formulierter Maßnahmen. Dies verursacht bei allen Beteiligten erheblichen Aufwand: bei den einen, weil sie solche IHP´s schreiben, bei den anderen, weil sie solche IHP´s lesen müssen. Prinzipiell können Ziele und Maßnahmen bis auf die Ebene der kleinsten denkbaren Teilchen herunter gebrochen werden - sinnvoll scheint dies jedoch nur in den wenigsten Fällen zu sein.

Diese Frage, wie „groß“ oder „klein“ Ziele und Maßnahmen beschrieben werden sollen, nennt man Granularität - wie grobkörnig sollen Ziele und Maßnahmen sein? Für den Landschaftsverband Rheinland ist es wichtig, dass die Beteiligten wissen, um was es geht. Handlungsziele sollen so formuliert sein, dass die betroffene leistungsberechtigte Person, aber auch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Diensten und Einrichtungen sowie das Fallmanagement beim Landschaftsverband ein Bild vor Augen haben, wie die Situation am Ende des Planungszeitraums ist. Denn dies ist der angestrebte Zustand.

Für Frau A. (siehe vorstehendes Kapitel) ist es eine Herausforderung, alleine über die Ampel an der Schillingsstraße zu gehen. Dies ist ein kleinteilig formuliertes Ziel, es be-

zeichnet einen konkreten Sachverhalt, der sich im Planungszeitraum verändern soll. Umgekehrt ist es aber keineswegs erforderlich, alle Dienste, die Frau A. in der Wohngruppe verrichtet, einzeln aufzulisten. Hier genügt in der Tat als Zielformulierung, dass die derzeitige Situation einer Mitwirkung von Frau A. in der Wohngruppe erhalten bleiben soll. Und konkret ausgedrückt heißt das Frau A. verrichtet ihre Dienste in der Wohngruppe auch zum Ende der Planungsperiode so, wie sie dies nach Plan auch jetzt tut.

Dies gilt auch für die Maßnahmen. Im Vordergrund steht hier, dass die Beteiligten eine Vorstellung davon entwickeln können, was im konkreten Einzelfall im Planungszeitraum getan werden soll, um die Ziele zu erreichen. Um nochmals auf das Beispiel von Frau A. einzugehen: „Unterstützung bei der Körperpflege gemäß Pflegeplan“ informiert hinreichend über das Geschehen, auch ohne dass die einzelnen Verrichtungen im Detail beschrieben werden müssen.

5.3 Maßnahmen und Leistungen

Während es sich bei Maßnahmen um Verrichtungen und durchzuführende Tätigkeiten handelt, die von jedem Mann oder jeder Frau erbracht oder vollzogen werden können, handelt es sich bei „Leistungen“ um einen sozialrechtlichen Sachverhalt. Sozialleistungen sind die in den Sozialgesetzbüchern SGB I - SGB XII vorgesehenen Dienst-, Sach- und Geldleistungen. Sie sind „Gegenstand der sozialen Rechte“ der Bürgerinnen und Bürger.¹⁶ Sie werden gewährt, wenn die in den einzelnen Sozialgesetzbüchern formulierten Anspruchsvoraussetzungen vorliegen. Bei Leistungen wegen einer Beeinträchtigung gesellschaftlicher Teilhabe infolge einer Gesundheitsstörung sind dies die im Sozialgesetzbuch IX zusammengeführten Leistungen der Sozialleistungsträger, nämlich

- Leistungen der medizinischen Rehabilitation (Kapitel 4 SGB IX),
- Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (Kapitel 5 SGB IX),
- unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen (Kapitel 6 SGB IX) sowie die
- Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft (Kapitel 7 SGB IX).

Der Landschaftsverband Rheinland ist überörtlicher Sozialleistungsträger für Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft im Rahmen seiner gesetzlichen Zuständigkeiten, wie diese für Nordrhein-Westfalen beschlossen worden sind. Nach § 6 Abs. 1 Nr. 7 SGB IX kann er Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft erbringen. Er kann dies nur dann tun, wenn im besonderen Einzelfall die entsprechenden Voraussetzungen für Leistungen durch ihn gegeben sind.

Die Individuelle Hilfeplanung des LVR unterscheidet ausdrücklich zwischen Maßnahmen (Was soll getan werden, um die Ziele zu erreichen?) und Leistungen. Maßnahmen werden im Bogen „Planung“ des IHP entwickelt, in dem die Frage beantwortet wird, was getan werden soll, um die Handlungsziele zu erreichen, wer dies tun und wo dies getan werden soll. In dem dann folgenden Bogen geht es um notwendige (nicht: wünschenswerte!) Leistungen. Hier werden die zuvor geplanten Maßnahmen in Leistungen überführt. Dies geschieht, indem für jede Maßnahme angegeben wird, wann sie erbracht werden soll, wel-

¹⁶ § 11 SGB I, S. 1

cher Art die Leistung ist, welche Form sie hat und wer die Leistungen erbringen soll (siehe Kapitel 7 Seite 63 ff). Ob es sich bei der so aus dem individuellen Hilfebedarf abgeleiteten Leistung um eine Leistung in Zuständigkeit des LVR handelt, entscheidet das Fallmanagement nach eingehender Prüfung des Sachverhaltes und Beratung in der Hilfeplankonferenz.

5.4 Zielüberprüfung und Fortschreibung

Handlungsziele sollen s.m.a.r.t. sein. Sie werden für einen überschaubaren Zeitraum vereinbart, in dem sie erreicht werden sollen. Nach Ablauf des Zeitraumes erfolgt die Fortschreibung des IHP3, indem eine gemeinsame Überprüfung der vereinbarten Ziele unter folgenden Fragestellungen erfolgt:

- Was ist im zurückliegenden Zeitraum erreicht worden?
- Ist das Ziel vollständig erreicht?

Wenn das Ziel nicht oder nur zum Teil erreicht worden ist:

- Aus welchen Gründen ist das Ziel nicht erreicht worden?

„Planung ist ein Prozess. (...)“

(1) Es gibt keine Garantie, dass geplante Ziele erreicht werden und der Zustand eintritt, den man sich vorgenommen hat. Dies ist kein grundsätzlicher Fehler, bedeutet aber, in den folgenden Planungsperioden genauer und realistischer zu planen.

(2) Ziele können sich ändern, Situationen können sich ändern, zur Bedarfsdeckung notwendige Leistungen können sich ändern. Planung ist dynamisch und nicht statisch zu begreifen. Sie ist stabil im Planungszeitraum, es sei denn, eine nicht vorhersehbare Veränderung der Situation erzwingt eine Änderung der Planung. Sie ist dynamisch in der Fortschreibung.“¹⁷

Bei der Fortschreibung des IHP3 sind zwei Schritte notwendig:

- Zielprüfung
- Vereinbarung von aktuellen Zielen

Fallbeispiel:¹⁸

Bis zum 30. Juli will Herr X. einmal in der Woche auf dem Wochenmarkt eigenständig die von ihm benötigten Lebensmittel einkaufen (Was soll konkret erreicht werden?)

Zielprüfung: Was ist erreicht worden?

Herr X. geht selbständig einmal in der Woche auf dem Wochenmarkt einkaufen, er weiß, wo die einzelnen Stände mit den Lebensmitteln sind und kann selbst die Lebensmittel auswählen. Er benötigt für den direkten Einkauf keine Hilfe mehr. Er benötigt aber weiterhin Beratung, um für sich zu klären, welche Lebensmittel er für die Woche benötigt. Das heißt, das Ziel wurde teilweise erreicht.

Maßnahmenprüfung: Was hat geholfen? Was hat teilweise geholfen? Was hat noch nicht geholfen?

Die Begleitung zum Wochenmarkt, sowie das Training zum Umgang mit Geld haben Herrn X. sehr geholfen. Die reine Absprache, was benötigt wird, war jedoch nicht ausreichend.

Aktuelle Zielvereinbarung:

Bis zum 31.12. erstellt Herr X. den Einkaufszettel für den wöchentlichen Einkauf selbständig. (Was soll konkret erreicht werden?).

Anhand einer Zielüberprüfung kann die Frage beantwortet werden, ob man auf dem richtigen Weg ist. Dadurch kann eine Stärkung des Klienten und eine wertvolle Lernerfahrung für alle Beteiligten erreicht werden. Ebenso bietet die Zielüberprüfung die Möglichkeit, die geleistete Arbeit der Leistungserbringer darzustellen.

Sowohl teilweise als auch nicht erreichte Ziele können – soweit sie weiterhin aktuell sind – in den nächsten Planungszeitraum übernommen werden. Werden Ziele jedoch wiederholt nicht erreicht, gilt es zu überprüfen, ob die Ziele tatsächlich noch aktuell sind, sie evtl. kleiner (oder größer) gehalten werden sollten oder ob die angedachten Maßnahmen tatsächlich geeignet sind, die Ziele zu erreichen.

6. Die Bögen des IHP3

Die Bögen des IHP 3 gliedern sich in zwei Teile. Teil 1 besteht aus einem Basisbogen, Teil 2 aus dem Gesprächsleitfaden für das Hilfeplangespräch. Für eine bessere Nachvollziehbarkeit der Erläuterungen ist es sinnvoll, sich parallel die Bögen des IHP3 zur Hand zu nehmen.

6.1 Der Basisbogen

Der Basisbogen beinhaltet die Stammdaten der Antrag stellenden bzw. leistungsberechtigten Person.

Zunächst wird danach gefragt, ob es sich um einen Erstantrag oder um einen Folgeantrag handelt. Hier genügt ein einfaches Ankreuzen.

Aufgenommen werden dann Name, Vorname, Geburtsdatum, Beruf und Familienstand der leistungsberechtigten Person. Anders als im bisherigen Bogen werden nicht nur die Anzahl und das Alter der Kinder eingetragen, sondern es wird auch abgebildet, ob die Kinder im eigenen Haushalt leben. Dies ist für die Beurteilung der Gesamtsituation und zur Klärung des individuellen Hilfebedarfs von großer Bedeutung.


 Qualität für Menschen

Individuelle Hilfeplanung des LVR		- Basisbogen -
Name		AZ.:
Erstantrag	Folgeantrag	

Antrag stellende bzw. leistungsberechtigte Person		
Name	Vorname	Geburtsdatum
Beruf	Familienstand	
Anzahl und Alter der Kinder		Anzahl der Kinder im eigenen Haushalt

Danach werden die Adressdaten eingetragen, also Postleitzahl, Ort und Straße. Es folgen die Telefonnummer und die E-Mail-Adresse der leistungsberechtigten Person sowie deren Bankverbindung.

PLZ	Ort	Straße
Telefon	Email	
Bankverbindung: Kasse	Kto.-Nr.	BLZ

Im Weiteren wird dann dargelegt, für welchen Zeitraum die individuelle Hilfeplanung gelten soll. Diese Angaben bilden den Bezugspunkt einer möglichen Bewilligung beantragter Leistungen. Deutlich wird im folgenden, dass die Individuelle Hilfeplanung des Landesverbandes Rheinland ein Instrument der antragstellenden bzw. leistungsberechtigten Person ist, mit der diese ihren Bedarf und mögliche Leistungsansprüche gegenüber dem LVR begründen kann. Daher wird davon ausgegangen, dass die individuelle Hilfeplanung von der antragstellenden bzw. leistungsberechtigten Person selbst bearbeitet wird, gegebenenfalls unter Beteiligung und/oder Unterstützung Dritter.

Deren Kontaktdaten werden in den folgenden Feldern eingetragen. Angegeben werden hatte wiederum Name, Vorname, Postleitzahl, Ort, Straße sowie Telefonnummer und E-Mail-Adresse.

IHP für den Zeitraum von		bis	
Erstellt von der Antrag stellenden bzw. leistungsberechtigten Person unter Beteiligung von			

Für Rückfragen steht zur Verfügung			
Name		Vorname	
PLZ	Ort	Straße	
Telefon		Email	

Für die rechtliche Betreuung bzw. die bevollmächtigte Person wird neben den allgemeinen Angaben wie Name, Adresse, Telefonnummer und E-Mail auch nach dem Wirkungskreis der gesetzlichen Betreuung gefragt.

Gesetzliche Betreuung bzw. bevollmächtigte Person			
Name		Vorname	
PLZ	Ort	Straße	
Telefon		Email	
Wirkungskreis			

Die weiteren Angaben befassen sich mit der Art der der Teilhabe einschränkung zu Grunde liegenden Funktionsstörung aus medizinischer Sicht ("Behinderung"). Diese Abfrage orientiert sich an der Eingliederungshilfeverordnung und erfragt daher, ob vorwiegend eine körperliche Behinderung, eine geistige Behinderung, psychische Behinderung oder eine Suchterkrankung vorliegt.

Im rechten Teil des Bogens wird nach der Diagnose im ICD - 10 - Schlüssel gefragt. Es wird darum gebeten, nicht nur diesen Schlüssel einzutragen, sondern auch den Klartext hinzuzufügen (Beispiel: F20; schizophrene Störung).

Ob eine Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI vorliegt, wird anschließend abgefragt. Hier besteht die Möglichkeit, anzukreuzen, welche Pflegestufe anerkannt wurde. Bei einer anerkannten Pflegebedürftigkeit, die die Kriterien einer Pflegestufe I noch nicht erfüllt

(unter 45 Minuten Pflegebedarf am Tag), wird das Kreuz an der entsprechenden Stelle bei Pflegestufe: " 0" gesetzt.

Vorliegende Arztberichte und das Pflegegutachten sollen dem Antrag beziehungsweise der IHP beigefügt werden. Darauf macht der Bogen an dieser Stelle ebenfalls aufmerksam. Schließlich besteht dann die Möglichkeit, weitere Anmerkungen und Hinweise für die Fallbearbeitung zu geben.

Art der Behinderung im Sinne der Eingliederungshilfeverordnung		Diagnose(n) nach ICD-10	
körperliche Behinderung <input type="checkbox"/>	geistige Behinderung <input type="checkbox"/>	Klartext:	
psychische Behinderung <input type="checkbox"/>	Suchterkrankung <input type="checkbox"/>		
Pflegestufe nach SGB XI:	Pflegestufe: „0“ <input type="checkbox"/>	I <input type="checkbox"/>	II <input type="checkbox"/>
<small>(Zutreffendes bitte ankreuzen)</small>		<small>(Vorliegende Arztberichte und Pflegegutachten beifügen)</small>	
Anmerkungen / Hinweise:			

Am Anfang der zweiten Seite des Basisbogens wird nach der Krankenkasse der antragstellenden bzw. leistungsberechtigten Person gefragt. Angegeben werden soll der Name, die Adresse sowie Telefonnummer und E-Mail-Adresse der Krankenkasse.

Krankenkasse			
Name der Krankenkasse			
PLZ	Ort	Straße/Postfach	
Telefon	Email		

Die Leistungen auch anderer Leistungsträger als dem Landschaftsverband Rheinland stehen im Mittelpunkt des nächsten Absatzes. Zu diesen gehören neben den Sozialversicherungen auch die örtlichen Träger der Sozialhilfe und die ARGE nach SGB II.

Es findet sich eine Liste von möglichen Leistungen. Für jede dieser Leistungen kann durch Ankreuzen mitgeteilt werden, ob sie beantragt, bewilligt oder in der Vergangenheit abgelehnt wurde. Es geht an dieser Stelle um die Leistungen, die im Zusammenhang mit dem aktuellen Bedarf zu sehen sind. Leistungen, deren Beantragung länger als ein Jahr zurück liegen, sind daher in der Regel nicht mehr aufzuführen. Im rechten Teil des Bogens besteht dann die Möglichkeit, die entsprechenden Leistungsträger zu benennen. Neben dem Namen des Leistungsträgers soll auch die Adresse mitgeteilt werden.

In die Liste der Leistungen ist auch eine Beschäftigung im Arbeitsbereich einer WfbM aufgenommen. Maßnahmen im Eingangsverfahren oder Berufsbildungsbereich sind Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, die in der WfbM durchgeführt werden.

Es wird darum gebeten, dass die entsprechenden Bescheide - auch die Ablehnungsbescheide! - dem Hilfeplan bzw. dem Antrag beigefügt werden. Denn die Bescheide und hierin enthaltene Begründungen können weitere Hinweise zur Aufklärung des Sachverhaltes

geben.

Leistungen auch anderer Leistungsträger (zutreffendes bitte ankreuzen, Mehrfachnennungen möglich)	be-	be-	ab-	Leistungsträger
	an-	willigt	ge-	
	tragt		lehnt	
Zutreffendes bitte ankreuzen				
hauswirtschaftliche Hilfen				
Hilfen zur Wohnraumgestaltung				
Kraftfahrzeughilfe				
Leistungen zur Pflege nach SGB XI bzw. SGB XII				
häusliche Krankenpflege gem. SGB V				
Soziotherapie				
Physiotherapie				
Ergotherapie				
Psychotherapie				
medizinische Rehabilitation (ambulant oder stationär)				
Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben				
Beschäftigung im Arbeitsbereich einer WfbM				
Leistungen nach dem Opferentschädigungsgesetz				
Andere Leistungen, nämlich				

(Bescheide bitte beifügen)

Den neuen gesetzlichen Möglichkeiten entsprechend besteht dann die Möglichkeit, die begehrte Leistung in Form eines persönlichen Budgets zu erhalten. Zunächst wird unterstrichen, dass die leistungsberechtigten Personen über die Form einer Leistungsgewährung als persönliches Budget beraten und aufgeklärt werden sollen. Ist dies der Fall, wird an der entsprechenden Stelle ein Kreuz gesetzt. Anschließend kann im Klartext benannt werden, welche Leistungen als Teilbudget beansprucht werden und welche Leistungen vollständig in Form einer Geldleistung mit entsprechender Zielvereinbarung erbracht werden sollen. Wird eine Leistung teilweise als Budget beansprucht, sollte an dieser Stelle der entsprechende Teil bezeichnet sein.

Ich wurde darüber beraten, dass ich die Leistungen auch in Form eines persönlichen Budgets in Anspruch nehmen kann.

Ich beantrage folgende Leistungen teilweise als Persönliches Budget:

Ich beantrage folgende Leistungen vollständig als Persönliches Budget:

Die weiteren Angaben auf dieser zweiten Seite des Basisbogens beinhalten datenschutzrechtliche Fragestellungen. Mit ihrer Unterschrift bestätigt die antragstellende beziehungsweise leistungsberechtigte Person, dass sie den Zweck der Erhebung der personenbezogenen Daten - Ermittlung des individuellen Hilfebedarfs und der erforderlichen Leistungen - kennt und hierüber unterrichtet wurde. Auf die Möglichkeit einer Weitergabe der Daten im Rahmen des Verwaltungsverfahrens nach §14 SGB IX wird gesondert hingewiesen.

Und schließlich kann das Einverständnis zur Weitergabe der personenbezogenen Daten an den Landschaftsverband beziehungsweise den örtlichen Träger der Sozialhilfe erklärt werden.

Ich bin darüber unterrichtet, dass die in der individuellen Hilfeplanung des LVR erhobenen personenbezogenen Daten ausschließlich zur Ermittlung des individuellen Hilfebedarfs und der erforderlichen Leistungen sowie der Erstellung eines Gesamtplanes gem. § 58 SGB XII verwendet werden.

Ich habe davon Kenntnis, dass der LVR seine Zuständigkeit prüft und meinen Antrag oder Teile davon gemäß § 14 SGB IX an einen anderen zuständigen Leistungsträger weiterleiten kann.

Mit der Weitergabe der personenbezogenen Daten an den LVR als überörtlichen Träger der Sozialhilfe, den zuständigen örtlichen Sozialhilfeträger, bin ich einverstanden.

Diese beiden Seiten des Basisbogens finden ihren Abschluss mit der Unterschrift der antragstellenden Personen beziehungsweise ihrer rechtlichen Vertretung. Dieser Teil des Bogens ist an dieser Stelle nicht abgebildet.

Inhalt der hier ebenfalls nicht abgebildeten letzten Seite des Basisbogens ist eine Erklärung der Antrag stellenden bzw. leistungsberechtigten Person zum Umgang mit den personenbezogenen Daten im Rahmen der individuellen Hilfeplanung, insbesondere mit deren Verwendung in der Hilfeplankonferenz.

6.2 Der Gesprächsleitfaden

Der Gesprächsleitfaden ist überwiegend in leichter Sprache formuliert. Schon der Name verdeutlicht, worauf es ankommt: im gemeinsamen Dialog soll die Lebenswirklichkeit der betroffenen Person, ihr Bedarf und die zur Bedarfsdeckung notwendigen Maßnahmen deutlich werden. Von seiner Funktion her handelt es sich bei dem vorliegenden Bogen um eine Art Dokumentation eines mit den Antrag stellenden bzw. leistungsberechtigten Personen geführten Gesprächs darüber, wie sie bei bestehenden Funktionsstörungen ihr Leben gestalten und an der Gesellschaft teilhaben wollen.

Im Kopf wird wiederum danach gefragt, ob es sich um eine erste Hilfeplanung oder aber um eine Fortschreibung einer bereits bestehenden Planung handelt. Handelt es sich um eine Fortschreibung, wird im Feld „Nr.“ mitgeteilt, um die wievielte Fortschreibung es sich handelt.

Der Name der Person und soweit bekannt, das Aktenzeichen werden auf diesen und den folgenden Seiten eingetragen.

Weiterhin wird über den geplanten Zeitraum mitgeteilt, wann die individuelle Hilfeplanung erstellt wurde und wer dies getan hat.

Individuelle Hilfeplanung des LVR		- Gesprächsleitfaden -	
<input type="checkbox"/> erster IHP	<input type="checkbox"/> Fortschreibung des IHP vom	Nr.	AZ.:
für den Zeitraum vom..... bis.....		erstellt am:..... von	

Anschließend beginnt der inhaltliche Teil des IHP3. Die individuelle Hilfeplanung nimmt ihren Ausgang von den Vorstellungen der leistungsberechtigten Person, wie sie ihr Leben leben und gestalten will. Die Fragestellung ist daher aus der Perspektive der Betroffenen heraus und in ich - Forum formuliert. Es handelt sich um die Leitziele der leistungsbe-

rechtigten Personen und gleichzeitig um die Leitziele der Hilfeplanung (zu Leitziele siehe Kapitel 5.1.2 auf Seite 37 ff.). Als Leitziele der leistungsberechtigten Personen werden sie respektiert, daher ist eine auch fachliche Kommentierung oder Bewertung dieser Ziele unerwünscht.

I. Angestrebte Wohn- und Lebensform (Leitziele)

Es ist die angestrebte Wohn- und Lebensform des Menschen mit Behinderung. Daher wird sie aus dessen Perspektive formuliert. Eine Kommentierung oder Bewertung dieser Ziele ist unerwünscht.

Die angestrebte Wohnen - und Lebensform wird für vier Bereiche konkreter nachgefragt:

1. Wie und wo ich wohnen will. Hier geht es um alle Fragen des Wohnens, also wo ich wohnen will, wie ich wohnen (allein, mit mehreren, ...) will, mit wem ich zusammen wohnen will usw.
2. Was ich den Tag über tun oder arbeiten will. Hier geht es um die Beschäftigung, die ein Mensch ausüben will. Diese muss nicht, kann aber in Erwerbstätigkeit, also in Arbeit gegen Geld, bestehen.
3. Wie ich mit anderen Menschen zusammen leben will. Angesprochen sind hier die sozialen Beziehungen eines Menschen, seien es die Beziehungen zu den eigenen Eltern, zu den Geschwistern, zur Partnerin bzw. zum Partner, eigenen Kindern, zu Freunden und Bekannten oder auch dem weiteren sozialen Umfeld.
4. Was ich in meiner Freizeit machen will. Gemeinhin ist Freizeit die Zeit, die ich für mich zu meiner eigenen freien Verwendung habe. Oftmals erfolgt hier eine Abgrenzung zur Erwerbsarbeit. Es gibt Auffassungen, die meinen, Freizeit könne nur haben, wer auch einer bezahlten Arbeit nachgeht. In IHP 3 ist die Zeit gemeint, die jemand für sich selbst in eigener freier Verwendung verbringen will. Die Zeit, die ich brauche, um Aufgaben der alltäglichen Lebensführung zu bewältigen, gehört nicht hierzu. Dies sind ja Zeiten, die nicht in eigener freier Verwendung verbracht werden können. Möglicherweise ist dieser Bereich nicht trennscharf von der unter Punkt 2 angesprochenen Beschäftigungen tagsüber abzugrenzen. Dies ist auch nicht notwendig, weil es eher unbedeutend ist, an welcher Stelle auf diesem Bogen die Leitziele der leistungsberechtigten Personen stehen. Notwendig und wichtig ist dagegen, in diesem Bogen überhaupt abzubilden, wie die Betroffenen sich beschäftigen wollen.
5. Was mir sonst noch sehr wichtig ist. Dies ist eine offene Kategorie, in der all die Leitziele abgebildet werden können, die bisher einem der vier zuvor genannten Bereiche nicht zugeordnet werden konnten. Hierzu gehören beispielsweise Fragen der Gesundheitssorge wie - im Beispiel der Suchtkrankenhilfe - das Leitziel, abstinent zu leben.

- natürliche und vom Menschen veränderte Umfeld
- Unterstützung und Beziehungen
- Einstellungen sowie
- Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze

eingehen.

IV. Wer oder was mir schon jetzt hilft, so zu leben, wie ich will
Ergänzende fachliche Sicht

Im nächsten Punkt geht es um die Frage „Was ich nicht so gut oder gar nicht kann“. Wiederum stehen die Fähigkeiten der betreffenden Person im Vordergrund der Aufmerksamkeit. Allerdings hat diesmal der Schwerpunkt der Betrachtung gewechselt, geht es doch hier um das, was - ohne Hilfestellung oder Unterstützung von außen (Fiktion der grünen Wiese!) - nicht so gut oder gar nicht gekonnt ist. In der Sprache des ICF heißt das, es geht um Beeinträchtigungen der Aktivitäten.

Wiederum beginnt der Abschnitt mit einer subjektiven Einschätzung der betroffenen Person. Insbesondere in der ergänzenden fachlichen Sicht werden anschließend die Bereiche der ICF berücksichtigt:

- Lernen und Wissensanwendung
- allgemeine Aufgaben und Anforderungen
- Kommunikation
- Mobilität,
- Selbstversorgung
- häusliches Leben
- Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen
- bedeutende Lebensbereiche

- Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben.

V. Was ich nicht so gut oder gar nicht kann
Ergänzende fachliche Sicht

Nachdem die Beeinträchtigungen der Aktivität beschrieben sind, ist die Analyse des konkreten Einzelfalls nahezu abgeschlossen. Zwei Aspekte fehlen noch. Zunächst einmal wird mit der Frage „Wer oder was mich hindert, so zu leben, wie ich will“ erneut der Blick auf Einflüsse der Umwelt gerichtet. Es wird der Frage nachgegangen, ob es in der Umwelt Barrieren gibt, die der angestrebten Wohn- und Lebenssituation im Wege stehen. Barrieren sind das eine. Denkbar ist auch der zweite Fall, dass es im konkreten Einzelfall Förderfaktoren nicht gibt, die gemeinhin vorhanden sind. Barrieren und fehlende Förderfaktoren können sowohl räumliche Gegebenheiten, einzelne Personen, ganze Systeme oder irgendetwas anderes sein. Soweit dies im konkreten Einzelfall von Bedeutung ist, wird man in der fachlichen Beschreibung auf

- Produkte und Technologien,
- natürliche und vom Menschen veränderte Umfeld
- Unterstützung und Beziehungen
- Einstellungen sowie
- Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze

eingehen wollen.

6.2.2 Überprüfung der Zielerreichung und durchgeführter Maßnahmen

Der nun auf Seite 5 folgende Bogen - Zielüberprüfung - ist neu und war im bisherigen IHP nicht enthalten. Er wird nur dann angewandt, wenn es sich um einen Folge - IHP handelt, denn es geht um die Überprüfung von in einem vorhergehenden Hilfeplan vereinbarten Zielen.

Daher werden zuerst alle Ziele aus dem letzten Hilfeplan übertragen. Eine Vorauswahl beispielsweise der Ziele, bei denen ein Erfolg erzielt wurde oder ähnlichem ist ausdrücklich unerwünscht. Das Instrument ist auf ein gemeinsames Lernen angelegt: Lernen kann nur, wer sich auch mit dem auseinandersetzt, was nicht erreicht wurde. Eine Vollständigkeit der übertragenen Ziele ist daher wichtig und wird vom Fallmanagement überprüft.

Ein Weiteres: es erscheint nur wenig sinnvoll, möglichst viele Ziele formulieren zu wollen. Dies kann nur dazu führen, dass viele Ziele nicht erreicht werden konnten. Die IHP begreift sich als ein Planungsinstrument, mit dessen Hilfe erwünschte Wirkungen erzielt werden sollen. Somit kommt es eher darauf an, eine überschaubare Anzahl an guten Zielen zu formulieren als eine möglichst lange Liste von Zielen zu haben.

Hinzu kommt: Ziele müssen s.m.a.r.t. sein!¹⁹ Ziele, die nicht nach den s.m.a.r.t. - Kriterien formuliert sind, sind in ihrer Wirkung nicht überprüfbar.

Für jedes Ziel aus der vorherigen Hilfeplanung wird überprüft, ob es erreicht, teilweise erreicht oder nicht erreicht wurde. Hier wird einfach ein Kreuz in die entsprechende Spalte gesetzt. Unter Abschnitt IX wird angegeben, welche Einflüsse oder Ereignisse dazu beigetragen haben, dass das Ziel erreicht, teilweise erreicht oder nicht erreicht wurde. Die Vorstellung ist keineswegs, dass allein fachliche Interventionen einen angestrebten Zustand erhalten oder verändern können. Vielmehr ist die Hilfeplanung an dieser Stelle auch offen für Ereignisse und Einflüsse, die nicht geplant waren, aber eingetreten sind oder sich ereignet haben.

„Was hat geholfen? Was hat nicht oder weniger gut geholfen?“ An dieser Stelle stehen die im vorigen Hilfeplan beschriebenen Maßnahmen im Mittelpunkt des Nachdenkens und der kritischen Betrachtung.

VIII. Was sollte zuletzt konkret erreicht werden? (Alle Ziele aus dem letzten IHP aufnehmen)	Das Ziel wurde			IX. Wie kam es zu diesem Ergebnis? Was hat geholfen? Was hat nicht oder weniger gut geholfen?
	erreicht	teilweise erreicht	nicht erreicht	
	Zutreffendes bitte ankreuzen			

6.2.3 Planung zukünftiger Maßnahmen

Auf Seite 6 wird die Zielüberprüfung mit der Vereinbarung zukünftiger Ziele fortgeführt. Dies geschieht immer noch im gemeinsamen Gespräch mit der leistungsberechtigten Person unter Beachtung ihres Wunsch- und Wahlrechtes und bei Förderung ihrer Selbstbestimmung. Das heißt, zunächst wird konkret vereinbart, was zukünftig erreicht werden soll. Diese Handlungsziele werden durchnummeriert und in Abschnitt X eingetragen. In

¹⁹ zu den s.m.a.r.t. - Kriterien siehe Kapitel 5.1.3

der nächsten Spalte wird angegeben, bis wann diese Ziele erreicht werden sollen. Die dafür erforderlichen Maßnahmen (Verrichtungen oder Tätigkeiten) werden in Abschnitt XI eingetragen. Die Maßnahmen werden ebenso wie zuvor die Ziele durchnummeriert.

Der Bogen begrenzt die Anzahl der möglichen, im Planungszeitraum zu erreichenden Ziele auf sechs. Damit soll deutlich werden, dass nicht möglichst viele Ziele zu vereinbaren sind, sondern möglichst attraktive und erreichbare Ziele. Ist es im konkreten Einzelfall sinnvoll, mehr als sechs Ziele zu formulieren, kann dies im Bogen geschehen.

Ist geklärt, was in welchem Zeitraum erreicht werden soll, wird überlegt, was getan werden kann, um die Ziele zu erreichen. Es geht um Tätigkeiten, um das, was zu tun oder zu lassen ist, damit der angestrebte Zustand eintritt. Dabei kann eine Maßnahme helfen, unterschiedliche Ziele zu erreichen, möglich ist auch, dass verschiedene Maßnahmen notwendig sind, um ein Ziel zu erreichen. Und schließlich kann es noch den Fall geben, dass ein Ziel genau eine Maßnahme erfordert, um erreicht zu werden.

Im Anschluss kann die betroffene Person angeben, von wem die Maßnahme erbracht werden soll. Dies ist als Wunsch der betroffenen Person zu verstehen. Diesen Wünschen „soll entsprochen werden, soweit sie angemessen sind.“²⁰ Ob diesem Wunsch gefolgt werden kann, ist anschließend vom LVR als Leistungsträger zu klären.

Keineswegs ist an dieser Stelle nur an Fachkräfte psychosozialer Versorgung zu denken. Vorrangig sind vielmehr alle Formen der Selbsthilfe, der Nachbarschaftshilfe, des ehrenamtlichen Engagements, die Nutzung von Angeboten im Quartier oder in den Regionen und die Angebote allgemeiner sozialer, medizinischer oder psychologischer Hilfen. Zuletzt - dem Grundsatz der Normalisierung ebenso folgend wie der Nachrangigkeit der Sozialhilfe - kommen auch Mitarbeitende der Dienste und Einrichtungen der Behindertenhilfe in Betracht.

Nr.	X. Was soll zukünftig konkret erreicht werden?	Bis wann ?	Nr.	XI. Was soll getan werden, um die Ziele zu erreichen?	Wer soll das tun?	Wo soll das gemacht werden?

Konnte bisher geklärt werden, was im Planungszeitraum erreicht werden soll, bis wann dies geschehen soll, was getan werden soll, um diese Ziele zu erreichen und auch, welche Personen die entsprechenden Tätigkeiten tun sollen, bleibt als letztes die Frage zu beantworten, wo dies geschehen soll. Diese Frage zielt auf das Leben im Sozialraum - Leistungen zur Teilhabe am gesellschaftlichen Leben sollen verstärkt mitten in der Gesellschaft erbracht werden und weniger im Rahmen exklusiver Angebote von Diensten und Einrichtungen.

Bis hierher werden die einzelnen Planungsschritte gemeinsam und im Gespräch mit der leistungsberechtigten Person vorgenommen. Bei der Bestimmung der notwendigen Leistungen kommt es stärker auf eine zutreffende Qualifizierung der formulierten Maßnahmen nach bestimmten Kriterien an. Dies geschieht auf der nun folgenden Seite 7.

²⁰ § 9 SGB XII, Abs. 2, S. 1

7. Bestimmung notwendiger Leistungen

Qualifizierung der Maßnahmen heißt, ihnen weitere Informationen hinzu zu fügen. Diese Informationen sind erforderlich, um die geplanten Maßnahmen als Leistungen zur Teilhabe erkennen zu können und um zu ermitteln, welchen zeitlichen Umfang die notwendigen Hilfen haben. An der Anzahl der Stunden (Umfang der Leistungen) hängt die Finanzierung der Hilfen zunächst nur im ambulanten Bereich. Es ist geplant, zu einem späteren Zeitpunkt auch im stationären Bereich auf Zeit gründende Finanzierungsmodelle zu erproben und einzuführen.

Im Text wird durchgängig zwischen „Maßnahmen“ und „Leistungen“ unterschieden. Maßnahmen sind Tätigkeiten oder Verrichtungen, etwas, was jemand tut, damit die leistungsberechtigte Person am gesellschaftlichen Leben teilhaben kann. „Leistungen“ sind etwas, was Sozialleistungsträger entweder selbst erbringen oder finanzieren müssen, um die Rechtsansprüche von Bürgerinnen und Bürger erfüllen zu können. „Leistungen“ werden im Rahmen einer eigenen Zuständigkeit erbracht und sind an bestimmte Voraussetzungen gebunden. Beim Begriff: „Leistung“ handelt es sich somit um ein rechtliches Konstrukt; „Maßnahme“ ist ein ganz konkretes Geschehen.

Als erstes wird nach der zeitlichen Lage der geplanten Maßnahmen gefragt. Von Interesse ist, ob Hilfe am Tage oder nachts erbracht werden muss, denn dies ist im Zusammenhang mit der Notwendigkeit ambulanter oder stationäre Unterbringung eine sehr wichtige Information. Die zutreffende Variante wird angekreuzt.

Hilfen am Tage sind die Hilfen, die nicht nachts erbracht werden. Was Arbeit nachts ist, definiert das Arbeitszeitgesetz (ArbZG) vom 06.06.1994. Danach ist Nacht die Zeit zwischen 23.00 Uhr und 06.00 Uhr. Diese Definition wird in der IHP zu Grunde gelegt.

Anschließend wird angegeben, welcher Art die Maßnahme ist.

Danach wird Auskunft über die Form der Leistung²¹ gegeben und anschließend Name und Anschrift des Leistungserbringers eingetragen, der die entsprechenden Leistungen erbringen soll.

Nr.	zeitl. Lage (bitte ankreuzen)		Art der Maßnahme (siehe Liste)	Form der Leistung (falls zutreffend, bitte ankreuzen)				Name und Anschrift des geplanten Leistungserbringers (bei mehreren Leistungserbringern bitte zu Leistungen zuordnen)
	am Tage	nachts		Dienstleistung	Geldleistung	persönliches Budget	Sachleistung Umfang in Stunden / Woche	

Bezüglich der Art der Maßnahme wird in der individuellen Hilfeplanung zwischen

- Information und Beratung,
- Handreichungen,

21 Vgl. § 10 SGB XII

- Förderung / Anleitung,
- Begleitung / Anwesenheit,
- Bereitschaft oder
- stellvertretende Ausführung

unterschieden. Bereitschaft und / oder stellvertretende Ausführung kann nur zum Zuge kommen, wenn sie in direktem Zusammenhang mit der leistungsberechtigten Person erforderlich ist, d.h. im Auftrag der leistungsberechtigten Person erbracht werden soll. Diese Liste ist im Bogen als drop-down-Menü hinterlegt.



Diese Angaben unterstützen - in Abhängigkeit von der Besonderheit des Einzelfalls - eine Unterscheidung von durch Fachkräfte zu erbringende Leistungen von Leistungen, die von Personen erbracht werden können, die ein anderer als eine psychosoziale Berufsausbildung haben und/oder angelernt wurden.

Die geplante Form der Maßnahme wird wie die zeitliche Lage durch Ankreuzen markiert. Dann werden die im Gesetz genannten Leistungen unterschieden²².

7.1 Dienstleistung

Bei der Dienstleistung handelt es sich um beratende und unterstützende Hilfen des Sozialhilfeträgers²³, anderer Sozialversicherungsträger oder der Servicestelle nach SGB IX. Dieses Feld wird angekreuzt, wenn im Einzelfall eine umfassende Beratung zu Ansprüchen nach dem SGB XII durch den örtlichen Träger oder den Landschaftsverband Rheinland oder zum SGB IX durch die Servicestelle nach SGB IX erforderlich ist.

7.2 Geldleistung

Die Geldleistung wird den Leistungsberechtigten unmittelbar zur Verfügung gestellt, um seinen individuellen Bedarf zu decken. Dieses Feld wird angekreuzt, wenn eine pauschale Leistung oder eine individuelle Zahlung zur Bedarfsdeckung geeignet ist. Hierzu gehören auch die tagesgestaltenden Leistungen des LVR.

²² § 10 Abs. 1 SGB XII; § 17 Abs. 2 SGB IX
²³ Schellhorn 2006

7.3 Persönliches Budget

Auch beim Persönlichen Budget wird den Leistungsberechtigten ein Geldbetrag zur Verfügung gestellt. Erforderlich ist darüber hinaus der Abschluss einer Zielvereinbarung zwischen Leistungsträger und Leistungsberechtigten.

Das Persönliche Budget wird sowohl im Basisbogen und im Bogen zur Bestimmung notwendiger Leistungen angesprochen. Im Basisbogen wird auf die Beratung zum Persönlichen Budget abgestellt. In Form des Persönlichen Budgets zu erbringende Leistungen werden zusammenfassend aufgeführt. Im Bogen zur Bestimmung notwendiger Leistungen werden die zu erreichenden Ziele und die zur Zielerreichung notwendigen Maßnahmen entwickelt; es wird an dieser Stelle angekreuzt, wenn eine Leistungsgewährung in Form eines Persönlichen Budgets begehrt wird. Das heißt, hier wird der Bedarf inhaltlich bestimmt. Zur Bestimmung der Höhe des persönlichen Budgets kann es sinnvoll sein, den zeitlichen Umfang notwendiger Maßnahmen anzugeben. In diesen Fällen wird in der Spalte „Persönliches Budget“ ein Kreuz gesetzt und unter „Sachleistung“ der Umfang der Stunden pro Woche eingetragen.

7.4 Sachleistung

Von Sachleistung wird gesprochen, wenn der Anspruch der leistungsberechtigten Personen mit Hilfe von Diensten und Einrichtungen befriedigt werden soll. Dies ist die derzeit häufigste Variante der Leistungsgewährung. Die Dienste und Einrichtungen werden vom Landschaftsverband Rheinland für die zur Bedarfsdeckung bei den leistungsberechtigten Personen notwendigen Hilfen vergütet.

Falls die Leistung als Sachleistung im Rahmen der Eingliederungshilfe erbracht werden soll, wird der geplante Umfang der Leistung in Stunden/pro Woche angegeben.



Der geplante Umfang der Leistungen bezieht sich auf den Bewilligungszeitraum. Häufig sind der Zeitraum der Bewilligung und die Planung zur Erreichung einzelner Ziele nicht deckungsgleich. So kann es sein, dass ein bestimmter angestrebter Zustand (Ziel) in 3 Monaten erreicht werden soll, der Bewilligungszeitraum aber 12 Monate beträgt. Der zeitliche Umfang der notwendigen Leistungen ist abhängig vom Zeitpunkt der Zielerreichung: wenn Viel innerhalb einer kurzen Zeitspanne erreicht werden soll, muss viel Aufwand getrieben, viel gearbeitet werden – es ist ein großer Stundenumfang erforderlich. D.h. Ziele können bei –beispielsweise- einem Bewilligungszeitraum von einem Jahr auch unterjährig erreicht werden. Die erforderlichen Zeiten sind dann auf das Jahr umzurechnen.

Sachleistungen sind aber auch Maßnahmen der Krankenpflege oder Ergotherapie usw. Diese Sachleistungen fallen beispielsweise in die Zuständigkeit einer Krankenversicherung. In diesen Fällen wird nur ein Kreuz gesetzt: eine Bestimmung des zeitlichen Volumens der geplanten Maßnahme an dieser Stelle ist weder sinnvoll noch erforderlich.

Dargestellt wird die unmittelbar auf die leistungsberechtigte Person entfallende Zeit. Auch bei notwendigem Bereitschaftsdienst oder einer Nachtwache wird hier eingetragen, wie viel Zeit des Bereitschaftsdienstes bzw. der Nachtwache die berechtigte Person „nach Plan“ in Anspruch nimmt.

Denkbar sind Einzelfälle, in denen bereits das Vorhalten von Bereitschaft und Nachtwache eine stabilisierende Wirkung haben. Zu einer tatsächlichen Inan-

spruchnahme der vorgehaltenen Dienste kommt es in diesem Fall nicht. So sich der Sachverhalt im Einzelfall so darstellt, wird wie folgt vorgegangen:

1. Der Bedarf an Bereitschaft und/oder Nachtwache ergibt sich im besonderen Einzelfall aus der Analyse, insbesondere der Beschreibung der Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit sowie der Kontextfaktoren.
2. Es wird als Zeitwert „0“ eingetragen.
3. Bei Fortschreibung des Planes wird darüber berichtet, ob und aus welchem Grunde Bereitschaftsdienst bzw. Nachtwache eine zur Zielerreichung geeignete Maßnahme gewesen sind.

Nicht abgefragt wird, ob es sich bei der geplanten Sachleistung um ein Einzel - oder ein Gruppenangebot handelt. Diese Frage wird erst später wichtig, wenn es um die Klärung geht, wie der individuelle Bedarf gedeckt werden soll (eben: individuell oder in einer Gruppe) und welche Vergütung dafür erforderlich ist.

Der individuelle Bedarf ergibt sich aus der Lücke der „angemessenen Teilhabeziele“²⁴ zur derzeitigen Ist - Situation. Notwendige und geeignete Maßnahmen schließen diese Lücke. Der Umfang der Maßnahmen ist die Anzahl der benötigten Stunde pro Woche. In die Bedarfsermittlung fließen die derzeitige Situation, die Leistungsfähigkeit der betroffenen Person sowie fördernde und hinderliche Umweltfaktoren ein.

Für die Höhe der Vergütung für die einzelnen Stunden ist entscheidend, in welchem Kontext die Leistung erbracht wird. Hier - auf der Ebene der Ermittlung der Höhe der Vergütung - kehrt die Fragestellung von Einzel - und Gruppenangeboten wieder. Ein in Stunden ausgedrückter Bedarf erfordert eine geringere Vergütung, wenn die Maßnahme in einer Gruppe durchgeführt wird. Handelt es sich um eine „Face - to - Face“ - Leistung, so ist diese als solche zu vergüten.

Basis eines denkbaren zukünftigen einheitlichen Vergütungssystems für alle Formen der Bedarfsdeckung kann damit ein bestimmter einheitlicher Betrag pro Stunde sein, der sich in Abhängigkeit von der Gruppengröße in dem Umfange mindert, wie die Leistung in einer Gruppe erbracht wird.

Ob die Leistung in einer Gruppe erbracht wird, ist abhängig vom Kontext der Leistungserbringung, also der Binnenstruktur des Leistungsangebotes wie beispielsweise der Größe der Wohngruppe, der Anzahl der Bewohnerinnen und Bewohner, etc.

Für Wohnheime kann angenommen werden, dass die Leistungen häufig in Gruppen erbracht werden. In welchem Umfange, wäre einrichtungsspezifisch zu klären und ein entsprechender Bewertungsfaktor zu berechnen.

Abschließend wird im Bogen dokumentiert, welche Leistungserbringer welche Leistungen erbringen sollen. Name und Anschrift der Dienste und Einrichtungen werden aufgeschrieben.

7.5 Von der angestrebten Wohn- und Lebensform zur notwendigen Leistung

Nachfolgende Abbildung will den methodischen Weg der Individuellen Hilfeplanung nachzeichnen:

Ausgangspunkt der Planung ist die angestrebte Wohn- und Lebensform der leistungsberechtigten Person. Denn der Auftrag des Gesetzgebers lautet, die Teilhabe behinderter Menschen am gesellschaftlichen Leben zu ermöglichen oder zu sichern oder sie soweit möglich unabhängig von Pflege zu machen. Dies erfordert eine Kenntnis dessen, wie der besondere Mensch mit einer Behinderung sein Leben in der konkreten Gesellschaft leben will. Ausgehend von dieser Zielperspektive wird die aktuelle Situation betrachtet: wie und wo lebt die Person jetzt? Danach werden gemeinsam die Fähigkeiten betrachtet. Hierzu wie in den weiteren Schritten der Analyse werden die Merkmale der Internationalen Klassifikation (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zu Hilfe genommen. In welchen Aktivitätsbereichen, um in der Sprache der ICF zu bleiben, gibt es keine oder nur geringe Probleme bei der Durchführung einer Handlung? Was in der Umwelt hilft schon jetzt (Förderfaktoren in der Umwelt)? Was kann die betreffende Person nicht oder nur sehr schwerlich selbst tun? Was in der Umwelt hindert die Person daran, so zu leben, wie Sie dies will? Und abschließend: welche Eigenarten der Person wirken auf ihre Teilhabe ein? Mit der Beantwortung dieser Fragen ist die Analyse abgeschlossen.

Handelt es sich um einen neuen Fall, für den es noch keine IHP gibt, werden nun Handlungsziele formuliert, die in einem überschaubaren Zeitraum erreicht werden können. Gibt es bereits eine Individuelle Hilfeplanung, erfolgt zunächst eine Prüfung dessen, was man sich in der Vergangenheit vorgenommen hatte: welche Ziele wurden erreicht, welche nur teilweise, welche gar nicht? Was hat geholfen? Was hat gar nichts gebracht?

Ist das Nachdenken über die in der Vergangenheit erreichten Wirkungen abgeschlossen, folgt wie bereits bei einem neuen IHP die Formulierung von Handlungszielen.

Es wird geklärt, was getan werden kann, um diese Ziele zu erreichen, auch, wer dies tun kann und wo dies getan werden soll. Zu diesen Tätigkeiten werden Informationen hinzu gefügt: wann die Tätigkeit erbracht werden soll, welcher Art die Maßnahme ist, welche Form die Leistung hat, beispielsweise, ob es sich um eine Geldleistung oder eine Sachleistung handelt.

Diese Informationen nimmt das Fallmanagement beim LVR auf, berät den Fall in der Hilfeplankonferenz und entscheidet über die notwendige Hilfe.

Ergotherapie und fachlicher Anleitung ist weiterhin – mit abnehmendem Umfang- eine Reinigung der Wohnung durch Hilfskräfte erforderlich. Im Durchschnitt des Bewilligungszeitraums genügt hierzu eine halbe Stunde / Woche. Es handelt sich in allen Fällen um eine Sachleistung. Für die Ergotherapie wird der zeitliche Umfang der Maßnahme nicht angegeben, wohl aber für die Anleitung/Förderung und die stellvertretende Ausführung beim Putzen der Wohnung.

Beispiel 3: Die 32 jährige Frau M. hat sich, nachdem sie 10 Jahre in einem Wohnheim gelebt hat, dazu entschieden, mit einer Freundin in eine eigene Wohnung zusammenzuziehen. Von ihrem Charakter ist sie eher still und zurückgezogen (ICF: personenbezogener Faktor), so dass die Befürchtung besteht, dass sie ohne die sozialen Kontakte im Wohnheim vereinsamt. Sie nimmt sich daher vor, einmal in der Woche etwas mit anderen Leuten zu machen, beispielsweise eine Veranstaltung oder einen Kurs zu besuchen. Dies möchte sie mit ihrer Freundin, mit der sie auch zusammen wohnt, tun und zwar in dem Ort, in dem sie lebt. Damit dies geschehen kann, benötigt sie entsprechende Informationen, wo etwas stattfindet und wie man dorthin gelangen kann. Auch hat sie einen zusätzlichen Aufwand, um solche Angebote nutzen zu können. Zwei Dinge sind somit zu tun: Frau M. muss sich beraten und informieren können (Art der Maßnahme: Information und Beratung) und sie möchte begleitet werden (Art der Maßnahme: Begleitung / Anwesenheit). Wer kann das tun: Information und Beratung wird von der örtlichen KokoBe sichergestellt, die Begleitung von ihrer Freundin und Mitbewohnerin. Das Fallmanagement des LVR und die Hilfeplankonferenz sind sich einig, dass es einer Kompensation des behinderungsbedingten Mehraufwandes zur Nutzung von Freizeitangeboten bedarf. Infrage kommt als Leistung somit die Gewährung einer tagesgestaltenden Hilfe in Form einer Geldleistung.

7.6 Hilfeplankonferenz und Bedarfsfeststellung

Im Zuge der Einführung des IHP 3 wird auch der Beratungs- und Entscheidungsprozess, der zur Bewilligung notwendiger Leistungen führt, in einem eigenen Bogen neu strukturiert. Dieser Bogen wird in der Hilfeplankonferenz verwendet und die bisherige Dokumentation ersetzen.

Unabhängig von der Art der Versendung des gesamten Hilfeplans – auf elektronischem Weg oder per Briefpost – werden Basis- und Datenschutzbogen nach dem Ausfüllen ausgedruckt, mit der Unterschrift der Antrag stellenden Person oder ihrer rechtlichen Vertretung versehen und an den LVR geschickt.

Der netzbasierte Hilfeplan erfasst alle Daten unter strikter Einhaltung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen. Bei dem Komplettieren des Basisbogens werden auf den Bogen Hilfeplankonferenz und Bedarfsfeststellung gleichzeitig übertragen

- Namen, Geburtsdatum
- Aktenzeichen/Geschäftspartnernummer
- die Anschrift der leistungsberechtigten Person
- die Art der angegebenen Behinderung ggf. mit dem ICD-10-Schlüssel.

Name	Vorname:	Geburtsdatum:	AZ / GP-Nr.:
Anschrift			
Art der angegebenen Behinderung		ggf ICD 10 –	

Eine Darstellung der bisher bewilligten Leistungen schließt sich an.

Wenn die leistungsberechtigte Person bereits in dem System des LVR erfasst ist (Wiederholungsantrag), werden die Angaben zu den bisher bewilligten Leistungen aus der Datenbank importiert.

bisher bewilligte Leistungen							
Art der Leistung	Anzahl	Kategorie	Anfangsdatum	Enddatum	Leistungs-träger	Leistungs-anbieter	Persönliches Budget
							<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>

Die beantragten Leistungen werden aus dem aktuell vorliegenden Hilfeplan generiert.

Die Angabe der Ziele ist von Bedeutung, weil sich aus ihnen eine erste Zuordnung zu möglicherweise vorrangigen Leistungsträgern ergibt.

Das Fallmanagement des LVR (FM)

- vermerkt, ob der vorliegende Hilfeplan nach Korrespondenz mit z. B. dem Anbieter bereits überarbeitet wurde
- ordnet in der Vorprüfung die beantragten Leistungen möglichen Trägern von Leistungen zu.

Diese Vorprüfung des Fallmanagement wird in die Hilfeplankonferenz mit eingebracht und dort beraten. Bei plausibler Darstellung der beantragten Leistungen können die Daten dann durch das FM in das Feld „Empfehlung der HPK“ übertragen werden.

Hilfeplan vom							überarbeiteter Hilfeplan <input type="checkbox"/>	
beantragte Leistung								
Ziele aus IHP Punkt X	Zeitungfang in Stunden	Anfangsdatum	Enddatum	Leistungsanbieter	Persönliches Budget	Vorprüfung LVR		
						Art der Leistung	Leistungsträger	
					<input type="checkbox"/>			
					<input type="checkbox"/>			
					<input type="checkbox"/>			
beantragte Leistung als Empfehlung übernehmen <input type="checkbox"/>								

Die weiteren Teile des Bogens enthaltenen Informationen zu dem Beratungsprozess.

Vor dem Termin der HPK hält das FM bereits die Rahmendaten

- Ort, Datum, zutreffende HPK
- anonymisierte Beratung gewünscht
- intensive Beratung notwendig

fest.

Während der HPK notiert das Fallmanagement die teilnehmenden Personen

- leistungsberechtigte Person
- rechtliche Betreuung
- Vertrauensperson und/oder weitere

als anwesend. Alle Hilfepläne werden in der je zuständigen HPK beraten.

HPK	am		
Beratung:	anonym <input type="checkbox"/>	intensiv <input type="checkbox"/>	
Teilnahme an der Hilfeplankonferenz:			
<input type="checkbox"/> LB	<input type="checkbox"/> rechtliche Betreuung	<input type="checkbox"/> Vertrauensperson	weitere

Bei einer intensiven Beratung werden die Ergänzungen zum IHP3 aufgenommen,

Ergänzungen zum IHP

ggf. nach Diskussion die Begründung für die Abweichung von der Beantragung dokumentiert.

Begründung für die Anpassung der beantragten Leistung
--

Die Empfehlung der Hilfeplankonferenz wird gesondert festgehalten – die Art der Leistung (gemäß SGB), der Umfang der Leistung pro Woche, das Anfangs- und Enddatum, mögliche Leistungsträger und mögliche Leistungsanbieter und ob die Leistung in Form eines persönlichen Budgets erbracht werden soll.

Empfehlung der Hilfeplankonferenz						
Art der Leistung	Kategorie oder Umfang / Woche	Anfangsdatum	Enddatum	Leistungsträger	Leistungsanbieter	Persönliches Budget
						<input type="checkbox"/>
						<input type="checkbox"/>
						<input type="checkbox"/>

Sollte die intensive Beratung in der aktuellen Hilfeplankonferenz nicht abgeschlossen werden können, erfolgt eine erneute Terminierung für die Fortsetzung der Beratung.

weitere Empfehlung der Hilfeplankonferenz	
erneute Beratung notwendig <input type="checkbox"/>	
Datum	für die Hilfeplankonferenz

Mit den datierten Unterschriften von Geschäftsführung HPK und FM ist die Protokollierung von Beratungen und Empfehlung der Hilfeplankonferenz abgeschlossen. Die Empfehlung der HPK kann in der Sitzung festgehalten und das Protokoll (entweder sofort per Ausdruck oder später zugesendet) ausgehändigt werden.

Die sich anschließenden Felder bearbeitet das Fallmanagement des Landschaftsverband-

des Rheinland. Hier wird die Entscheidung über Art und Umfang der Leistungen dokumentiert.

Folgt das FM der Empfehlung der HPK, überträgt es diese als Bedarfsfeststellung über Art und Umfang der Leistungen. Sollte es begründet Abweichungen geben, pflegt das FM sie ein. Die Antrag stellende Person bzw. die rechtliche Vertretung erhält im weiteren Verfahren einen widerspruchsfähigen Bescheid.

Entscheidung

der Empfehlung wird gefolgt ja nein

Bedarfsfeststellung LVR						
Art der Leistung	Kategorie oder Umfang / Woche	Anfangsdatum	Enddatum	Leistungsträger	Leistungsanbieter	Persönliches Budget
						<input type="checkbox"/>
						<input type="checkbox"/>
						<input type="checkbox"/>

8. Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gesellschaft

Die grundlegenden Regelungen zu Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gesellschaft finden sich im Sozialgesetzbuch IX, das im Juni 2001 in Kraft getreten ist. Das Gesetz enthält eine Definition von Behinderung, die sich eng an die ICF anlehnt (siehe oben), bestimmt die Ziele der notwendigen Leistungen und regelt die Zusammenarbeit der einzelnen Sozialleistungsträger. Sozialleistungsträger sind die Krankenversicherungen, die Rentenversicherungen, der Bundesagentur für Arbeit, die Unfallversicherungen, die Träger der sozialen Entschädigung bei Gesundheitsschäden sowie die örtlichen und überörtlichen Sozialhilfeträger. Leistungserbringer sind die Dienste und Einrichtungen, die die notwendigen Leistungen erbringen und hierfür vergütet werden. Leistungsberechtigte schließlich sind die Bürgerinnen und Bürgern, bei denen die gesetzlichen Voraussetzungen zum Bezug einer Sozialleistung vorliegen.

Dem obersten Ziel - Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe - ordnen sich die übrigen Gesetzbücher²⁵ zu. Die in den einzelnen Gesetzen stehenden Vorschriften sind, insofern es sich um Leistungen zur Teilhabe handelt, entsprechend auszulegen und anzuwenden. Dies gilt auch für das Sozialgesetzbuch XII, in dem die Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung geregelt ist²⁶.

Im § 4 SGB IX wird das in § 1 SGB IX allgemein formulierte Ziel der Leistungen zur Teilhabe genauer gefasst. Dort heißt es, dass Leistungen zur Teilhabe dazu dienen sollen,

- eine „Behinderung abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern“, wobei zu bedenken ist, dass die Behinderung in der Beeinträchtigung gesellschaftlicher Teilhabe besteht.
- Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern oder eine Verschlimmerung zu verhüten,
- Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern oder eine Verschlimmerung zu verhüten,
- den vorzeitigen Bezug anderer Sozialleistungen zu vermeiden,
- laufende Sozialleistungen zu mindern,
- die Teilhabe am Arbeitsleben entsprechend den Neigungen und Fähigkeiten dauerhaft zu sichern,
- die persönliche Entwicklung ganzheitlich zu fördern,
- die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft sowie eine möglichst selbständige und selbstbestimmte Lebensführung zu ermöglichen oder zu erleichtern.

Diese Ziele sollen mit

- Leistungen zu medizinischen Rehabilitation,

²⁵ Die nachfolgende Darstellung der gesetzlichen Grundlagen ersetzt keineswegs eine intensivere Befassung mit dem Thema. Es handelt sich um eine am Zweck dieses Handbuchs: Unterstützung in der Anwendung des IHP3 orientierte beschränkte Auswahl.

²⁶ § 53 Abs. 4 SGB XII

- Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben,
- unterhaltssichernden und anderen ergänzenden Leistungen sowie
- Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft

erreicht werden (§ 5 SGB IX).

Diese unterschiedlichen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, zur Teilhabe am Arbeitsleben, unterhaltssichernde und andere ergänzenden Leistungen sowie Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft können von unterschiedlichen Sozialleistungsträgern erbracht werden. Deren Zuständigkeit richtet sich nach den für sie geltenden Gesetzen. Das ist für die Bundesagentur für Arbeit das SGB III, für die Krankenversicherung das SGB V, für die Rentenversicherungen das SGB VI und für die Unfallversicherungen das SGB VII.

Eine Leistung der medizinischen Rehabilitation wird beispielsweise unter bestimmten Voraussetzungen von der Rentenversicherung getragen, oder einer Unfallversicherung oder einer Krankenversicherung oder von einem Träger der Sozialhilfe. Welcher Rehabilitationsträger zuständig und zur Leistung verpflichtet ist, ergibt sich immer aus dem besonderen Einzelfall.

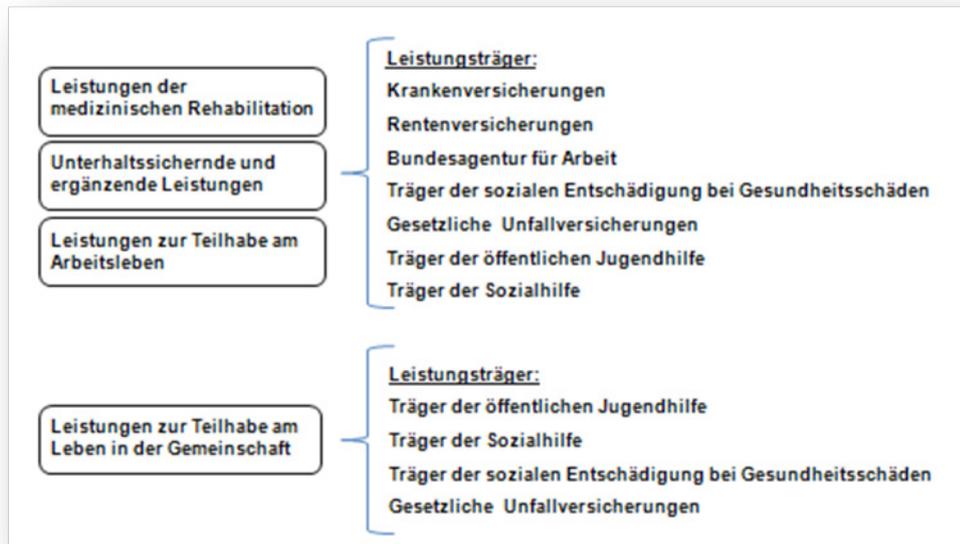
Die Arbeitsgemeinschaft (ARGE) nach SGB II und die Pflegekassen nach SGB XI sind keine Rehabilitationsträger für Leistungen zur Teilhabe. Für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben ist, sofern nicht ein anderer Rehabilitationsträger zuständig ist, die Bundesagentur für Arbeit zuständig (§ 6a Abs. 1 SGB IX). Allerdings bleibt die Arbeitsgemeinschaft nach SGB II „für Eingliederungsleistungen an erwerbsfähige behinderte Hilfebedürftige“ (§ 16 Abs. 1, S. 3 SGB II) verantwortlich.

Die nachfolgende Abbildung listet die einzelnen Leistungsträger und die von ihnen zu erbringenden Leistungen auf. Leistungen der medizinischen Rehabilitation, zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie unterhaltssichernde und ergänzende Leistungen können von allen Sozialleistungsträgern einschließlich der Träger der öffentlichen Jugendhilfe und der Sozialhilfe erbracht werden. Bei den Trägern der sozialen Entschädigung bei Gesundheitsschäden handelt es sich um die Versorgungsämter und Integrationsämter. Leistungen zur sozialen Entschädigung bei Gesundheitsschäden werden gewährt aufgrund von Kriegs- und Wehrdienst und Kriegseinwirkung (§§ 1-8b Bundesversorgungsgesetz), für die Opfer rechtswidriger Gewalt nach § 1 des Opferentschädigungsgesetzes sowie für Impfschäden (§ 60 Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen)²⁷. Bei den gesetzlichen Unfallversicherungen handelt es sich um die Berufsgenossenschaften, die Leistungen im ursächlichen Zusammenhang mit Arbeitsunfällen oder Berufskrankheiten erbringen.

Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft können nach § 6 SGB IX von vier Leistungsträgern jeweils im Rahmen ihrer gesetzlichen Zuständigkeiten erbracht werden. Berufsgenossenschaften sind zuständig, wenn ein Arbeitsunfall oder eine Berufskrankheit zu der Beeinträchtigung gesellschaftlicher Teilhabe geführt hat. Träger der sozialen Entschädigung bei Gesundheitsschäden verantworten die Folgen von Gewalttaten, Kriegs- und Wehrdienst, Kriegseinwirkung sowie von öffentlich veranlassten Impfungen. Die Träger der Jugendhilfe sind zuständig für Beeinträchtigungen gesellschaftlicher Teilhabe bei

Kindern und Jugendlichen mit einer seelischen Behinderung. In allen anderen Fällen liegt die Verantwortung für Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft bei den Trägern der Sozialhilfe.

Abbildung 17: Sozialleistungsträger und Leistungen zur Teilhabe, vergleiche § 6 Abs. 1 SGB IX



Quelle: transfer, eigene Darstellung

Leistungen zur Teilhabe werden von den Sozialleistungsträgern „neben anderen Sozialleistungen erbracht.“ „Andere Sozialleistungen“ sind in der gesetzlichen Krankenversicherung bspw. Krankenbehandlung, häusliche Krankenpflege, Soziotherapie, Ergotherapie, aber auch die Angebote der ARGE nach SGB II (z.B. „1.-EURO Jobs“) oder die Leistungen der Pflegeversicherung.

8.1 Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft

Die zentrale gesetzliche Regelung zu den Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft findet sich in § 55 Abs. 1 SGB IX. Diese Leistungen werden erbracht, um

- die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu ermöglichen,
- die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu sichern oder
- so weit wie möglich unabhängig von Pflege zu machen.

Der letzte Halbsatz im Abs. 1 des zitierten Paragraphen nimmt dann eine Eingrenzung vor. Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft kommen nur infrage, wenn sie nicht als Leistungen der medizinischen Rehabilitation, der Teilhabe am Arbeitsleben oder als unterhaltssichernde oder ergänzende Maßnahmen erbracht werden.



Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft sind nachrangig zu Leistungen der medizinischen Rehabilitation und der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben. Sie sind jedoch nicht nachrangig zu Leistungen der Pflegeversicherung, wie schon das Ziel "so weit wie möglich unabhängig von Pflege zu machen" nahe legt und § 13 Abs. 3 S. 3 SGB XI eindeutig bestimmt.

Der Landschaftsverband Rheinland kann damit in Abhängigkeit von den Besonderheiten des Einzelfalles als Träger der Sozialhilfe in dreifacher Funktion auftreten.

1. Er kann Leistungen der medizinischen Rehabilitation erbringen, wenn dies im besonderen Einzelfall erforderlich ist und ein vorrangig zuständiger Leistungsträger nicht existiert, beispielsweise, weil die Person weder kranken- noch rentenversichert ist.
2. Es kann eine Zuständigkeit für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben geben, falls die entsprechenden persönlichen Voraussetzungen bei einer Rentenversicherung oder der Bundesagentur für Arbeit nicht vorliegen, eine berufliche Rehabilitation jedoch erforderlich ist. In diesem Fall ist der Landschaftsverband ebenso wie im Falle einer Zuständigkeit für eine medizinische Rehabilitation auch für die Erbringung unterhaltssichernder und ergänzender Leistungen verantwortlich.
3. Der Landschaftsverband handelt –im Rahmen seiner Zuständigkeit durch die Verwaltungsvorschrift zum Ausführungsgesetz des SGB XII Nordrhein-Westfalen – als Träger sozialer Rehabilitation zur Gewährleistung der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben. In diesem Fall kann er Leistungen nur erbringen, wenn vorrangige Leistungen zur Deckung des Bedarfs in Anspruch genommen wurden. Leistungen der Pflegeversicherungen sind gegenüber der Eingliederungshilfe jedoch nicht vorrangig – sie stehen im ambulanten Bereich nebeneinander, während im stationären Bereich auf der Grundlage einer gesetzlichen Regelung Leistungen der Pflegeversicherung pauschal vergütet werden.

Der Landschaftsverband Rheinland ist nicht für alle Leistungen zur Teilhabe zuständig. Seine Zuständigkeit ist begrenzt auf Hilfen zum selbstständigen Wohnen in eigener Häuslichkeit oder in Wohnheimen sowie auf Hilfen im Arbeitsbereich einer Werkstatt für Menschen mit Behinderungen. Allerdings eröffnet die Rechtsverordnung eine Zuständigkeit des Landschaftsverbandes für

- Hilfen zum Erwerb praktischer Kenntnisse und Fähigkeiten,
- Hilfen zur Förderung der Verständigung mit der Umwelt,
- Hilfen bei der Beschaffung, dem Umbau, der Ausstattung und Erhaltung einer Wohnung,
- Hilfen zu selbstbestimmtem Leben im betreuten Wohnmöglichkeiten sowie
- Hilfen zur Teilhabe am gemeinschaftlichen und kulturellen Leben,

soweit ohne diese Hilfen ein "selbstständiges Wohnen nicht erreicht oder nicht gesichert werden kann."

Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft verfolgen die Ziele, die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu ermöglichen und zu sichern sowie so weit wie möglich unabhängig von Pflege zu machen. Hierzu wird eine Vielzahl von - inhaltlich nicht abschließend bestimmten - Leistungen erbracht, die notwendig und geeignet sind, diese Ziele zu erreichen.

Nachfolgende Tabelle führt in ihrer linken Spalte nochmals die mit den Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft zu erreichenden Ziele auf und stellt diesen Zielen in der zweiten Spalte die zu erbringenden Leistungen gegenüber. In der dritten Spalte schließlich sind die Gegenstandsbereiche dieser Leistungen nach der ICF der WHO (vergleiche Kapitel 3 Seite 12 ff.) benannt. In der letzten Spalte schließlich wird das Ziel der jeweiligen Hilfen in der Sprache der ICF beschrieben.

Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft beziehen sich - soweit es um die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft geht - auf die Gestaltung der Umweltfaktoren, das heißt auf die Beseitigung oder Minderung der Auswirkungen von Barrieren oder den Aufbau von Förderfaktoren in der Umwelt.

Geht es darum, selbstbestimmtes Wohnen zu ermöglichen und unabhängig von Pflege zu machen, so beziehen sich die Hilfen auf eine praktische Ausgestaltung von Kenntnissen und Fähigkeiten. Dies jedoch in dem Sinne, dass es bei fortwährend bestehender Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit gelingen soll, Mitwirkung an Gemeinschaft zu ermöglichen (und sei es nur ein Blickkontakt). Angestrebt wird somit nicht wie in der medizinischen Rehabilitation, eine Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit dauerhaft zu beseitigen. Angestrebt wird, in einer gegebenen bestimmten Situation Gemeinschaft und selbstbestimmtes Wohnen zu verwirklichen.

Abbildung 18: Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft in Verbindung mit Komponenten der ICF

Ziele der Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft	Leistungen	Komponenten nach ICF	Ziel der Hilfen
<ul style="list-style-type: none"> die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft ermöglichen, die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft sichern 	<ul style="list-style-type: none"> Versorgung mit „anderen“ Hilfsmitteln Hilfen zur Förderung der Verständigung mit der Umwelt Hilfen bei Beschaffung, dem Umbau, der Ausstattung und der Erhaltung einer Wohnung Hilfe zur Teilhabe am gemeinschaftlichen und kulturellen Leben Kosten der Begleitpersonen 	Umweltfaktoren	Beseitigung / Minderung von Barrieren in der Umwelt; Aufbau von Förderfaktoren in der Umwelt.
<ul style="list-style-type: none"> so weit wie möglich unabhängig von Pflege machen. 	<ul style="list-style-type: none"> Hilfen zum Erwerb praktischer Kenntnisse und Fähigkeiten Hilfen zum selbstbestimmten Leben in betreuten Wohnmöglichkeiten 	Aktivitäten (Leistung und Leistungsfähigkeit)	Aneignung von praktischen Kenntnissen und Fähigkeiten zur Teilhabe an der Gemeinschaft bzw. zum selbstbestimmten Wohnen.

Quelle: transfer, eigene Darstellung

Die Tabelle will die Abgrenzung der einzelnen Leistungen zur Teilhabe erleichtern:

- Krankenbehandlung (vergleiche Kapitel 8.2, Seite 92 ff.) ist vorrangig mit der Beseitigung von körperlichen Schäden und der Beeinträchtigung von körperlichen Funktionen befasst.
- Die medizinische Rehabilitation kümmert sich um die Wiederherstellung einer beeinträchtigten Leistungsfähigkeit.
- Die berufliche Rehabilitation ist auf die Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt konzentriert.
- Im Mittelpunkt der Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft steht die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben durch die Gestaltung von Umweltfaktoren und dem Erwerb praktischer Kenntnisse und Fähigkeiten.

8.1.1 Versorgung mit „anderen“ Hilfsmitteln

Zu der Gestaltung von Umweltfaktoren (Beseitigung von Barrieren, Aufbau von Förderfaktoren) zählt die Versorgung mit „anderen Hilfsmitteln“. Zunächst eine Abgrenzung: zu diesen Hilfsmitteln gehören nicht die Hilfsmittel, die im Rahmen der medizinischen Rehabilitation oder der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben bewilligt werden.

Hilfsmittel in der medizinischen Rehabilitation „umfassen die Hilfen, die von den Leistungserbringern getragen oder mitgeführt oder bei einem Wohnungswechsel mitgenommen werden können“ und die dazu dienen, „einer drohenden Behinderung vorzubeugen, den Erfolg einer Heilbehandlung zu sichern oder eine Behinderung bei Befriedigung von Bedürfnissen des täglichen Lebens auszugleichen, soweit sie nicht allgemeine Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens sind.“ (§ 31 Abs. 1, SGB IX) Allgemeine Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens sind solche, die „nicht speziell für die Bedürfnisse behinderter Menschen entwickelt und hergestellt worden sind und die nicht vorwiegend von behinderten Menschen, sondern auch von der Allgemeinheit verwendet werden.“²⁸

Nach Auffassung des Bundessozialgerichtes haben „andere Hilfsmittel“ „die Aufgabe, dem Mensch mit Behinderung den Kontakt mit seiner Umwelt sowie die Teilhabe am öffentlichen und kulturellen Leben zu ermöglichen und hierdurch insgesamt die Begegnung und den Umgang mit nicht behinderten Menschen zu fördern. Die Hilfsmittel im Sinne von § 55 Abs. 2 Nr. 1 SGB IX entfalten insoweit ihre Wirkung immer erst im Bereich der Behebung der Folgen einer Behinderung.“²⁹ Sie zielen unmittelbar auf die Herstellung oder Sicherung einer gesellschaftlichen Teilhabe ohne Beeinträchtigungen der Leistungsfähigkeit kompensieren zu wollen.

8.1.2 heilpädagogische Leistungen für Kinder

Diese Leistungen können Kinder beanspruchen, die noch nicht eingeschult sind (§ 55 Abs. 2, Nr. 2). Sie werden hier der Vollständigkeit halber benannt, sind für IHP3 jedoch ohne Bedeutung. Der Landschaftsverband Rheinland ist nur für Erwachsene ab 18 Jahre zuständig.

8.1.3 Hilfen zum Erwerb praktischer Kenntnisse und Fähigkeiten, die erforderlich und geeignet sind, behinderten Menschen die für sie erreichbare Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen (§ 55 Abs. 2, Nr. 3).

Diese Leistungen haben eine Bedeutung für erwachsene Menschen mit Behinderung mit großen Einschränkungen sowie für Kinder, die bereits eingeschult sind. „Können diese Personen zum Beispiel dazu befähigt werden, Handgriffe und Verhaltensweisen zu erlernen, die sie - zumindest schrittweise - dazu befähigen, sich aufzurichten, weitgehend selbständig zu essen und die gemeinsamen Mahlzeiten mit anderen durch Blickkontakte, Gesten u. a. als Gemeinschaftserlebnis [Hervorhebung im Original] zu empfinden, so liegt darin ein Erwerb praktischer Fähigkeiten ...“³⁰. Fehlt es am Bezug zur Gemeinschaft, kann es sich bei den entsprechenden Verrichtungen um „reine Maßnahmen der Pflege“ handeln³¹.

28 BSG vom 16.9.1999, zitiert nach Stähler 2006

29 BSG, Urteil vom 19.05.2009 -Az.: B 8 SO 32/07 R, zitiert nach: Rechtsdienst der Lebenshilfe, 4/2009, Seite 160 f.

30 Lachwitz 2006, S. Rz: 39

31 Hoffmann 2009, S. R.: 11 Seite 395

Hilfen zum Erwerb praktischer Kenntnisse und Fähigkeiten können sich mit Leistungen der medizinischen Rehabilitation und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben überschneiden. Bei der medizinischen Rehabilitation sind diese Hilfen jedoch darauf gerichtet, eine grundlegende Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen oder eine Verschlimmerung der Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit zu verhüten. Außerdem haben Leistungen der medizinischen Rehabilitation „medizinischen Charakter“, das heißt sie werden im Rahmen eines einheitlichen medizinischen Behandlungskonzeptes erbracht oder sind zumindest ärztlich verordnet beziehungsweise verantwortet.³²

Bei den Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben gibt es einen unmittelbaren Bezug zu einer zu erhaltenden beziehungsweise bestehenden Erwerbsfähigkeit.

8.1.4 Hilfen zur Förderung der Verständigung mit der Umwelt

Diese Regelung gilt für „hörbehinderte Menschen oder behinderte Menschen mit besonders starker Beeinträchtigung der Sprachfähigkeit“ (§ 57 SGB IX). Es geht um Hilfen, die von anderen Personen, beispielsweise Gebärdendolmetscher erbracht werden können. Technische Hilfen sind unter die zuvor genannten Hilfsmittel einzuordnen. Voraussetzung für eine Leistungsgewährung ist darüber hinaus, dass die Hilfe „aus besonderem Anlass“ erforderlich ist.

8.1.5 Hilfen bei der Beschaffung, dem Umbau, der Ausstattung und Erhaltung einer Wohnung, die den besonderen Bedürfnissen der behinderten Menschen entspricht.

Im Vordergrund dieser Hilfen stehen „Beratung und Unterstützung bei der Suche nach einer geeigneten Wohnung“³³ sowie die erforderliche Anpassung des Wohnraums. Letztere - Leistungen zur erforderlichen Anpassung des Wohnraums - sind allerdings nachrangig gegenüber entsprechenden Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben. Gleichzeitig stehen sie neben entsprechenden Leistungen nach SGB XI, der Pflegeversicherung.

8.1.6 Hilfen zum selbstbestimmten Leben in betreuten Wohnmöglichkeiten

Diese Hilfen sind vielgestaltig, haben jedoch zum gemeinsamen Ziel, leistungsberechtigten Personen ein möglichst selbstbestimmtes Leben in betreuten Wohnmöglichkeiten zu ermöglichen. Obwohl die Hilfen sowohl ambulant als auch stationär erbracht werden können, stehen ambulante Hilfen beispielsweise in Form des Einzelwohnens, des Paarwohnens oder des Wohnens in Wohngruppen im Vordergrund³⁴.

Zu den hier angesprochenen Hilfen zählen „Übungen, die dazu beitragen, einen behinderten Menschen möglichst unabhängig von Pflege zu machen, ... ein Orientierungstraining für Menschen mit geistiger oder psychischer Behinderung mit dem Ziel, diesen die Fähigkeit zu vermitteln, sich möglichst selbstständig in der Wohnung, zum Beispiel in der Küche, zurechtzufinden und zu betätigen oder den sozialen Umgang mit Mitbewohner zu erlernen und dabei ... auch die Fähigkeit erlangen eigene Interessen zu artikulieren und sich im Dialog mit Mitbewohner an ... zu behaupten.“³⁵ Auch diese Hilfen zum selbstbestimmten Wohnen in betreuten Wohnmöglichkeiten sind nachrangig gegenüber Leistungen der

32 Lachwitz 2006

33 Lachwitz 2006, S. Rz. 54 zu § 55

34 Lachwitz 2006, S. Rz 68 zu § 55

35 Lachwitz 2006, S. Rz 64, 65 zu § 55

Krankenbehandlung oder der medizinischen Rehabilitation, die darauf abzielen, eine körperliche Beeinträchtigung oder eine Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern oder auszugleichen. Eine Unterscheidung wird im konkreten Einzelfall nicht immer einfach sein - Leitlinie ist jedoch, dass die hier beschriebenen Hilfen unmittelbar dazu dienen, Menschen mit einer Behinderung ein möglichst selbstbestimmtes Wohnen zu ermöglichen.

8.1.6 Hilfe zur Teilhabe am gemeinschaftlichen und kulturellen Leben

Mit dieser Vorschrift sind Hilfen erfasst, die eine Begegnung und den Umgang mit nicht-behinderten Menschen fördern und den Besuch von Veranstaltungen oder Einrichtungen, die der Geselligkeit, Unterhaltung oder kulturellen Zwecken dienen, ermöglichen sollen (§ 58 SGB IX). Auch Hilfsmittel, die die Unterrichtung über das Zeitgeschehen oder über kulturelle Ereignisse dienen, gehören in den Geltungsbereich dieser Vorschrift, „wenn anders eine Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft nicht oder nur unzureichend möglich ist“ (§ 58 S. 1 Nr.3).

In der Eingliederungshilfeverordnung ist darüber hinaus dargelegt, dass die Anleitung von Betreuungspersonen (§ 20 Eingliederungshilfeverordnung) sowie die Kosten der Begleitpersonen (§ 22 Eingliederungshilfeverordnung) Bestandteil der Hilfen sind, die erforderlich sind, um eine Teilhabe am gesellschaftlichen Leben zu erreichen.

8.2 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation haben zum Ziel,

- „Behinderungen einschließlich chronischer Krankheiten abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen eine Verschlimmerung zu verhüten oder
- Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern, eine Verschlimmerung zu verhüten oder
- eine Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern, eine Verschlimmerung zu verhüten sowie
- den vorzeitigen Bezug verlaufenen Sozialleistungen zu vermeiden oder
- laufende Sozialleistungen zu mindern“ (§ 26 Abs. 1 SGB IX).

Um diese Ziele zu erreichen, können verschiedene Leistungen erbracht werden. Diese sind insbesondere

- eine medizinische Behandlung durch Ärzte oder Zahnärzte,
- eine medizinische Behandlung durch andere Heilberufe, wenn deren Leistungen auf ärztliche Anordnung oder unter ärztlicher Aufsicht ausgeführt werden,
- Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder
- Arznei - und Verbandsmittel

- Heilmittel einschließlich physikalischer, Sprach - und Beschäftigungstherapie,
- Psychotherapie,
- Hilfsmittel,
- Belastungserprobung und Arbeitstherapie,
- psychologische und pädagogische Hilfen zur Unterstützung bei der Krankheits- und Behinderungsverarbeitung,
- Aktivierung von Selbsthilfepotentialen,
- Information und Beratung von Partnern und Angehörigen sowie von Vorgesetzten und Kollegen, wenn die leistungsberechtigten Personen zustimmen,
- Vermittlung von Kontakten zur örtlichen Selbsthilfe - und Beratungsmöglichkeiten,
- psychologische und pädagogische Hilfen zur seelischen Stabilisierung,
- psychologische und pädagogische Hilfen zur Förderung der sozialen Kompetenz, unter anderem durch Training sozialer und kommunikativer Fähigkeiten und im Umgang mit Krisensituationen,
- Training lebenspraktischer Fähigkeiten,
- Anleitung und Motivation zur Inanspruchnahme von Leistungen der medizinischen Rehabilitation (§ 26 Abs. 2, 3 SGB IX).

Im Rahmen der medizinischen Rehabilitation werden umfangreiche Leistungen erbracht. Eine Schwierigkeit besteht jedoch darin zu unterscheiden, was Leistungen einer normalen Krankenbehandlung sind und wie sich Leistungen der medizinischen Rehabilitation von einer Krankenbehandlung unterscheiden.

Der Unterschied besteht weniger in der durchzuführenden einzelnen therapeutischen Maßnahme, sondern in der Zielsetzung, die mit dieser Maßnahme verbunden wird. „Krankenbehandlung wirkt durch einzelne Leistungen auf die Ursachen der Funktionsstörungen ein. Sie konzentriert sich auf die vorliegende Schädigung. Medizinische Rehabilitation bezieht darüber hinaus weitere Aspekte ein: die Verbesserung, Erhaltung oder Aktivierung eingeschränkter beziehungsweise von Einschränkungen bedrohter individueller Fähigkeiten, aber auch die Verbesserung der aus der Gesundheitsstörung folgenden sozialen Beeinträchtigung durch therapeutische Maßnahmen, Gesundheitsförderung und Anleitung zur Selbsthilfe.“³⁶ Auch an anderer Stelle wird diese Auffassung vertreten. Dort heißt es: „der medizinische Ansatz [zielt] in erster Linie auf die Behebung einer gesundheitlichen Schädigung durch kurative Versorgung ab.“³⁷

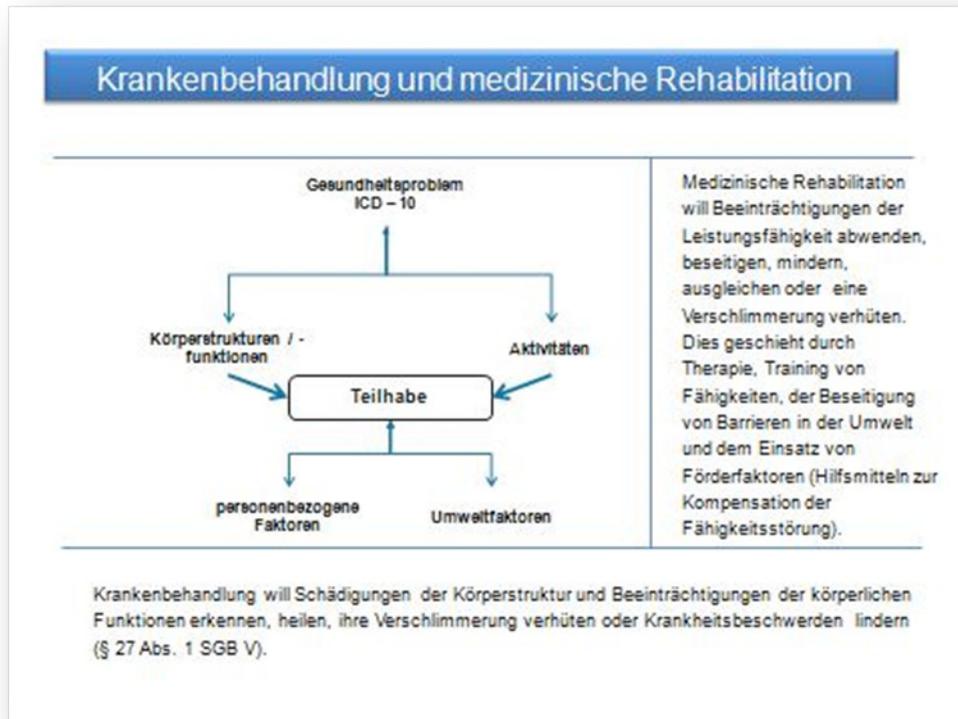
36 Deinert et al. 2009, S. 218

37 Stähler 2006



In der Sprache der ICF konzentriert sich eine Krankenbehandlung auf die Beseitigung von Schäden der körperlichen Struktur und beeinträchtigten körperlichen Funktionen. In der medizinischen Rehabilitation geht es dagegen vorrangig darum, Störungen der körperlichen oder psychischen Leistungsfähigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern oder auszugleichen.

Abbildung 19: Krankenbehandlung und medizinische Rehabilitation im System der ICF



Quelle: transfer, eigene Darstellung

Der Ausgleich einer bestehenden Funktionsstörung erfolgt durch Gestaltung der Umwelt mit dem Einsatz von Hilfsmitteln zur Kompensation der Fähigkeitsstörung.

8.3 Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Bei den Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben steht die Erwerbsfähigkeit³⁸ behinderter oder von Behinderung bedrohter Menschen im Vordergrund. Ziel der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben ist es,

- die Erwerbsfähigkeit behinderter oder von Behinderung bedrohter Menschen entsprechend ihrer Leistungsfähigkeit zu erhalten, zu verbessern, herzustellen oder wiederherzustellen und
- ihre Teilhabe am Arbeitsleben möglichst auf Dauer zu sichern (§ 33 Abs. 1 SGB IX).

Dieses soll erreicht werden, indem

³⁸ „Die Leistungsfähigkeit des behinderten Menschen und seine sich daraus gründende Erwerbsfähigkeit sind damit die entscheidenden Parameter für die angestrebte Teilhabe am Arbeitsleben.“ Deinert et al. 2009, S. 313

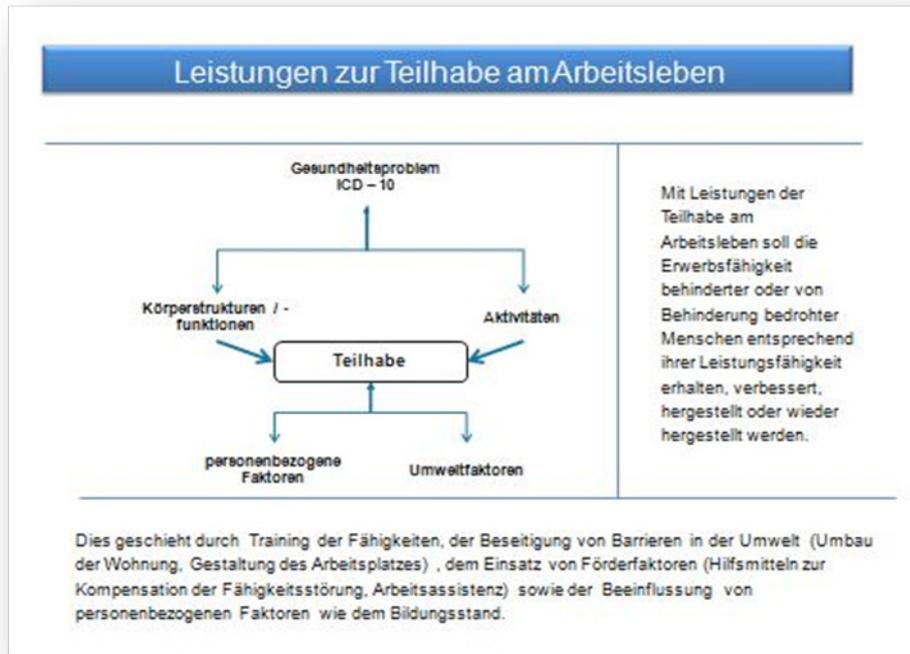
- Hilfen zur Erhaltung oder Erlangung eines Arbeitsplatzes einschließlich Vermittlung unterstützender Leistungen erbracht werden,
- Berufsvorbereitung einschließlich einer wegen der Behinderung erforderlichen Grundausbildung ermöglicht werden,
- individuelle betriebliche Qualifizierung im Rahmen unterstützte Beschäftigung ermöglicht wird,
- eine berufliche Anpassung und Weiterbildung gefördert wird,
- eine berufliche Ausbildung ermöglicht wird,
- ein Gründungszuschuss gewährt wird oder
- sonstige Leistungen zur Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben gewährt werden (§ 33 Abs. 3 SGB IX).

Die Leistungen umfassen auch medizinische, psychologische und pädagogische Hilfen.

(§ 33 Abs. 6 SGB IX), die inhaltlich den vergleichbaren psychologischen und pädagogischen Hilfen im Rahmen der medizinischen Rehabilitation entsprechen. Hinzu kommt die Erstattung der erforderlichen Kosten, die im unmittelbaren Zusammenhang mit der Ausführung einer Leistung stehen, wie die Übernahme von Lehrgangskosten, Gebühren, Lernmittel oder vermittlungsunterstützenden Leistungen, Kosten der Unterkunft und Verpflegung, Kraftfahrzeughilfe, Arbeitsassistentz, Kosten für Hilfsmittel, Kosten für technische Arbeitshilfen oder die Kosten der Beschaffung, Ausstattung und Erhaltung einer behinderungsgerechten Wohnung im angemessenen Umfang.

Diese umfangreichen, hier nur in der Übersicht und unvollständig dargestellten Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben dienen der Erwerbsfähigkeit. Personen, bei denen festgestellt ist, dass sie nicht erwerbsfähig sind und diese Erwerbsfähigkeit auch nicht wieder hergestellt werden kann, können die vorgenannten Leistungen nicht beanspruchen. Erwerbsfähig ist nach den Vorschriften des § 8 Abs. 1 SGB II, „wer nicht wegen Krankheit oder Behinderung auf absehbare Zeit außer Stande ist, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens 3 h täglich erwerbstätig zu sein.“ An diese Regelung schließt § 43 SGB VI Abs. 2 Satz 2 an, in dem es heißt: „Voll erwerbsgemindert sind Versicherte, die wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit außerstande sind, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens drei Stunden täglich erwerbstätig zu sein.“ Im dann folgenden Satz geht es weiter: „Voll erwerbsgemindert sind auch Versicherte ..., die wegen Art oder Schwere der Behinderung nicht auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt tätig sein können.“ Im § 136 Abs. 1, S. 2 SGB IX heißt es dazu, dass diese Personen Anspruch auf eine Beschäftigung im Arbeitsbereich einer Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM) haben.

Abbildung 20: Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben im System der ICF



Quelle: transfer, eigene Darstellung

Mit dem Übergang aus dem Eingangsverfahren und dem Berufsbildungsbereich der Werkstatt für Menschen mit Behinderung in den Arbeitsbereich ist auch die Exklusion aus dem allgemeinen Arbeitsmarkt vollzogen bis hin zu der Konsequenz, dass Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zunächst einmal nicht mehr in Anspruch genommen werden können.

8.4 Unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen

Unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen sind gewissermaßen unselbstständige Leistungen. Sie treten zu den Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und den Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben hinzu. Sie sollen den Lebensunterhalt auch während den entsprechenden Rehabilitationsmaßnahmen sichern (Krankengeld, Versorgungskrankengeld, Verletztengeld, Übergangsgeld, Ausbildungsgeld oder Unterhaltsbeihilfe, § 44 Abs. 1 Nr. 1 SGB IX), die soziale Absicherung gewährleisten (durch Beiträge und Zuschüsse, § 44 Abs. 1 Nr. 2 SGB IX) und zur Stärkung des Selbstbewusstseins beitragen (durch ärztlich verordneten Rehabilitationssport § 44 Abs. 1 Nr. 3 SGB IX). Zu den ergänzenden Leistungen zählen auch ein ärztlich verordnetes Funktionstraining in Gruppen, die Übernahme der Reisekosten sowie die Übernahme einer Betriebs- oder Haushaltshilfe sowie notwendiger Kinderbetreuungskosten.

9. Andere Sozialleistungen und Leistungen zur Teilhabe

Leistungen zur Teilhabe werden „neben anderen Sozialleistungen“³⁹ erbracht. Der gesetzlichen Vorschrift ist zu entnehmen, „dass behinderte und von Behinderung bedrohte Menschen die gleichen Sozialleistungen und sonstigen Hilfen in Anspruch nehmen können wie alle anderen Bürgerinnen auch. Die Leistungen zur Teilhabe sind demgegenüber Sozialleistungen, die gezielt auf die Teilhabe behinderter Menschen ... gerichtet sind und die daher nur insoweit eingesetzt werden, als die Ziele durch die allgemeinen Sozialleistungen nicht voll erreicht werden können.“⁴⁰

Wegen ihrer besonderen Bedeutung wird kurz und im groben Überblick auf Leistungen zur Pflege, Heilmittel in Krankenbehandlung und medizinischer Rehabilitation eingegangen.

9.1 Leistungen zur Pflege; Soziotherapie

Die gesetzliche Krankenversicherung leistet häusliche Krankenpflege durch geeignete Pflegekräfte für Versicherte im Rahmen der Krankenbehandlung. Die Leistung wird im Haushalt der Versicherten, „ihrer Familie oder sonst an einem geeigneten Ort, insbesondere in betreuten Wohnformen, Schulen und Kindergärten, bei besonders hohem Pflegebedarf auch in Werkstätten für behinderte Menschen“ erbracht. Die Leistung umfasst die im Einzelfall erforderliche Grund- und Behandlungspflege sowie hauswirtschaftliche Versorgung. Der Anspruch besteht - in der Regel - bis zu vier Wochen je Krankheitsfall (§ 37 Abs. 1 SGB V). Die Leistung steht in Zusammenhang mit einer vermiedenen oder verkürzten Behandlung im Krankenhaus oder dient der Sicherstellung einer ärztlichen Behandlung.

Um häusliche Krankenpflege erhalten zu können, muss sie von einem Arzt verordnet werden, der sie im Rahmen eines Behandlungsplanes verantwortet. Für diese Verordnung ist die Richtlinie über die Verordnung von „häuslicher Krankenpflege“ nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 und Abs. 7 SGB des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen, aktuell in der Fassung vom 17. September 2009 einzuhalten. In dieser Richtlinie sind die Voraussetzungen für die Leistungen geregelt. So ist bei psychischen Krankheiten und damit bei psychiatrischer Krankenpflege Voraussetzung, „dass die oder der Versicherte über eine ausreichende Behandlungsfähigkeit verfügt ...und zu erwarten ist, dass das mit der Behandlung verfolgte Therapieziel von der oder dem Versicherten manifest umgesetzt werden kann.“⁴¹

In einem solchen Zusammenhang: vermiedene, verkürzte oder gebotene, jedoch nicht ausführbare Krankenhausbehandlung steht auch die Leistung der Soziotherapie für Versicherte mit einer schweren psychischen Erkrankung (§ 37 a. SGB V). Bei beiden Leistungen ist somit ein direkter Bezug zu einer behandlungsbedürftigen Erkrankung Voraussetzung der Leistungsgewährung.

Anders stellt sich dies bei den Leistungen der Pflegeversicherung dar, die 1994 zur „sozialen Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit“ (§ 1, Abs. 1 SGB XI) eingeführt wurde.

Leistungen der Pflegeversicherung sollen helfen, trotz bestehenden Hilfebedarfs ein möglichst selbstständiges und selbstbestimmtes Leben zu führen. Die Hilfen sind darauf auszurichten, die körperlichen, geistigen und seelischen Kräfte der Pflegebedürftigen wie-

39 § 4 Abs. 2, Satz 1 SGB IX

40 Welti 2010

41 § 4 der Richtlinie über die Verordnung von „häuslicher Krankenpflege“ nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 und Abs. 7 SGB des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen, aktuell in der Fassung vom 17. September 2009

derzugewinnen oder zu erhalten. (§ 2, Abs. 1 SGB XI). Es geht dabei um die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens (§ 14 Abs. 1 SGB XI). Die Hilfen bestehen in der Unterstützung, in der teilweisen oder vollständigen Übernahme der Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens oder in der Beaufsichtigung oder Anleitung mit dem Ziel der eigenständigen Übernahme dieser Verrichtungen (§ 14 Abs. 3 SGB XI).

Während Leistungen der häuslichen Krankenpflege vor Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft zu erbringen sind (vorrangig sind), stehen Leistungen der Pflegeversicherung neben denen zur Teilhabe am gesellschaftlichen Leben. Bei der Leistungsarten dienen unterschiedlichen Zwecken: bei den Hilfen im Rahmen der Pflegeversicherung geht es um die Bewältigung des alltäglichen Lebens, die Leistungen zur Teilhabe dienen dazu, eine Mitwirkung und Partizipation am gesellschaftlichen Leben zu gewährleisten.

Insbesondere bei den Hilfen zum Erwerb praktischer Kenntnisse und Fähigkeiten und zum selbstbestimmten Leben in betreuten Wohnmöglichkeiten können sich Abgrenzungsprobleme zwischen den Leistungen zur Teilhabe und den Leistungen der Pflegeversicherung ergeben. Auf der Ebene der durchzuführenden Verrichtungen sind die beiden Hilfearten nicht zu trennen. Entscheidend ist daher Orientierung und Zielsetzung der auszuübenden Tätigkeiten⁴².

9.2 Die Heilmittel Ergotherapie, Sprachtherapie und Physiotherapie

Heilmittel sind „persönlich zu erbringende medizinische Leistungen“⁴³. Zu ihnen zählen die Ergotherapie, die Logotherapie und die Physiotherapie. Insbesondere für den Personenkreis der Menschen mit seelischen Behinderungen ist eine ergotherapeutische Behandlung von Bedeutung; so kamen im Jahr 2008 12,2% aller ärztlichen Verordnungen für AOK-Versicherte von niedergelassenen Nervenärzten und ärztlichen Psychotherapeuten. 8,5% aller ergotherapeutischen Einzelbehandlungen entfielen in 2008 auf psychische Störungen, in 10,1% der Fälle ging es um motorische Störungen, in 14,1% der Fälle um Funktionsanalyse und anamnestische Fragestellungen. Im Bundesdurchschnitt kamen auf 1000 bei der AOK versicherte Personen 34 ergotherapeutische Leistungen, in Nordrhein-Westfalen waren es mit etwa 25 Leistungen deutlich weniger.⁴⁴

„Die Maßnahmen der Ergotherapie (Beschäftigungs- und Arbeitstherapie) dienen der Wiederherstellung, Entwicklung, Verbesserung, Erhaltung oder Kompensation der krankheitsbedingt gestörten motorischen, sensorischen, psychischen und kognitiven Funktionen und Fähigkeiten“⁴⁵, damit sind sie Bestandteil der Krankenbehandlung, der medizinischen oder der beruflichen Rehabilitation. Sie werden systematisch vor Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft erbracht, können im Einzelfall jedoch durch diese ergänzt werden.

Mit 31% nahezu ein Drittel aller sprachtherapeutische Leistungen für AOK – Versicherte wurden in 2008 wegen Störungen der Sprechmotorik, der Artikulation oder Störungen der Sprache nach Abschluss der Sprachentwicklung erbracht. Niedergelassene ärztliche Psychotherapeuten und Nervenärzte zeichneten sich für 4,2% der Verordnungen verantwortlich. Stimm,- Sprech,- und Sprachtherapie „dienen dazu, die Kommunikationsfähigkeit, die Stimmgebung, das Sprechen, die Sprache und den Schluckakt bei krankheits-

42 Prof. Dr. Klie 2009

43 Richtlinien über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung vom 16. März 2004

44 Schröder, Waltersbacher Dezember 2009

45 Richtlinien über die Verordnung von ... , Kap. V Nr. 20

bedingten Störungen wiederherzustellen, zu verbessern oder eine Verschlimmerung zu vermeiden“⁴⁶- im Focus dieser Therapie steht somit die Kommunikationsfähigkeit der betroffenen Personen.

Physiotherapeutische Leistungen stellen mit nahezu 75% aller Leistungen den weitaus größten Anteil bei den Heilmitteln. Auch hier finden sich jedoch für Nordrhein-Westfalen im Vergleich zum Bundesdurchschnitt unterdurchschnittliche Werte: wurden bundesweit 500 Leistungen je 1000 AOK – Versicherte gezählt, so waren es in Nordrhein-Westfalen zwischen 233,7 und 339,3. Immerhin in 16,5% der Fälle wurden bundesweit die Behandlungsmaßnahmen wegen Erkrankungen des Zentralen Nervensystems nach dem 18. Lebensjahr verordnet.⁴⁷ Die Therapien dienen u.a. „der Erhaltung, Förderung und Wiederherstellung der Leistungen der Stütz- und Bewegungsorgane, des Nervensystems und der dabei beteiligten Funktionen des Herz-/Kreislaufsystems, der Atmung und des Stoffwechsels“⁴⁸

46 Richtlinien über die Verordnung von ... , Kap. IV Nr. 18

47 Schröder, Waltersbacher Dezember 2009

48 Richtlinien über die Verordnung von ... , Kap. III A Nr. 17A

10. Verzeichnis der Tabellen und Abbildungen

Tabelle 1: Planungszeitraum und Bewilligungszeitraum Fehler! Textmarke nicht definiert.

Abbildung 1: Aufbau der ICF

Abbildung 2: Das bio-psycho-soziale Modell von Behinderung

Abbildung 3: Wichtige Begriffe der ICF

Abbildung 4: Kapitel der Umweltfaktoren und Items

Abbildung 5: Die vier Fragen zu den Umweltfaktoren

Abbildung 6: Wichtige Begriffe der ICF

Abbildung 7: Kapitel der Lebensbereiche und Items

Abbildung 8: Voraussetzungen nach Nordenfelt

Abbildung 9: Wichtige Begriffe der ICF

Abbildung 10: Kodierung nach ICF

Abbildung 11: Beurteilungsmerkmale der ICF

Abbildung 16: Das bio-psycho-soziale Modell von Behinderung nach § 2 Abs. 1 SGB IX, eigene Darstellung

Abbildung 12: Zielhierarchie

Abbildung 13: Zielebenen und Zielarten

Abbildung 14: Ziele und Maßnahmen

Abbildung 15: Ermittlung notwendiger Leistungen mit IHP3 des LVR -2010-

Abbildung 17: Sozialleistungsträger und Leistungen zur Teilhabe, vergleiche § 6 Abs. 1 SGB IX

Abbildung 18: Krankenbehandlung und medizinische Rehabilitation im System der ICF

Abbildung 19: Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben im System der ICF

Abbildung 20: Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft in Verbindung mit Komponenten der ICF

11. Literaturverzeichnis

Apfelbacher, Werner; Reiners-Kröncke, Werner (1999): Sozialmanagement. Köln: Fortis-Verl.

Beauftragung der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen (Hg.) (Januar 2009): alle inklusive! Die neue UN-Konvention. Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen. Bundesministerium für Arbeit und Soziales. Bonn.

Beauftragung der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen (Hg.) (Januar 2009): alle inklusive! Die neue UN-Konvention in leichter Sprache. Menschen-Rechte für behinderte Frauen, Männer und Kinder auf der ganzen Welt. Bundesministerium für Arbeit und Soziales. Bonn.

Beck, Iris; Lübke, Andrea (2003): Individuelle Hilfeplanung. Anforderungen an die Behindertenhilfe. In: Geistige Behinderung, Jg. 42, H. 3, S. 222–235.

Bieritz-Harder, Renate (2008): LPK-SGB XII § 54. In: Armbrorst, Christian; Berlit, Uwe Prof. Dr.; Bieritz-Harder, Renate Prof. Dr.; Birk, Ulrich-Arthur Prof. Dr.; Brühl, Albrecht Prof. Dr.; Conradis, Wolfgang Dr.; Geiger, Udo; Kraemer, Utz Prof. Dr.; Münder, Johannes Prof. Dr.; Niewaldt, Stephan; Roscher, Falk Prof. Dr.; Schoch, Dietrich (Hg.): Sozialgesetzbuch XII. Sozialhilfe ; Lehr- und Praxiskommentar. 8. Aufl. Baden-Baden: Nomos-Verl.-Ges. (NomosKommentar), S. 402–424.

Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe (Hg.) (24.11.2009): Orientierungshilfe zu den Schnittstellen der Eingliederungshilfe nach dem SGB XII zu anderen sozialen Leistungen. („Schnittstellenpapier“). Münster.

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation: Wegweiser. Eingliederung von Behinderten in Arbeit, Beruf und Gesellschaft. 8. Aufl. (1993). Frankfurt am Main: Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation.

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (Hg.) (22.03.2004): Gemeinsame Empfehlung nach § 13 Abs. 1 i.V.m. § 12 Abs. 1 Nr. 4 SGB IX für die Durchführung von Begutachtungen möglichst nach einheitlichen Grundsätzen. Gemeinsame Empfehlung „Begutachtung“.

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (Hg.) (Februar 2008): ICF-Praxisleitfaden 2. in medizinischen Rehabilitationseinrichtungen. Frankfurt a. M.

Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Februar 2008): Persönliches Budget. Herausgegeben von Bundesministerium für Arbeit und Soziales. Berlin. (Bestell-Nr. D722).

Bundesministerium für Familie, Senioren Frauen und Jugend (Hg.) (März 1999): Zielfindung und Zielklärung - ein Leitfaden. Qs - Materialien zur Qualitätssicherung in der Kinder- und Jugendhilfe. 1996-2001. Unter Mitarbeit von Wolfgang Dr. Beywl und Ellen Schepp-Winter. Bonn: Vereinigte Verlagsanstalten GmbH Düsseldorf (1.1996 - 36.2001; damit Ersch. eingest.).

Deinert, Olaf; Neumann, Volker (Hg.) (2009): Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen. Handbuch SGB IX. 2. Aufl. Unter Mitarbeit von Renate Prof. Dr. Bieritz-Harder, Dietrich Dr. Braasch und Jan Dr. Castendieck et al. Baden-Baden: Nomos.

(09.05.2006): Rahmenzielvereinbarung zwischen der Landesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege und den Landschaftsverbänden zur Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe unter fachlichen und finanziellen Aspekten. Anhang 3. Herausgegeben vom Landschaftsverband Westfalen-Lippe, der AG der Spitzenverbände der freien Wohlfahrtspflege Landes Nordrhein-Westfalen und dem Landschaftsverband Rheinland. Düsseldorf, Köln, Münster, 09.05.2006.

Deutsche Heilpädagogische Gesellschaft e.V. (Hg.) (2000): Individuelle Hilfeplanung: Eigenverlag.

Deutsche Heilpädagogische Gesellschaft e.V. (Hg.) (2000): Individuelle Hilfeplanung. Tagungsbericht Bonn 1999. Bonn/Düren.

Deutscher Bundestag (Hg.) (17.07.2009): Bericht der Bundesregierung über die Lage behinderter Menschen und die Entwicklung ihrer Teilhabe. Drucksache 16/13829. Berlin.

Deutscher Bundestag (Hg.) (30.04.2009): Bericht über die Lebenssituation junger Menschen und die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland. 13. Kinder- und Jugendbericht und Stellungnahme der Bundesregierung. Drucksache 16/12860. Berlin.

Deutscher Verein für Öffentliche und Private Fürsorge (Hg.) (17. Juni 2009): Empfehlungen des Deutschen Vereins zur Bedarfsermittlung und Hilfeplanung in der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen. DV 06/09 AF IV.

DV 06/09 AF IV, 17. Juni 2009: Empfehlungen des Deutschen Vereins zur Bedarfsermittlung und Hilfeplanung in der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen.

Doose, Stefan (10/2000): „I want my dream!“ Neue Perspektiven und Methoden einer individuellen Hilfeplanung. Herausgegeben von Bundesarbeitsgemeinschaft für Unterstützte Beschäftigung. Hamburg.

Doose, Stefan; Göbel, Susanne (Hg.) (o. Datum): Materialien zur Zukunftsplanung. -weitere Texte und Arbeitsblätter-. BAG UB; ISL. o. Ort.

Engel, Heike Dr.; Schmitt-Schäfer, Thomas (2004): Hilfeplanverfahren als Grundlage für eine prospektive Vergütung in der Eingliederungshilfe. In: NDV, Jg. 84., H. 1, S. 9–12.

Flemming, Lothar (17. März 2010): Das individuelle Hilfeplanverfahren des LVR - Entwicklungen 2002-2010. Veranstaltung vom 17. März 2010. Horion-Haus, Köln. Veranstalter: Landschaftsverband Rheinland.

Jürgens, Andreas. (1992): Das neue Betreuungsrecht. Eine systematische Gesamtdarstellung / . 2. Aufl. München: Beck.

Klie, Thomas (2009): §§ 14 - 19. In: Sozialgesetzbuch XI. Soziale Pflegeversicherung ; Lehr- und Praxiskommentar. 3. Aufl. Baden-Baden: Nomos, S. 203–281.

(2009): Sozialgesetzbuch XI. Soziale Pflegeversicherung ; Lehr- und Praxiskommentar.

3. Aufl. Begründet von Thomas Klie; Utz Krahmer; Annett Böhm; Klie-Krahmer. Baden-Baden: Nomos.

Lachwitz, Klaus (2010): Anhang 2: Eingliederungshilfe für behinderte Menschen im SGB XII. In: Bieritz-Harder, Renate; Schellhorn, Helmut; Stähler, Thomas P.; Trenk-Hinterberger, Peter; Vater, Alexander (Hg.): HK-SGB IX. Handkommentar zum Sozialgesetzbuch IX ; Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen. 3., [erw. u. aktualisierte] Aufl. Köln: Luchterhand, S. 1034–1070.

Lachwitz, Klaus (2006): HK-SGB IX§ 55. In: Handkommentar zum Sozialgesetzbuch IX /// HK-SGB IX. Handkommentar zum Sozialgesetzbuch IX : Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen. 2., erw. und aktualisierte Aufl. München /// Neuwied: Luchterhand, S. 368–383.

Lachwitz, Klaus (2004): Mehr Chancen für ein selbstbestimmtes Leben. Das persönliche Budget in Fragen und Antworten Chancen und Risiken einer neuen Leistungsform. Herausgegeben von Bundesvereinigung der Lebenshilfe. Marburg.

Bieritz-Harder, Renate; Schellhorn, Helmut; Stähler, Thomas P., et al. (Hg.) (2010): HK-SGB IX. Handkommentar zum Sozialgesetzbuch IX ; Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen. 3., [erw. u. aktualisierte] Aufl. Begründet von Klaus Lachwitz; Walter Schellhorn; Felix Welti. Köln: Luchterhand.

(2006): Handkommentar zum Sozialgesetzbuch IX /// HK-SGB IX. Handkommentar zum Sozialgesetzbuch IX : Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen. 2., erw. und aktualisierte Aufl. Begründet von Lachwitz-Schellhorn-Welti. München /// Neuwied: Luchterhand.

Mansell, Jim; Knapp, Martin; Beadle-Brown, Julie; Beecham, Jeni (2007): Übergang von Großeinrichtungen zu selbstbestimmten Leben in der Gemeinde -Ergebnisse und Kosten-. Bericht einer europäischen Studie, Teil 1: Zusammenfassende Darstellung.

Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (1. April 2009): Ausführungsverordnung zum Sozialgesetzbuch SGB XII Nordrhein-Westfalen.

Müller-Schöll, Albrecht (1992): Sozialmanagement. Zur Förderung systematischen Entscheidens Planens Organisierens Führens und Kontrollierens in Gruppen. 3. Aufl. Neuwied: Luchterhand.

Armborst, Christian; Berlit, Uwe Prof. Dr.; Bieritz-Harder, Renate Prof. Dr., et al. (Hg.) (2008): Sozialgesetzbuch XII. Sozialhilfe; Lehr- und Praxiskommentar. 8. Aufl. Begründet von Johannes Münder; Christian Armborst. Baden-Baden: Nomos-Verl.-Ges. (NomosKommentar).

Neumann, Volker (2004): Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen. Handbuch SGB IX. 1. Aufl. Baden-Baden: Nomos.

Pfeiffer, Stephan; Weber, Petra; Jahncke-Latteck, Anne-Dörte; Röh, Dieter (2009): Wohnen wie andere - Menschen mit Behinderungen verändern ihre Lebensbedingungen. Zwischenergebnisse vom Ambulantisierungsprozess in Hamburg. In: Nachrichtendienst des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge e.V., Jg. 89. Jahrgang, H. 10, S. 393 - 307.

Poscher, Ralf; Rux, Johannes; Langer, Thomas; Poscher-Rux-Langer (2008): Von der Integration zur Inklusion. Das Recht auf Bildung aus der Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen und seine innerstaatliche Umsetzung. 1. Aufl. Baden-Baden: Nomos (Schriften zum Bildungs- und Wissenschaftsrecht, 5).

Rohrman, Albrecht Dr.; Schädler, Johannes (2006): Individuelle Hilfeplanung und Unterstützungsmanagement. In: Theunissen, Georg; Schirborth, Kerstin (Hg.): Inklusion von Menschen mit geistiger Behinderung. Zeitgemäße Wohnformen - Soziale Netze - Unterstützungsangebote. Stuttgart, S. 230-247.

Roscher, Falk Prof. Dr. (2008): LPK-SGB XII § 10. In: Armbrorst, Christian; Berlitz, Uwe Prof. Dr.; Bieritz-Harder, Renate Prof. Dr.; Birk, Ulrich-Arthur Prof. Dr.; Brühl, Albrecht Prof. Dr.; Conradis, Wolfgang Dr.; Geiger, Udo; Kraemer, Utz Prof. Dr.; Münder, Johannes Prof. Dr.; Niewaldt, Stephan; Roscher, Falk Prof. Dr.; Schoch, Dietrich (Hg.): Sozialgesetzbuch XII. Sozialhilfe ; Lehr- und Praxiskommentar. 8. Aufl. Baden-Baden: Nomos-Verl.-Ges. (NomosKommentar), S. 101-110.

Schädler, Johannes; Rohrman, Albrecht Dr. (2009): Szenarien zur Modernisierung der Behindertenhilfe. In: Teilhabe -Die Fachzeitschrift der Lebenshilfe-, Jg. 48, H. 2, S. 68-75.

Schellhorn, Walter (2006): Schellhorn/Schellhorn//Hohm SGB XII § 10. In: SGB XII - Sozialhilfe /// Kommentar zum SGB XII /// Kommentar zum SGB XII. Ein Kommentar für Ausbildung, Praxis und Wissenschaft. 17., neu bearb. Aufl. Neuwied: Luchterhand; Luchterhand in Wolters Kluwer Deutschland, S. 90-95.

(2006): SGB XII - Sozialhilfe /// Kommentar zum SGB XII /// Kommentar zum SGB XII. Ein Kommentar für Ausbildung, Praxis und Wissenschaft. 17., neu bearb. Aufl. Begründet von Walter Schellhorn; Hans Jirasek; Paul Seipp. Neuwied: Luchterhand; Luchterhand in Wolters Kluwer Deutschland.

Schmitt-Schäfer, Thomas; Engel, Heike Dr. (Dezember 2005): Handbuch zur Individuellen Hilfeplanung in Rheinland-Pfalz. Herausgegeben von Soziales Familie und Gesundheit Rheinland-Pfalz in Ministerium für Arbeit.

Schröder, Helmut; Waltersbacher, Andrea (Dezember 2009): Heilmittelbericht 2009/2010. Unter Mitarbeit von Hans-Walter Dr. Krüger und Isabel Rehbein. Herausgegeben von Wissenschaftliches Institut der AOK. AOK Bundesverband. Berlin.

Schuntermann, Michael F. (2005): Einführung in die ICF. Grundkurs, Übungen, offene Fragen. Landsberg/Lech: ecomed MEDIZIN.

Stübinger, Mathias; Apfelbacher, Werner; Reiners-Kröncke, Werner (2000): Zeitmanagement, Planung und Kontrolle des Handlungsvollzuges. Köln: Fortis-Verl. (Sozialmanagement, 2).

Weber, Petra; Jahncke-Lattek, Ä. -D; Röh, Dieter (April 2009): Veränderungen der Lebensqualität von Menschen mit Behinderungen durch Veränderung der Wohnformen. Eine Evaluationsstudie zum Ausbau ambulanter Wohnformen bei LEBEN MIT BEHINDERUNG HAMBURG SOZIALEINRICHTUNGEN gGmbH. Zwischenbericht April 2009. Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg.

Welti, Felix (2002): Rechtskommentar von Felix Welti zu § 2 SGB IX Behinderungsbegriff.

Neuwied.

Welti, Felix (2005): Behinderung und Rehabilitation im sozialen Rechtsstaat. Freiheit, Gleichheit und Teilhabe behinderter Menschen /. Tübingen: Mohr-Siebeck (Jus publicum, 139).

Welti, Felix (Hg.) (2009): Das Rehabilitationsrecht in der Praxis der Sozialleistungsträger. Münster, Westf: Lit (Sozialrecht und Sozialpolitik in Europa, 13).

Zentrum für Planung und Evaluation Sozialer Dienste der Universität Siegen (Hg.) (August 2008): Selbstständiges Wohnen behinderter Menschen. Individuelle Hilfen aus einer Hand. Abschlussbericht -Im Auftrag des Sozialministeriums des Landes Nordrhein-Westfalen-. Unter Mitarbeit von Johannes Dr. Schädler, Albrecht Prof. Dr. Rohrman und Norbert Prof. Dr. Schwarte et al. Siegen.

IMPRESSUM

Herausgeber:

Landschaftsverband Rheinland (LVR)
LVR-Dezernat Soziales und Integration
Hermann-Pünder-Str. 1
50663 Köln

Autoren:

Eva-Maria Büch (transfer - Unternehmen für soziale Innovation)
Thomas Schmitt-Schäfer (transfer - Unternehmen für soziale Innovation)

Redaktion:

Lothar Flemming (LVR)
Herbert Gietl (LVR)

Gestaltung und Online-Aufbereitung:

Sebastian Bohmann (LVR)