

Hochschule für Angewandte Wissenschaften

Fakultät Life Sciences

Studiengang Gesundheitswissenschaften

Gesundheitsaspekte der Teilhabe

Feststellung der Teilhabefähigkeit in der ambulanten Eingliederungshilfe für
Menschen mit Behinderung

Bachelorarbeit

Vorgelegt von:

Manuela Kamin

Matrikelnummer: 1921405

Betreuende Prüfende:

Prof. Dr. Detlef Krüger

Dr. Angela Schröder

Tag der Abgabe: 29. Januar 2013

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	1
1 Eingliederungshilfe	4
1.1 Leistungen der Eingliederungshilfe	6
1.2 Leistungsberechtigte	7
1.2.1 Grad der Behinderung	7
1.3 Ambulante personenzentrierte Hilfen	8
1.3.1 Pädagogische Betreuung im eigenen Wohnraum (PBW)	8
1.3.2 Personenzentrierte Hilfen für psychisch kranke Menschen (PPM)	8
1.3.3 Gesamtplan, -konferenz und -verfahren	9
1.3.4 Leistungserbringer der PBW und PPM.....	11
2 Geistige Behinderung	13
2.1 Begrifflichkeit "geistig behindert"	13
2.2 Definitionen, Sichtweisen und Klassifizierungen geistiger Behinderung.....	14
2.2.1 Sichtweise geistiger Behinderung der Vereinten Nationen	15
2.2.2 Sozialrechtliche Sichtweise	15
2.2.3 Sichtweise und Klassifizierungen geistiger Behinderung der WHO	15
2.3 Modelle von Behinderung.....	17
2.3.1 Medizinisches Modell von Behinderung	17
2.3.2 Soziales Modell von Behinderung	17
2.4 Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF)	18
2.4.1 Struktur der ICF	19
2.4.2 Bio-psycho-soziales Modell von Behinderung der ICF.....	20
2.4.3 Begrifflichkeiten und Konzepte der ICF	21
2.5 Ätiologie geistiger Behinderung.....	23
2.6 Symptomatik geistiger Behinderung.....	24
2.7 Prävalenz und Epidemiologie	24
3 Psychische und Verhaltensstörungen	25
3.1 Begrifflichkeit "psychisch gestört"	25
3.2 Definition psychischer und Verhaltensstörungen	26
3.2.1 Zusammenhang zwischen psychischen und Verhaltensstörungen	27
3.3 Psychiatrische Diagnostik.....	27
3.3.1 Anamnese.....	28
3.3.2 Exploration.....	28
3.3.3 Symptome, Syndrome und Störungen	29
3.3.4 Komponenten des psychopathologischen Befundes	29
3.4 Zuordnung von Symptomen zu Syndromen.....	32
3.5 Klassifizierung psychischer und Verhaltensstörungen.....	33
3.5.1 ICD-Teilklassifikationssystem psychischer Störungen.....	33

3.5.2	ICF und psychische und Verhaltensstörungen.....	33
3.5.3	Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen.....	34
3.6	Ätiologie psychischer und Verhaltensstörungen	34
3.6.1	Vulnerabilitäts-Stress-Modell.....	35
3.6.2	Drei-Faktoren-Modell.....	35
3.7	Prävalenz und Epidemiologie	36
4	Duale Diagnose: geistige Behinderung und psychische Störung	37
4.1	Epidemiologie psychischer und Verhaltensstörungen geistig Behinderter	37
4.2	Prävalenz und Vulnerabilität.....	38
4.2.1	Psychosoziale Faktoren der frühen Kindheit.....	39
4.3	Besonderheiten der Diagnostik psychischer Störungen bei geistig Behinderten.....	39
4.4	Duale Diagnosen in der ambulanten Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung ...	40
5	Feststellung der Teilhabefähigkeit	43
5.1	Wege der Inanspruchnahme ambulanter Eingliederungshilfen	43
5.2	Funktionen eines Sozialberichtes.....	44
5.2.1	Stellenwert, Problematik und Ausgestaltung sozialer Berichterstattung in der ambulanten Eingliederungshilfe	44
5.2.2	Ermittlung der Teilhabefähigkeit und des Hilfebedarfes mittels HMB-W-Verfahrens....	47
5.2.3	Erhebungsbogen des HMB-W-Verfahrens	47
5.2.4	Aktivitätsprotokoll.....	48
5.2.5	Hilfebedarfsermittlung.....	48
5.2.6	Bewertungssystem und Hilfebedarfsgruppen des HMB-W-Verfahrens	49
5.2.7	Zuordnung eines Betroffenen mit dualer Diagnose zur entsprechenden Hilfeleistung.	50
5.2.8	Überführung einzelner Komponenten der vorliegenden Arbeit in die Praxis des Leistungserbringers	51
5.3	Schlussbetrachtung	51
	Literaturverzeichnis	53
	Rechtsverzeichnis	58
	Eidesstattliche Erklärung	59

Abkürzungsverzeichnis

APA	American Psychiatric Association
BAGüS	Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe
BAR	Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V.
BASFI	Behörde für Arbeit, Soziales, Familie und Integration Hamburg
BMAS	Bundesministerium für Arbeit und Soziales
BRK	Behindertenrechtskonvention (der Vereinten Nationen)
BVKM	Bundesverband für körper- und mehrfachbehinderte Menschen e.V.
DEGS	Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland des Robert Koch Institutes
DIMDI	Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information
DSM	Diagnostisches und Statistisches Manual psychischer Störungen
GdB	Grad der Behinderung
HMB-W	Hilfebedarf von Menschen mit Behinderung im Bereich Wohnen
ICD	Internationale Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme
ICF	Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit
IQ	Intelligenzquotient
KVJS	Kommunalverband für Jugend und Soziales Baden Württemberg
PBW	Pädagogische Betreuung im eigenen Wohnraum
PPM	Personenzentrierte Hilfen für psychisch kranke Menschen
SGB	Sozialgesetzbuch
UN	United Nations (Vereinte Nationen)
WA	Wohnassistenz
WHO	Weltgesundheitsorganisation

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Schema I der ICF.....	19
Abb. 2: Bio-psycho-soziales Modell der ICF.....	21

Tabellenverzeichnis

Tab. 1: Prävalenzraten psychischer Störungen.....	38
---	----

Anhang

Anhang 1: Anamneseerhebung

Anhang 2: HMB-W Erhebungsbogen

Anhang 3: Hilfebedarfskategorien

Anhang 4: HMB-W Hilfebedarfsbewertung

Anhang 5: Vorlage Sozialbericht

Anmerkung

Um den Lesefluss zu erleichtern, wurde die männliche Formulierungsweise gewählt, wobei jedoch stets beide Geschlechter gemeint sind. Die in dieser Arbeit verwendete Bezeichnung "geistige Behinderung" stößt angesichts stigmatisierender Wirkung auf Kritik. Im Rahmen der vorliegenden Arbeit wird die Begrifflichkeit jedoch beibehalten, da sie im deutschsprachigen Raum aktuell am weitesten verbreitet ist und den Bezug zu den sozialrechtlichen Bestimmungen der Eingliederungshilfe zu verdeutlichen vermag.

Einleitung

Am Beginn der Entwicklung der Sozialen Arbeit als Profession, mit dem Anspruch einer wissenschaftlichen Fundierung, stand die Bemühung, ihr ein diagnostisches Werkzeug in die Hand zu geben, das die Praktiker der Sozialen Arbeit als Experten des Sozialen und als die Diagnostiker des Hilfebedarfes für das Wohlfahrtswesen unentbehrlich machen sollten (vgl. Pantucek, 2012:13). Die Soziale Arbeit entwickelte daher vor allem in den Konzepten der Einzelfallhilfe ein Verständnis der eigenen Arbeit, welches allerdings zwischen dem diagnostischen Prozess und der Intervention keinen deutlichen Unterschied mehr machte. Diese Praxis führt Pantucek (vgl. 2012:14) auf die Gegebenheit zurück, dass die Klärung der Lebenslage eines Hilfebedürftigen, die sein soziales Umfeld und seine Fähigkeiten berücksichtigt, bereits als Intervention verstanden werden kann, da sie die Lebenslage des Hilfebedürftigen bereits durch das Erkennen der selbigen zu verändern vermag (vgl.ebd.). Das klassische Konzept der Einzelfallhilfe kann daher als Einheit von Diagnose und Intervention verstanden werden (vgl. ebd.).

Das Konzept der Einzelfallhilfe wird zunehmend kritisiert und vorwiegend als ineffektiv und nicht zielorientiert denunziert. Jedoch reagiert das Konzept nach Pantucek (vgl. 2012:14) zunächst auf einige strukturelle Probleme, die sich bei einer Sozialen Arbeit ergeben. Hierbei benennt Pantucek u.a. die Komplexität des zu untersuchenden Sachverhaltes und führt aus, dass die zu beschreibenden bzw. diagnostizierenden Systeme durch eine generelle Dynamik und weiterhin durch die Individualität des Hilfebedürftigen geprägt sind. Der Prozess einer sozialen Diagnose ist nicht durch den aus der Medizin bekannten Anamnese- Diagnose- Intervention gekennzeichnet, sondern die Anamnese ist schon Beratung, diagnostische Schritte sind bereits Interventionen und Interventionen treiben die Diagnose voran (vgl. Pantucek, 2012:16). Des Weiteren stützt sich die soziale Diagnose weitestgehend auf Gespräche, so dass die Qualität der Informationen vom Gelingen der Gesprächsführung abhängt.

In der Sozialen Arbeit hat sich der Fokus von der Diagnose zum Prozess verschoben und der Begriff der Diagnose ist aus dem sozialarbeiterischen Sprachgebrauch größtenteils verschwunden (vgl. Pantucek, 2012: 16). Diesbezüglich darf nicht vergessen werden, dass auf der Grundlage einer Situationseinschätzung eines Praktikers der Sozialen Arbeit zum Teil weitreichende Entscheidungen getroffen werden, die in den Lebenslauf eines Hilfebedürftigen eingreifen und Chancen zuteilen oder verweigern (vgl. Pantucek, 2012:17).

Aufgrund dessen, dass sich der Fokus von der Diagnose zum Prozess verschoben hat und viele Praktiker der Sozialen Arbeit die Diagnostik nicht mehr als zentralen Teil ihrer beruflichen Kompetenz begriffen, öffneten sie nach Pantucek (vgl. 2012:17) der medizinischen und psychiatrischen Diagnostik Tür und Tor, die sie auch nicht durch eigene Leistungen ergänzen oder relativieren konnten. Demzufolge wird den Praktikern der Sozialen Arbeit nicht selten nachgesagt, sie würden nur die Position des Hilfebedürftigen verdoppeln, um Verständnis für letzteren zu werben und sie würden scheinbar keine eigene Position vertreten. Oder sie können nicht

nachvollziehbar begründen, wie sie zu ihren Einschätzungen, Empfehlungen und Entscheidungen kommen (vgl. Pantucek, 2012:18). Ihre Gutachten scheinen bestenfalls auf einem unkontrollierten Common Sense zu beruhen (vgl. ebd.).

Diesen Behauptungen ist selbstverständlich nicht vollständig Folge zu leisten. Allerdings weisen sie u.a. darauf hin, dass es den Praktikern der Sozialen Arbeit häufig nicht gelingt ihre Kompetenz und den Stellenwert ihrer Arbeit zufriedenstellend darzustellen. Daher ist es Ihnen erfahrungsgemäß erschwert, in einem Hilfesystem das zunehmend von mehrprofessioneller Kooperation geprägt ist, berufspolitisch als auch in fallbezogenen Entscheidungsprozessen zu bestehen.

Die Autorin der vorliegenden Arbeit nahm während ihres Studiums der Gesundheitswissenschaften eine Beschäftigung bei einem freien Träger der ambulanten Behindertenhilfe auf. Die Einstellung einer angehenden Gesundheitswissenschaftlerin war mit der Zielsetzung verbunden, ein bereits interdisziplinäres Team um eine Profession zu erweitern. Die Aspekte der Gesundheit und der damit einhergehenden Teilhabefähigkeit eines von Behinderung betroffenen Menschen, sollten innerhalb der Hilfeplanung und Betreuung mehr Beachtung finden.

Die Beschäftigung der Autorin befindet sich im Bereich der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen gemäß Neuntem Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX). Die Leistungen der Eingliederungshilfe erhalten diejenigen, die eine wesentliche körperliche-, geistige- oder seelische Behinderung aufweisen und in ihrer Fähigkeit am Leben in der Gemeinschaft teilzuhaben eingeschränkt sind. Die Grundlage der Leistungsgewährung und Kostenübernahme einer Eingliederungshilfeleistung ist die Zuordnung eines Hilfebedürftigen bzw. behinderten Menschen zu einem leistungsberechtigten Personenkreis sowie die Feststellung seiner Teilhabefähigkeit. Die Feststellung der Teilhabefähigkeit obliegt i.d.R. den Leistungserbringern der Eingliederungshilfen und fällt damit in den Tätigkeitsbereich der Autorin.

Seit der Einführung des Neunten Buches Sozialgesetzbuches zur Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen (SGB IX) im Jahre 2001 orientiert sich das Hilfesystem für behinderte Menschen an den Konzepten der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation. Die Verfahren zur Feststellung der Teilhabefähigkeit der Leistungsträger wurden infolge der Einführung ebenfalls an der ICF und ihrem Verständnis von Behinderung angepasst. Die Leistungserbringer haben es hingegen vielfach versäumt, die Feststellung der Teilhabefähigkeit und die Beschreibung des Hilfebedarfes eines Betroffenen an die ICF zu modifizieren. In Folge dessen, werden die Teilhabefähigkeit und der Hilfebedarf eines Betroffenen auf eine differenzierte, nicht standardisierte Weise erhoben und klassifiziert. Daher weichen die ermittelten Teilhabefähigkeiten häufig voneinander ab, so dass in dessen Folge, auch die klassifizierten Hilfebedarfe der am Hilfeprozess Beteiligten differieren können. Dies kann für den Leistungsberechtigten zur Folge haben, dass ihm Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe verwehrt werden.

Die ICF bietet für alle Akteure des Hilfesystems eine einheitliche und standardisierte "Sprache", um die Beeinträchtigungen der Aktivitäten und der Teilhabe eines von Behinderung Betroffenen zu klassifizieren und zu beschreiben. Die Akteure des Hilfesystems für behinderte Menschen, deren Feststellung der Teilhabefähigkeit und die Beschreibung des Hilfebedarfes nicht an der erwähnten Klassifikation orientieren sind, isolieren sich von den anderen Akteuren des Hilfesystems, so dass eine interdisziplinäre Kommunikation erschwert ist.

Es ist festzustellen, dass es insbesondere von den Leistungserbringern ambulanter Eingliederungshilfen für Menschen mit Behinderung versäumt wurde, sich den eingeführten Standards des Hilfesystems anzuschließen. Die vorliegende Arbeit soll daher insbesondere die Leistungserbringer ambulanter Eingliederungshilfen unterstützen, den Anschluss an das Hilfesystem wieder zu finden. Auf der Grundlage einer standardisierten und dokumentierten Feststellung der Teilhabefähigkeit ist es für den Leistungserbringer erleichtert, seine fallbezogenen Einschätzungen, Empfehlungen und Entscheidungen begründen zu können. Die Diagnostik eines sozialen Problems sollte wieder mehr in den Fokus der Sozialen Arbeit rücken.

Es bedarf eines Verfahrens der Feststellung der Teilhabefähigkeit, die sich an die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit orientiert sowie an allen weiteren sozialrechtlichen Anforderungen des Hilfesystems. Darüber hinaus sollte das Verfahren arbeitsökonomisch und in die bisherigen Arbeitsabläufe des Leistungserbringers leicht zu überführen sein.

Die vorliegende Arbeit besteht aus fünf Teilen. Der erste Teil gibt einen Überblick über die aktuellen sozialrechtlichen Bestimmungen ambulanter Eingliederungshilfen für Menschen mit Behinderung. Dabei wird Bezug auf die bundesweit rechtlichen Grundlagen genommen und weiterhin auf einige sozialrechtliche Grundlagen, die für das Bundesland Hamburg gelten. Weiterhin werden dem Leser zwei für das Bundesland Hamburg spezifische Eingliederungshilfen vorgestellt: die "Pädagogische Betreuung im eigenen Wohnraum", die sich im Wesentlichen an Menschen mit einer geistigen Behinderung richtet sowie die "Personenzentrierten Hilfen für psychisch kranke Menschen".

Der Personenkreis der Leistungsberechtigten sowie die Leistungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen haben sich in den vergangenen Jahren einem starken Wandel unterzogen. Die Mehrheit der Leistungserbringer ambulanter Eingliederungshilfen wird von Sozialpädagogen, Heilpädagogen und Erziehern gebildet. Die Tendenz geht allerdings zu der Aufstellung interdisziplinärer Teams, so dass neben den klassischen Praktikern der Sozialen Arbeit Theologen, Soziologen, Psychologen und Gesundheitswissenschaftler ein modernes Team komplementieren. Daher führt der zweite Teil in den Themenkomplex der Behinderung ein und stellt u.a. die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit vor.

Der dritte Teil soll dem Leser einen Einblick in die Themenbereiche der psychischen und Verhaltensstörungen geben. Die Zahl der Leistungsempfänger der Eingliederungshilfe für psychisch kranke Menschen ist in den letzten Jahren besonders stark angestiegen. Damit

einhergehend hat sich der Tätigkeitsbereich vieler Leistungserbringer drastisch verändert. Eines der primären Ziele sozialpsychiatrischer Interventionen in der Eingliederungshilfe für Menschen mit psychischen Erkrankungen ist die Einleitung und Begleitung des therapeutischen Prozesses. Daher liegt der Fokus des dritten Teiles auf der psychiatrischen Diagnostik.

Menschen, die geistig behindert sind, haben ein drei- bis vierfach erhöhtes Risiko im Laufe ihres Lebens an einer psychischen Störung zu erkranken. Es obliegt i.d.R. dem Leistungserbringer ambulanter Eingliederungshilfen den Betroffenen einer dualen Diagnose (geistige Behinderung und psychische Störung) zu einem leistungsberechtigten Personenkreis zuzuordnen. Der vierte Teil der vorliegenden Arbeit gibt hierfür Hilfestellungen und thematisiert die duale Diagnose der geistigen Behinderung und psychischen Erkrankung.

Die vorliegende Arbeit schließt mit dem fünften Teil, der sich der Feststellung der Teilhabefähigkeit und des Hilfebedarfes widmet. Dabei wird das Verfahren zur Feststellung der Teilhabefähigkeit vorgestellt, das im Bundesland Hamburg von den Leistungsträgern der Eingliederungshilfen angewandt wird. Nach der Vorstellung des Verfahrens zur Feststellung der Teilhabefähigkeit des Leistungsträgers werden einzelne Aspekte der vorliegenden Arbeit sowie des Verfahrens in die Praxis des Leistungserbringers ambulanter Eingliederungshilfen überführt. Damit dient die vorliegende Arbeit den Leistungserbringern ambulanter Eingliederungshilfe mit Hilfestellungen für eine einheitliche Entscheidungspraxis, um zu einer fachlich fundierten Feststellung der Teilhabefähigkeit im Sinne der sozialrechtlichen Bestimmungen und der ICF zu gelangen.

1 Eingliederungshilfe

Die Rehabilitation ist in medizinischer, beruflicher und sozialer Hinsicht ein wesentlicher Bestandteil des Sozialversicherungssystems und der Gesundheitsversorgung in Deutschland. Zudem ist sie neben der Kuration, Prävention und Pflege auch eine tragende Säule in der Versorgung behinderter Menschen.

Das Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen, die UN-Behindertenrechtskonvention (BRK) aus dem Jahr 2006, ist seit 2008 für Deutschland verbindlich (vgl. Bundesgesetzblatt, 2008:1419). Die BRK ist seither geltendes Recht und eine wichtige Leitlinie für die Behindertenpolitik in Deutschland (vgl. ebd.). In ihrem Sinne sollen Menschen mit Behinderung möglichst selbstbestimmt an allen Bereichen der Gemeinschaft teilhaben.

Das Sozialgesetzbuch zur Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen (SGB IX) beinhaltet die gesetzlichen Grundlagen für die Rehabilitations- und Teilhabeleistungen behinderter Menschen in Deutschland. Ziel des SGB IX ist es, die Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft für behinderte und von Behinderung bedrohter Menschen zu fördern. Die Leistungen zur Teilhabe sollen daher eine drohende Behinderung verhüten, eine vorhandene Behinderung sowie deren Folgen beseitigen oder mildern und den behinderten Menschen in die

Gesellschaft eingliedern. Daher werden die Leistungen zur Teilhabe am Leben der in Gemeinschaft auch als Eingliederungshilfe bezeichnet.

Seit Anfang 2005 erfolgen die Eingliederungshilfen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft als besondere Leistungen der Sozialhilfe auf der Grundlage des Zwölften Buch Sozialgesetzbuches (SGB XII). Die Ausgestaltung und spezifische Bezeichnung der Eingliederungshilfen obliegt den einzelnen Bundesländern, die hierfür entsprechende Landesrahmenverträge, Globalrichtlinien und Fachanweisungen vorsehen.

Die Leistungen der Eingliederungshilfe werden vorwiegend als Sachleistungen erbracht (vgl. Hellmann et al., 2012:18) und aus Steuermitteln getragen (vgl. Seidel, 2011:8). Im Jahr 2010 wurden bundesweit insgesamt 28,9 Mrd. Euro für die Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe ausgegeben (vgl. BAR, 2011). Die Ausgaben für die Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft (gemäß § 55 SGB IX) beliefen sich im gleichen Jahr über rund 8,4 Mrd. Euro (vgl. ebd.). Die Ausgaben der Eingliederungshilfe sind in den vergangenen Jahren kontinuierlich gestiegen. Auch für die kommenden Jahre ist ein weiterer Anstieg der Ausgaben zu erwarten (vgl. BAR, 2011).

Das im Jahr 2001 in Kraft getretene SGB IX läutete einen Paradigmenwechsel in der deutschen Behindertenpolitik ein (vgl. BMAS, 2011:10). In Anlehnung an die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit wurde bei der Einführung des Neunten Sozialgesetzbuches der Begriff der "Sozialen Rehabilitation" durch den der "Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft" (kurz: Teilhabe) ersetzt. Seither hat sich das Hilfesystem für Menschen mit Behinderung in Deutschland grundlegend verändert, da es nicht mehr nur dem Konzept der (staatlichen) Fürsorge folgt, sondern ebenfalls denen der Selbstbestimmung, Selbsthilfe und Teilhabe (vgl. ebd.). Des Weiteren sollen die Lebensbedingungen von Menschen mit Behinderung sich denen von Menschen ohne Behinderung annähern (Normalisierungsprinzip) (vgl. ebd.).

Die Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung umfasst die Rehabilitationsmaßnahmen, die einem behinderten Menschen die Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft ermöglichen, diese sichern und ihn so weit wie möglich unabhängig von der Pflege machen (vgl. § 55 Abs. 1 SGB IX). Unter "Teilhabe" wird das Einbezogensein eines Menschen in eine Lebenssituation oder in einen Lebensbereich verstanden (vgl. DIMDI, 2005:16). Als Beeinträchtigungen der Teilhabe werden die Probleme bezeichnet, die ein Mensch beim Einbezogensein in eine Lebenssituation oder in einen Lebensbereich aufgrund seiner Behinderung(en) hat (vgl. Klemperer, 2011:133).

Um die Komplexität der Anforderungen an ein Hilfesystem für Menschen mit Behinderung erfassen zu können, muss sich vergegenwärtigt werden, dass diese Personengruppe häufig durch komplexe Behinderungsbilder, körperliche und kognitive Einschränkungen sowie durch eine besondere Häufung akuter und chronischer Erkrankungen gekennzeichnet ist (vgl. Seidel, 2011:8). Aufgrund dessen, benötigen Menschen mit Behinderung im Verlauf ihres Lebens häufig Hilfen

unterschiedlicher kurativer- und rehabilitativ-medizinischer, heilpädagogischer, beruflicher, sozialer und psychosozialer Art.

1.1 Leistungen der Eingliederungshilfe

Menschen, die aufgrund einer Behinderung im Sinne des § 2 Abs.1 Satz 1 SGB IX wesentlich in ihrer Fähigkeit an der Gemeinschaft teilzuhaben eingeschränkt sind, erhalten nach § 53 ff. SGB XII Leistungen der Eingliederungshilfe. Die Eingliederungshilfen werden dem § 5 SGB IX entsprechend ihrer Art folgenderweise unterschieden:

1. nach den Leistungen zur medizinischen Rehabilitation,
2. den Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben,
3. den unterhaltssichernden und anderen ergänzenden Leistungen sowie den
4. Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft.

Als Hilfen zur medizinischen Rehabilitation gelten u.a. die Leistungen der Früherkennung und Frühförderung, die vornehmlich durch interdisziplinäre Frühförderstellen und in sozialpädiatrischen Zentren ausgeführt werden (vgl. Seidel, 2011: 8). Als Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben sei die Kostenübernahme der Betreuung in einer Tagesförderstätte oder in einem Förder- und Betreuungsbereich einer Werkstatt für behinderte Menschen gemäß § 54 SGB IX genannt. Die Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft sehen u.a. Hilfen zum selbstbestimmten Leben in betreuten Wohnmöglichkeiten oder Hilfen zur Anschaffung und Ausstattung einer behindertengerechten Wohnung vor (vgl. ebd.). Heilpädagogische und medizinisch-therapeutische Leistungen für behinderte und von Behinderung bedrohter Kinder, die noch nicht eingeschult sind, werden ebenfalls als Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft erbracht (§ 26 Abs. 2 Nr. 2, § 30 SGB IX).

Neben der Leistungsart differenziert die Eingliederungshilfe für behinderte Menschen ebenfalls die unterschiedlichen Leistungsträger. Als Leistungsträger der Hilfemaßnahmen benennt der sechste Paragraph des SGB IX u.a. die gesetzlichen Krankenkassen, die Bundesagentur für Arbeit und das Grundsicherungsamt. Je nach Einzelfall fallen die Hilfeleistungen zeitgleich oder bereichsgleich in die Zuständigkeit unterschiedlicher Träger.

Weiterhin differenziert das Hilfesystem für behinderte Menschen, ob Hilfeleistungen ambulant, teilstationär oder stationär erbracht werden. Die Wahl einer entsprechenden Leistung ist nicht zwingend auf den Hilfebedarf eines Menschen begründet. In der Eingliederungshilfe gilt das Prinzip "ambulant vor stationär", so dass ein behinderter Mensch im Zuge der Ausübung seines Wunsch- und Wahlrechtes bspw. eine ambulante Wohnform derer einer stationären bevorzugen kann. Bei den Entscheidungen über die Art und Ausführung der Leistungen zur Teilhabe ist immer das Wunsch- und Wahlrecht des Leistungsberechtigten (§ 9 SGB IX) und sein Selbstbestimmungsrecht (§ 1 SGB IX) zu achten.

1.2 Leistungsberechtigte

Menschen, die körper-, geistig-, seelisch- oder sinnesbehindert sind, haben unabhängig der Ursache ihrer Behinderung ein Recht auf Leistungen der Eingliederungshilfe (§ 10 SGB I). Gemäß § 2 Abs. 1 Satz 1 SGB IX gilt ein Mensch als behindert:

“Wenn seine körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht, und daher seine Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft beeinträchtigt ist.“

Menschen gelten hinsichtlich einer Behinderung bedroht, wenn die im Vorwege genannten Beeinträchtigungen mit einer hohen Wahrscheinlichkeit zu erwarten sind.

Im sozialrechtlichen Kontext werden diejenigen als geistig behindert verstanden, die:

“In Folge einer Schwäche ihrer geistigen Kräfte im erheblichen Umfang in ihrer Fähigkeit zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft eingeschränkt sind.“ (§ 2 Eingliederungshilfeverordnung, 2003)

Nach der Eingliederungshilfeverordnung (2003) gilt als seelisch behindert:

“Wer von körperlich nicht begründbaren Psychosen oder seelischen Störungen als Folge von Erkrankungen oder Verletzungen des Gehirns, Suchterkrankungen („...“) oder Neurosen und Persönlichkeitsstörungen betroffen ist“. (§ 3 Eingliederungshilfeverordnung, 2003)

Der Absatz 1 des § 53 SGB XII beinhaltet zudem die Bedingung einer Erfüllbarkeit bei der Gewährung der Eingliederungshilfe. Allerdings ist die Bedingung einer Erfüllbarkeit nicht zeitlich eingegrenzt:

“Personen, die durch eine Behinderung (...) wesentlich in ihrer Fähigkeit (...) zur Teilhabe einschränkt sind, erhalten Leistungen der Eingliederungshilfe, wenn und solange nach der Besonderheit des Einzelfalles, insbesondere nach Art und Schwere der Behinderung Aussicht besteht, dass die Aufgabe der Eingliederungshilfe erfüllt werden kann.“

Der § 53 des SGB XII regelt die Erfüllung der Eingliederung und damit einhergehend die Eingliederungshilfemaßnahmen.

1.2.1 Grad der Behinderung

Die Auswirkungen auf die Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft werden als Grad der Behinderung (GdB), nach Zehnergraden von 20 bis 100 abgestuft, festgestellt. Mit einem Grad der Behinderung bis 50 gilt ein Mensch als leicht behindert, mit einem GdB ab 50 als schwerbehindert (§ 2 Abs. 3 SGB IX). Die Eingliederungshilfemaßnahmen zur Teilhabe am Leben in der

Gemeinschaft werden in der Regel den Menschen mit Behinderung gewährt, die mindestens über einen GdB von 50 verfügen (vgl. BMAS, 2011:7). Daher hat der GdB einen hohen sozialrechtlichen Stellenwert.

1.3 Ambulante personenzentrierte Hilfen

Im Wesentlichen umfasst die Eingliederungshilfe für behinderte Menschen im Erwachsenenalter vor allem unterhaltssichernde und unterhaltsergänzende Leistungen, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, das ambulante und stationäre Wohnen und die soziale Integration in das gesellschaftliche Leben (vgl. BVKM, 2005:4). Der Fokus der folgenden Betrachtungen liegt bei den für das Bundesland Hamburg spezifischen "ambulanten Hilfen in besonderen Lebenslagen", insbesondere der Maßnahmen der "Pädagogischen Betreuung im eigenen Wohnraum" (PBW) und den "Personenzentrierten Hilfen für psychisch kranke Menschen (PPM), die im § 54 SGB XII geregelt sind. Angemerkt sei, dass die Eingliederungshilfen PBW und PPM zur Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft bundesweit ausgeführt werden, lediglich die Bezeichnung und spezifische Ausgestaltung der Maßnahmen ist Ländersache.

1.3.1 Pädagogische Betreuung im eigenen Wohnraum (PBW)

Die Pädagogische Betreuung im eigenen Wohnraum richtet sich an volljährig geistig oder mehrfach behinderte Menschen (vgl. Fachanweisung PBW Hamburg, 2011). Die PBW umfasst die ambulanten pädagogischen Dienstleistungen, die den Leistungsempfänger weitestgehend unterstützen, selbstständig und unabhängig im eigenen Wohnraum leben zu können. Primäres Ziel der PBW ist nicht eine dauernde Übernahme der Tätigkeiten für den Menschen mit Behinderung, sondern die Anleitung zur Selbsthilfe (vgl. ebd.). Mit der PBW sollen praktische Kenntnisse und Fähigkeiten vermittelt werden, so dass der Leistungsberechtigte weitestgehend selbstständig wohnen und die Notwendigkeit eines stationären Wohnens vermieden werden kann (vgl. ebd.). Zudem sollen pädagogisch orientierte Maßnahmen die Entwicklung der Selbstständigkeit des Leistungsberechtigten fördern und die Mobilität und Orientierung des behinderten Menschen am Wohnort stärken. Darüber hinaus soll die PBW die Gestaltung des Sozialen- und Arbeitsumfeldes fördern und das Wohnumfeld und die Freizeit gestalten (vgl. ebd.).

Die PBW wird lediglich für behinderte Menschen mit Lernpotenzial und über einen Zeitraum von zwei Jahren gewährt (vgl. Fachanweisung PBW Hamburg, 2011). Im Anschluss an die PBW kann ein Antrag auf Wohnassistenz durch den Leistungsberechtigten gestellt werden. Letztere beinhaltet als ebenfalls ambulante Leistung zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft, organisatorische, koordinierende und lebenspraktische Unterstützung (vgl. ebd.).

1.3.2 Personenzentrierte Hilfen für psychisch kranke Menschen (PPM)

Die PPM ist ebenfalls eine ambulante Leistung zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft. Sie richtet sich im Wesentlichen an Menschen mit einer psychischen Erkrankung bzw. einer seelischen Behinderung ab dem 21. Lebensjahr, die in eigenem Wohnraum leben und eine vollstationäre oder

teilstationäre psychiatrische Maßnahme zur Zeit nicht mehr bedürfen (vgl. Globalrichtlinie PPM Hamburg, 2008). Kann die Inanspruchnahme einer stationären oder teilstationären psychiatrischen Maßnahme durch ambulante Hilfe abgewendet werden, besteht für Menschen mit einer wesentlichen seelischen Behinderung nach § 53 SGB XII ebenfalls ein Anspruch auf PPM (vgl. ebd.). Ausschlusskriterien für die Leistungsgewährung sind ein akuter Drogen- oder Alkoholmissbrauch, hirnorganische Störungen oder schwere Anfallsleiden (Epilepsie) (vgl. BASFI Hamburg, 2009:44). Für eine Aufnahme und Klärung der Kostenübernahme ist bei der Erstbeantragung eine fachärztliche Stellungnahme mit einzureichen, aus der ersichtlich ist, dass der Antragsteller dem Personenkreis der "wesentlich psychisch Erkrankten bzw. seelisch Behinderten" nach § 53 SGB XII zugehörig ist (vgl. ebd.).

Die PPM soll den psychisch erkrankten Menschen dahingehend unterstützen, im eigenen Wohnraum leben zu können (vgl. Globalrichtlinie PPM Hamburg, 2008). Die Vermeidung oder Verkürzung der Inanspruchnahme einer vollstationären klinischen oder außerklinischen Maßnahme ist eines der markantesten Ziele der PPM (Ambulantisierung) (vgl. ebd.). Des Weiteren soll die PPM den psychisch erkrankten bzw. seelisch behinderten Menschen stabilisieren, fördern und ihn befähigen, Sicherheit im Umgang mit seiner Erkrankung zu erhalten. Auch soll sie die Entwicklung der Selbstständigkeit und Eigenverantwortung fördern und vorhandene Fähigkeiten sollen erhalten und oder erweitert werden (vgl. ebd.). Darüber hinaus, gleich der PBW, sollen die Leistungen der PPM die Gestaltung des Sozialen- und Arbeitsumfeldes fördern und die Gestaltung des Wohnumfeldes und der Freizeit unterstützen (vgl. ebd.).

1.3.3 Gesamtplan, -konferenz und -verfahren

Mit der Beantragung einer Eingliederungshilfe für behinderte Menschen wird ein Gesamtplanverfahren eingeleitet. Ziel des Gesamtplanverfahrens ist die Ermittlung des individuellen (Hilfe-) Bedarfes des von Behinderung betroffenen Menschen sowie die Erstellung eines Gesamtplanes gemäß § 58 SGB XII.

Vor jeder Erst- oder Folgebewilligung wird durch den Leistungsträger geprüft, ob mit der (beantragten) Eingliederungshilfeleistung eine drohende Behinderung verhütet oder einer bestehenden Behinderung entgegengewirkt werden kann (vgl. Fachanweisung EG Hamburg, 2010). Im Zuge dieser Prüfung wird ebenfalls fallbezogen festgestellt, ob die beantragte Eingliederungshilfe generell umsetzbar und insbesondere bedarfsgerecht und lebensraumbezogen ist (vgl. ebd.).

Die Beantragung einer Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung ist einhergehend mit dem Bekanntwerden eines generellen Bedarfes des Antragstellers. Vor einer spezifischen Hilfebedarfsermittlung ist der Leistungsträger dazu angehalten eine wesentliche Behinderung im Sinne des § 2 Abs. 1 Satz 1 SGB IX festzustellen. Die Feststellung einer wesentlichen Behinderung erfolgt anhand einer medizinischen Diagnosestellung (im Sinne der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme: ICD) sowie aufgrund der Feststellung der Teilhabefähigkeit (im Sinne der Internationalen Klassifikation der

Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit: ICF) des Leistungsberechtigten. Im Regelfall dienen fachärztliche Berichte der medizinischen Feststellung einer Behinderung. Liegt dem Leistungsträger keine zeitnahe fachärztliche Diagnosestellung vor, wird von Amtswegen der Ärztliche bzw. Sozialpsychiatrische Dienst des bezirklichen Gesundheitsamtes hinzugezogen. Die Feststellung der Teilhabefähigkeit erfolgt i.d.R. durch den Leistungserbringer ambulanter Eingliederungshilfe im Rahmen einer Sozialberichterstattung und in Form eines Sozialberichtes.

Die Beantragung einer Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung richtet sich direkt an den Leistungsträger, dem bezirklichen Grundsicherungs- und Sozialamt. Die weitere Durchführung des Gesamtplanverfahrens obliegt den Fachämtern für Eingliederungshilfe. Diese prüfen ebenfalls zunächst den grundsätzlichen Bedarf eines Antragstellers. Hierfür dienen die mit der Beantragung eingereichten Berichte. Besteht ein grundsätzlicher Bedarf, wird der Ist-Zustand des Leistungsberechtigten ermittelt (vgl. KVJS, 2011:18). Dafür ist die gegenwärtige Lebens- und Versorgungssituation des Leistungsberechtigten zu erheben (vgl. ebd.). Hierzu sichtet das Eingliederungsfachamt neben den vorher erwähnten Berichten ggf. weitere Stellungnahmen (Arbeitgeber, Pflegedienste, Familie etc.). Die Ergebnisse der Ermittlung fließen in den Gesamtplan ein (vgl. ebd.).

Im weiteren Verlauf des Gesamtplanverfahrens ist eine persönliche und direkte Beteiligung des behinderten Menschen vorgesehen (vgl. Fachanweisung EG Hamburg, 2010). Hierfür lädt das zuständige Fachamt für Eingliederungshilfe den Leistungsberechtigten zu einer Gesamtpfankonferenz ein (vgl. ebd.). Weitere im Einzelfall beteiligte Personen, wie Betreuer (Leistungserbringer) oder behandelnde Ärzte können ebenfalls der Gesamtpfankonferenz hinzugezogen werden (vgl. Globalrichtlinie PPM Hamburg, 2008).

Im Rahmen der Gesamtpfankonferenz soll der individuelle Hilfebedarf inhaltlich und zeitlich an den Fähigkeiten des behinderten Menschen festgelegt werden (vgl. KVJS, 2011:17). Hierfür wird bundesweit hauptsächlich ein Verfahren zur Hilfebedarfsermittlung angewendet: "Hilfebedarf von Menschen mit Behinderung im Bereich Wohnen" (HMB-W-Verfahren), auf das im fünften Teil der vorliegenden Arbeit eingegangen wird. Das HMB-W-Verfahren stellt den Hilfebedarf des Leistungsberechtigten an Hand eines Erhebungsbogens fest. Er ist an der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) orientiert und fokussiert auf die Bereiche "Aktivitäten" und "Teilhabe" (vgl. Deutscher Verein, 2009:22). Dementsprechend werden die Fähigkeiten der Aktivität und der Teilhabe des Leistungsberechtigten erhoben (vgl. ebd.).

Das Ausfüllen der Erhebungsfragebögen erfolgt von der Person, die die Hilfebedarfsermittlung durchführt, der zuständigen Fallmanagerin eines Eingliederungsfachamtes (Leistungsträger). Die Antworten werden gemeinsam mit dem behinderten Menschen im Rahmen der Gesamtpfankonferenz erarbeitet. Sie dienen als Grundlage für die zu vereinbarenden Ziele, dessen Erreichen die Teilhabefähigkeit des Leistungsberechtigten fördern und sichern soll.

Die vereinbarten Ziele und die ermittelte Teilhabefähigkeit fließen ebenfalls in den Gesamtplan ein. Ableitend von den Zielen und der Teilhabefähigkeit des behinderten Menschen wird im Umkehrschluss sein Hilfebedarf festgelegt (vgl. KVJS, 2011:20). Das Gesamtplanverfahren ist daher auch ein Instrument der Ermessensentscheidung und eine Dokumentation der Entscheidungsgründe und Zielsetzungen (Fachanweisung EG Hamburg, 2010).

Auf der Grundlage des Gesamtplanes spricht das zuständige Fachamt für Eingliederungshilfe eine Befürwortung von Teilhabezielen, Leistungsart und Betreuungsumfang aus. Eine Bewilligung der Eingliederungshilfe erfolgt über den Leistungsträger, dem bezirklichen Grundsicherungs- und Sozialamt. Die Kosten der PBW und der PPM werden grundsätzlich durch den Leistungsträger übernommen, wenn das eigene Einkommen oder Vermögen des Leistungsberechtigten nicht ausreicht (vgl. BASFI Hamburg, 2009:26).

Neben den Leistungen der Eingliederungshilfe umfasst der Gesamtplan alle weiteren Leistungen des Sozialhilfeträgers und anderer Leistungsträger (vgl. Deutscher Verein, 2009:4). Er ermöglicht folglich einen Überblick über die Gesamtheit der Leistungsansprüche des von Behinderung betroffenen Menschen. In Anbetracht dessen, stellt der Gesamtplan eine wichtige Voraussetzung für die Ausrichtung der Leistungen zur Teilhabe dar. Des Weiteren dient er dem Leistungsträger sowie dem Leistungserbringer als Instrument zur Planung, Steuerung und Dokumentation von Hilfe- und Teilhabeprozessen (vgl. ebd.).

Auf die Erstellung eines Gesamtplanes besteht ein Rechtsanspruch, der allerdings nicht den Anspruch auf bestimmte Leistungen umfasst (Fachanweisung EG Hamburg, 2010). Im Falle einer langjährigen Leistungsanspruchnahme einer Eingliederungshilfe wird nicht selten auf die kostenintensive Gesamtplanung verzichtet. Aufgrund der vorher genannten Vorteile ist eine regelmäßige Gesamtplanung hinsichtlich einer umfassenden Bedarfsermittlung jedoch angezeigt, insbesondere wenn sich die Lebenssituation des Leistungsberechtigten verändert.

1.3.4 Leistungserbringer der PBW und PPM

Zur Erbringung der Leistungen der Eingliederungshilfe sind ausschließlich die Anbieter berechtigt, mit denen eine Leistungsvereinbarung nach § 75 Abs. 3 SGB XII geschlossen wurde. In den Vereinbarungen sind die wesentlichen Leistungsmerkmale der PBW und der PPM, der betreuende Personenkreis, Art, Ziel und Qualität der Leistung sowie die Qualität des Personals und die erforderliche sachliche und personelle Ausstattung der Einrichtung festgelegt. Die Leistungen der PBW und der PPM werden in Form von Beratung (Information), Assistenz, Hilfestellung, stellvertretender Ausführung, Begleitung, intensiver Förderung / Anleitung oder umfassenden Hilfestellungen erbracht. Der Leistungskatalog gliedert sich in *direkte* und *indirekte personenbezogene* sowie indirekte *nicht* personenbezogene Leistungen.

Die Art und der Umfang der Leistungen orientieren sich an dem im Gesamtplan vereinbarten Zielen zur Teilhabe. Der bewilligte Umfang wird in Betreuungseinheiten angegeben, wobei eine Betreuungseinheit mit einer Zeitstunde gleichzusetzen ist. In der Regel werden für die PBW und PPM vier bis sieben Betreuungseinheiten pro Woche befürwortet und bewilligt. In Ausnahmefällen,

in denen der Umfang der ambulanten Betreuungsdichte der einer vollstationären gleicht, werden für die PBW bis zu fünfzehn und für die PPM bis zu elf Betreuungseinheiten gewährt (vgl. Fachanweisung PBW Hamburg, 2011; Globalrichtlinie PPM Hamburg, 2008). Die Erhöhung der Betreuungsdichte von sieben auf fünfzehn bzw. elf Betreuungseinheiten wird allerdings nicht auf der Grundlage eines generell erhöhten Hilfebedarfes gewährt, sondern nur, wenn sich der Hilfebedarf des Leistungsberechtigten aufgrund besonderer Lebensumstände kurzzeitig erhöht.

Als *direkte personenbezogene* Leistungen werden die Leistungen bezeichnet, die mit dem Leistungsberechtigten in unmittelbarem Kontakt erbracht werden. Sie umfassen die Bereiche:

- Aktivitäten des täglichen Lebens,
- Umgang mit Behörden, Ämtern und Institutionen,
- Stabilisierung der physischen und psychischen Gesundheit,
- Alltagsbewältigung,
- Tages- und Kontaktgestaltung,
- Teilnahme am öffentlichen Leben,
- Mobilität,
- Bildung und Arbeit und
- Nachbetreuung zur Sicherung des Erfolges (vgl. Fachanweisung PBW Hamburg, 2011).

Die *indirekten personenbezogenen* Leistungen sind die Leistungen, die für den Leistungsempfänger erbracht werden, wie bspw. stellvertretende Regelungen mit Dritten, das Einholen von Informationen und Beratungen oder das Vorbereiten der direkt personenbezogenen Leistungen. Weiterhin werden folgende Leistungen denen der indirekt personenbezogenen zugeordnet:

- Dokumentation und Evaluation der Leistungen,
- Berichterstattung an den Leistungsträger,
- Erstellung und Anpassung des Hilfeplanes,
- Kontakt zu anderen, am Hilfeprozess beteiligten Stellen,
- Delegations- und Vermittlungsarbeit,
- Prozessbegleitung,
- Fallbesprechung und die
- Fallbezogene Beratung der Mitarbeiter (vgl. Fachanweisung PBW Hamburg, 2011).

Als *indirekte, nicht personenbezogene* Leistungen werden die Leistungen bezeichnet, die Voraussetzung für die direkten personenbezogenen sind, wie beispielsweise:

- Maßnahmen der Qualitätssicherung,
- Koordination oder Organisation,
- Fortbildungen oder Dienstbesprechungen,
- Supervision,
- Mitarbeit in Fachgremien,
- Dokumentation der Beratungs- und Planungsergebnisse und
- Wegezeiten (vgl. Fachanweisung PBW Hamburg, 2011).

Eine Betreuungseinheit setzt sich zu 80% aus den direkten personenbezogenen und zu 20 % aus den indirekten personenbezogenen sowie indirekt nicht personenbezogenen Leistungen zusammen (vgl. Fachanweisung PBW Hamburg, 2011).

2 Geistige Behinderung

Der Begriff "Behinderung" unterliegt, ähnlich dem Begriff der Gesundheit, vielfältigen Definitionsvarianten mit inhaltlich unterschiedlichen Schwerpunkten. Gesundheit und Krankheit werden im Alltagsgebrauch oft über die Funktionsfähigkeit, bspw. die Fähigkeit einer gewissen Arbeit nachzugehen oder eine bestimmte Rolle erfüllen zu können, definiert (vgl. Schmidt, 2008:2). Eine Behinderung wird ebenfalls häufig als Normabweichung verstanden, die mit Einschränkungen oder Nichterfüllung definierter Rollen assoziiert wird (vgl. ebd.).

Gesundheit ist im Sinne des Konzeptes der Salutogenese nach Antonowsky nicht als statischer Zustand definiert, sondern als Kontinuum zwischen Krankheit und Gesundheit (vgl. Schmidt, 2008:2). Mit Gesundheits-Krankheits-Kontinuum ist gemeint, dass sich der Gesundheitszustand eines Menschen zwischen den Polen gesund und krank bewegt. Dementsprechend ist kein Mensch ausschließlich krank oder vollkommen gesund, ebenso wie kein Mensch ausschließlich behindert oder nicht behindert ist. Diese Sichtweise erleichtert die Wahrnehmung der gesunden Anteile eines Menschen, selbst bei schwerer Krankheit oder schwerer Behinderung.

2.1 Begrifflichkeit "geistig behindert"

Geistige Behinderungen sind angeborene oder erworbene Beeinträchtigungen der kognitiven Leistungsfähigkeit, die in ihrer Schwere von leichtem Ausmaß mit der Fähigkeit ein weitgehendes eigenständiges Leben führen zu können, bis zu schwersten Ausmaß, wie bspw. andauernde Pflegebedürftigkeit, reichen können (vgl. Remschmidt & Niebergall, 2008:2105). Bis Mitte des 20. Jahrhunderts waren die Bezeichnungen für eine geistige Behinderung durch negative Stigmata, wie beispielsweise "Schwachsinn", "Blödsinn", "Idiotie" oder "Oligophrenie" geprägt (vgl. Lingg & Theunissen, 2000:12; 2008:14). Als weitere Parallelbezeichnungen für den Begriff der geistigen

Behinderung gelten auch "Imbezillität", "Debilität", "mentale Retardierung" und "Intelligenzminderung".

Um diskriminierende Ausdrücke wie "Schwachsinn" oder "Idiotie" zu ersetzen und einer Stigmatisierung entgegenzuwirken, führte die "Elternvereinigung Lebenshilfe" 1958 den Begriff "geistige Behinderung" in Anlehnung an die amerikanische Bezeichnung "mental retardation" ein (vgl. Lingg und Theunissen, 2008:13-14). Zwar konnte sich der Behinderungsbegriff überwiegend im deutschsprachigen Raum etablieren, eine allgemein gültige und akzeptierte Begrifflichkeit stellt er allerdings nicht dar. Gegenwärtig wächst im deutschsprachigen Raum der Zuspruch für den Begriff der "intellektuellen Behinderung", der allerdings nicht minder stigmatisierend in seinem Charakter ist, als der Begriff der "geistigen Behinderung". Daher wird seit Einführung des Begriffes ein alternativer anvisiert, der einer Stigmatisierung entgegenwirkt.

Im Fokus der anhaltenden Diskussion um eine Begriffsfindung steht das Adjektiv "geistig", welches auf den ersten Blick dazu verleitet, geistige Behinderung lediglich als eine Intelligenzschädigung zu bezeichnen (vgl. Lingg & Theunissen, 2000:12-13). Dadurch kann die Komplexität der Beeinträchtigungen, welche zumeist mit einer geistigen Behinderung einhergehen, aus dem Fokus geraten (vgl. ebd.).

Weiterhin ist der Begriffsanteil "Behinderung" nicht minder defizitorientiert in seiner Bedeutung geprägt (vgl. Lingg & Theunissen, 2008:14). Zudem ist der Behinderungsbegriff ein Wertbegriff, der sich an dem misst, was als "normal" wahrgenommen und beschrieben wird (vgl. ebd.). Ob ein Mensch als "behindert" bezeichnet wird, hängt von allgemeinen gesellschaftlichen und individuellen Normvorstellungen ab (vgl. Lingg & Theunissen, 2008:14). Im Zuge dessen ist eine "geistige Behinderung" kein objektiver Tatbestand, sondern ein soziales Zuschreibungskriterium (vgl. ebd.). Daher wird vermehrt dazu angeregt, auf Etikettierungen wie "geistig behindert" gänzlich zu verzichten. Allerdings ist zu vermuten, dass ein Begriffsaustausch oder sogar –Verzicht kein Garant für eine gesellschaftliche Integration und bedingungslose Annahme behinderter Menschen ist (vgl. ebd.).

2.2 Definitionen, Sichtweisen und Klassifizierungen geistiger Behinderung

Eine Definition, die geistige Behinderung vollständig beschreibt, erklärt und allgemein akzeptiert ist, existiert bis heute nicht. Der Begriff der (geistigen) Behinderung ist schwer fassbar. Er unterliegt vielfältigen Definitionsmöglichkeiten aufgrund unterschiedlicher subjektiver Empfindungen oder Laienvorstellungen sowie wissenschaftlicher Modellen und Zielsetzungen.

2.2.1 Sichtweise geistiger Behinderung der Vereinten Nationen

Die im Jahr 2008 in Kraft getretene UN-Behindertenrechtskonvention (BRK) versteht die Teilhabe eines Menschen am Leben in der Gemeinschaft als ein generelles Menschenrecht und würdigt Behinderung als einen Teil der Vielfalt menschlichen Lebens (vgl. BMAS, 2009:2). In dem Übereinkommen der UN über die Rechte von Menschen mit Behinderungen wird eingangs betont, dass sich das Verständnis von Behinderung fortwährend weiterentwickelt und dass:

„Behinderung aus der Wechselwirkung zwischen Menschen mit Beeinträchtigungen und einstellungs- und umweltbedingten Barrieren entstehe, die sie an der vollen, wirksamen und gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft hindern.“ (Bundesgesetzblatt, 2008:1420)

Damit definiert die BRK den Personenkreis behinderter Menschen nicht abschließend und unterstreicht eines ihrer primären Ziele, nach dem alle Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen, unabhängig von ihren Ursachen und ihrer Anerkennung in der Gesellschaft, in den Schutzbereich der BRK einbezogen werden (vgl. Degener, 2011).

2.2.2 Sozialrechtliche Sichtweise

Über die Definition von Behinderung wird die Möglichkeit der Inanspruchnahme von Hilfen reguliert. Daher muss die Gruppe der nicht (geistig) behinderten Menschen klar von der Gruppe der (geistig) Behinderten getrennt und letztere müssen wiederum nach unterschiedlichem Bedarf klassifiziert werden (vgl. Maschke, 2008: 40). Durch eine Ausnahme-Regel-Konstruktion wird daher bestimmt, welche Lebensweisen als allgemein gültig und zumutbar erachtet und welche als Ausnahme gelten und mit Hilfemaßnahmen verbunden werden (vgl. ebd.). Diese Aspekte finden sich ebenfalls in der sozialrechtlichen Definition des § 2 SGB IX wieder.

2.2.3 Sichtweise und Klassifizierungen geistiger Behinderung der WHO

Die Internationale statistische Klassifizierung der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme der WHO, 10. Revision (ICD-10), klassifiziert medizinische Diagnosen. Das Gesundheitsproblem geistige Behinderung wird im Kapitel V (Psychische und Verhaltensstörungen) der ICD-10 kodiert, wobei der Begriff "Intelligenzstörung" für den Begriff der "geistigen Behinderung" gewählt wird. Der entsprechende Abschnitt wird mit den Kodierschlüsseln F70 bis F79 beschrieben.

Im Rahmen der ICD-10 definiert die WHO eine geistige Behinderung als:

„Einen Zustand von verzögerter oder unvollständiger Entwicklung der geistigen Fähigkeiten; besonders beeinträchtigt sind Fertigkeiten, die sich in der Entwicklungsperiode manifestieren und die zum Intelligenzniveau beitragen, wie Kognition, Sprache, motorische und soziale Fähigkeiten.“ (DIMDI, 2013)

2.2.3.1 IQ-theoretischer Ansatz

Nach dem IQ-theoretischen Ansatz definiert und klassifiziert die WHO geistige Behinderung:

“Als Abweichung der Intelligenzminderung von mehr als zwei Standardabweichungen von einer statistisch als normalverteilt vorausgesetzten Intelligenz in der Allgemeinbevölkerung“. (Schanze, 2011:15)

Dementsprechend klassifiziert die Internationale statistische Klassifizierung der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD) der WHO, geistige Behinderungen nach dem Schweregrad der Intelligenzminderung in leichte (F70; IQ 50–69), mittelgradige (F71; IQ 35–49), schwere (F72; IQ 20–34) und schwerste (F73; IQ < 20) ein (Gaese, 2011:131-132). Die Klassifikation der Intelligenzvarianten erfolgt dementsprechend aufgrund des Ausmaßes der intellektuellen Leistungsfähigkeit eines Menschen (Häßler & Eggers, 2012:787).

2.2.3.2 Einschränkungen des adaptiven Verhaltens als spezieller Aspekt geistiger Behinderung

Neben dem IQ wird in den aktuelleren Definitionen als gleichrangiges Merkmal die Beeinträchtigung der Fähigkeit des adaptiven Verhaltens genannt. Hiermit ist die eingeschränkte Fähigkeit gemeint, kognitive Leistungen auch in situativ angemessenes Verhalten umsetzen zu können, was für eine selbstständige Lebensbewältigung besonders bedeutsam ist (Schanze, 2011). Geistige Behinderung wird demnach nicht mehr nur IQ-bezogen aufbereitet, sondern es werden gleichfalls soziale Anpassungsleistungen berücksichtigt (Lingg & Theunissen, 2008:19).

Nach der vierten Fassung des “Diagnostischen und Statistischen Manuals psychischer Störungen“ (DSM IV) der American Psychiatric Association (APA), auf das zum späteren Zeitpunkt eingegangen wird, ist unter der Beachtung des Doppelkriteriums die Diagnose einer wesentlichen geistigen Behinderung gestellt, wenn:

1. die intellektuellen Fähigkeiten signifikant unter dem Mittelwert liegen,
2. die sozial-adaptiven Fertigkeiten signifikant beeinträchtigt sind und
3. Kriterium 1 und 2 jeweils vor dem 18. Lebensjahr auftreten (vgl. Gaese, 2011:131).

Die Beachtung dieses Doppelkriteriums lässt sich ebenfalls aus der ICD-10 entnehmen. Das erste Kriterium ist nach der ICD-10 erfüllt, wenn bei einem Menschen ein IQ-Wert unter 70 diagnostizierbar ist. Das zweite Kriterium wird erfüllt, wenn erhebliche Einschränkungen der Anpassungsfähigkeit in mindestens zwei der folgenden Bereiche vorliegen:

- Kommunikation,
- Eigenständige Versorgung,
- Häusliches Leben,
- Soziale/ zwischenmenschliche Fähigkeiten,

- Nutzung öffentlicher Einrichtungen,
- Selbstbestimmtheit und
- Funktionale Schulleistungen (vgl. BAGüS, 2009:14).

2.3 Modelle von Behinderung

Um ein umfassenderes Verständnis von Behinderung geben zu können, werden folgend zwei Modelle von Behinderung skizziert.

2.3.1 Medizinisches Modell von Behinderung

Das medizinische Modell von Behinderung versteht Behinderung als direkte (pathologische) Folge einer Erkrankung, Verletzung oder eines anderen Defektes. Daher wird es auch als individuelles Modell von Behinderung bezeichnet, das behinderungsbedingte Beeinträchtigungen als ein Merkmal des betroffenen Menschen versteht (vgl. Gazareth, 2009:5). Eine Beeinträchtigung ist hierbei gleichbedeutend mit einer Behinderung. Die Pathologischen Folgen gilt es daher bestmöglich zu beseitigen oder weitestgehend "unsichtbar zu machen" (vgl. Köbsell, 2008:12).

Das medizinische Modell basiert auf diversen medizinischen Arbeiten aus dem 19. Jahrhundert, in denen unterschiedliche Fehlbildungen und Erkrankungen des menschlichen Körpers und des Geistes beschrieben werden (vgl. Gazareth, 2009:5). Bei Definitionen die dem medizinischen Modell folgen, werden zumeist Klassifikationen eingesetzt, die körperliche Schädigungen nach ihrem Schweregrad differenzieren und sich an festgelegten Grenzwerten orientieren (bspw. IQ-theoretischer Ansatz) (vgl. Klemperer, 2011:98). Auch für die Behindertendefinition gemäß § 2 Abs. 1 SGB IX ist das medizinische Modell von Behinderung grundlegend.

2.3.2 Soziales Modell von Behinderung

Als Alternative zum medizinischen Modell von Behinderung und das mit ihm einhergehende defizit- bzw. defektorientierte Menschenbild, sei das soziale Modell der Behinderung genannt. Es stellt Behinderung in den Kontext sozialer Diskriminierung und thematisiert diese als ein soziales (gesellschaftliches) Problem (vgl. Waldschmidt, 2005:14). Der Kerngedanke des sozialen Modells ist, dass eine Behinderung kein Ergebnis medizinischer Pathologie, sondern einer sozialer Organisation ist. Eine Behinderung entstehe durch systematische soziale Ausgrenzung, die durch das gesellschaftliche System bedingt ist (vgl. ebd.). Sie (die Behinderung) verweist auf all das, was dem betroffenen Menschen als Beeinträchtigungen auferlegt wird, wie bspw. Vorurteile, Stigmata oder institutionelle Diskriminierung (vgl. Gazareth, 2009:6).

Das soziale Modell von Behinderung entstand in den 1970iger Jahren und war durch die Behindertenbewegung geprägt. Nach diesem Modell liegt es bei der Gesellschaft, dass Menschen mit gesundheitlichen Problemen nicht "behindert" werden (vgl. Gazareth, 2009:6). Im Sinne des sozialen Modells bedarf es sozialer Integration und wohlfahrtstaatlicher Unterstützung, um

Menschen mit Behinderung eine Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft ermöglichen zu können (vgl. Waldschmidt, 2005:15).

2.4 Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF)

Die ICD-10 der Weltgesundheitsorganisation klassifiziert Gesundheitsprobleme, wie Krankheiten, Gesundheitsstörungen, Verletzungen oder andere Phänomene wie Schwangerschaft, Stress oder genetische Anomalien (vgl. DIMDI, 2005:145). Hierfür stellt die ICD-10 einen Katalog von Gesundheitsproblemen und fördert ein weltweit einheitliches Verständnis von Krankheitsbildern. Sie erlaubt allerdings keine Aussagen über die tatsächlichen Auswirkungen eines Gesundheitsproblems auf das Leben des Betroffenen. Als Ergänzung zur ICD-10 hat die WHO daher eine weitere Klassifikation erstellt, die nicht Gesundheitsprobleme, sondern die Funktionsfähigkeit und Behinderung klassifiziert: die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF).

Die ICF erlaubt eine umfassende Beschreibung der Auswirkungen eines Gesundheitsproblems auf die Lebenssituation eines betroffenen Menschen (vgl. DIMDI, 2005:11). Hierfür stellen das Einbeziehen des Menschen in seine Umwelt, die Wechselwirkungen von Person und Umwelt, die Ressourcenorientierung und Teilhabe wesentliche Elemente der ICF dar. Mit der ICF besteht daher die Möglichkeit, Krankheitsfolgen und Behinderung nicht ausschließlich unter dem Aspekt der Defizite zu beschreiben, sondern auch die vorhandenen Ressourcen und Fähigkeiten eines Menschen mit einzubeziehen (vgl. Klemperer, 2011:131).

Die ICF versteht Behinderung nicht als ein personenbezogenes Merkmal, sondern als ein Ergebnis ungünstiger Wechselwirkungen zwischen einem Menschen (seiner Lebenssituation, seiner Persönlichkeit etc.), seinen Körperfunktionen (physisch, geistig, sinnlich) und seiner Umwelt (kulturell, institutionell etc.) (vgl. Gazareth, 2009:6). Der Begriff "Behinderung" wird als ein übergeordneter verstanden, der die Schädigungen sowie die Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe beinhaltet (vgl. DIMDI, 2005:5).

Die ICF bietet eine einheitliche und standardisierte Form der Sprache zur Beschreibung des funktionalen Gesundheitszustandes, der Behinderung, der sozialen Beeinträchtigung und der relevanten Umweltfaktoren eines Menschen (vgl. DIMDI, 2005:9). Dadurch unterstützt die ICF eine interdisziplinäre Kommunikation und die nationale und internationale Gesundheitsberichterstattung und -forschung (vgl. ebd:11). Die ICF findet Anwendung innerhalb unterschiedlicher Gebiete, wie bspw. dem Versicherungswesen, der Medizin, der Sozialen Arbeit und der Wirtschaft (vgl. ebd.).

Für den Prozess der praktischen und politischen Gestaltungen im nationalen und internationalen Zusammenhang ist die ICF das führende und anerkannteste Modell (vgl. Maschke, 2008:36). Die im Jahr 2001 von der 54. Vollversammlung der WHO verabschiedete ICF gilt für die WHO-Mitgliedstaaten als verpflichtende Grundlage ihres Verständnisses von Behinderung sowie ihrer sozialpolitischen und konzeptionellen Planung und Gestaltung (vgl. Lindmeier, 2005:1). In

Deutschland wurden die wesentlichen Aspekte der ICF in die sozialgesetzlichen Bestimmungen übernommen.

2.4.1 Struktur der ICF

Der ICF liegt das bio-psycho-soziale Modell von Gesundheit und Behinderung zu Grunde, ihre Sichtweise von Behinderung und ihre Klassifikation folgen diesem Modell.

Zur Kodifizierung bietet die ICF zwei Teile: Die Funktionsfähigkeit und die Kontextfaktoren. Diese werden anhand weiterer Konzepte, wie die der Körperfunktionen und Körperstrukturen, der Aktivitäten und Teilhabe sowie der Umweltfaktoren und Personenbezogenen Faktoren untergliedert. Des Weiteren unterteilen sich die Konzepte in weitere Konstrukte bzw. Beurteilungsmerkmale (vgl. DIMDI, 2005:13-16). Die Abbildung 1 bietet eine Übersicht der Komponenten der ICF.

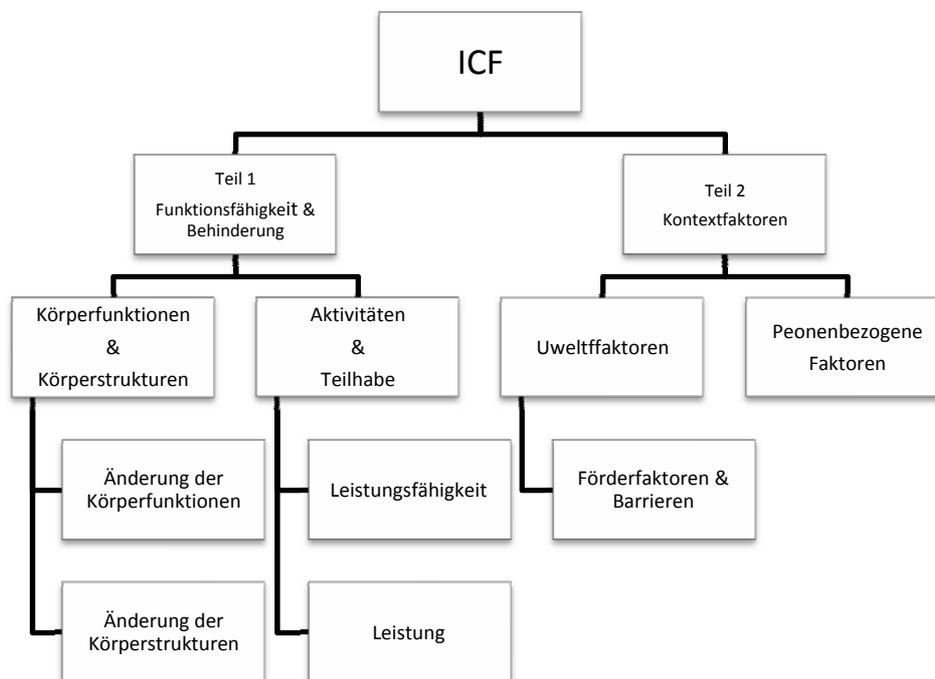


Abbildung 1: Schema der ICF, eigene Darstellung nach DIMDI, 2005.

Die Schwerpunkte der ICF liegen für die Praktiker der Sozialen Arbeit in der Umsetzung des bio-psycho-sozialen Modells und den Begrifflichkeiten der ICF. Daher wird nachstehend das bio-psycho-soziale Modell erläutert und auf die Begrifflichkeiten der ICF eingegangen. Auf die Vorstellung der Kodierung von festgestellten Sachverhalten nach der ICF wird verzichtet, weil sie in der Praxis der Leistungserbringer ambulanter Eingliederungshilfen keine Anwendung findet.

2.4.2 Bio-psycho-soziales Modell von Behinderung der ICF

Von systemtheoretischen Ansätzen ausgehend, wurde bereits in den 1970er Jahren ein hierarchisches Wissens- und Wissenschaftsmodell erstellt, das die Natur und das Wissen über diese berücksichtigt (vgl. Kaltenborn, 2007:50). Erfasst werden hierbei unterschiedliche Ebenen, wie die untersten subatomaren über den Menschen als personale Einheit bis hin zu den höchsten Ebenen, wie der Kultur oder der Gesellschaft (vgl. ebd.).

Die traditionelle Wissenschaft informiert i.d.R. vorrangig über Naturgesetze, Gesetzmäßigkeiten oder Sachverhalte auf einer Hierarchieebene. Daher erstreckt sich der Inhalt und Erklärungswert eines Wissens zumeist in horizontaler Ausdehnung und im Bezug der jeweils zuständigen Fachdisziplin (Blois 1984 zitiert in Kaltenborn, 2007:51). Das bio-psycho-soziale Modell verfolgt allerdings die Ansicht, dass die einzelnen Ebenen miteinander verbunden sind und sich gegenseitig beeinflussen (vgl. Kaltenborn, 2007:51). Ereignisse, Prozesse und Gegebenheiten auf einer Ebene können demnach nicht von tieferen und höheren Ebenen isoliert betrachtet werden (Blois 1984; Engel 1977; Egger 2005; Nitsche 1999 zitiert in Kaltenborn, 2007:51). Diesem Ansatz zur Folge, müssen vertikale sowie aufwärts und abwärts gerichtete Kausalitäten mit berücksichtigt werden (vgl. ebd.). Gesundheit und Behinderung sind diesem Verständnis entsprechend dadurch gekennzeichnet, dass autoregulative Mechanismen nicht ausreichen, um Störungen auf beliebigen Ebenen zu kompensieren (vgl. Kaltenborn, 2007:51). Aufgrund der vertikalen Kausalität werden infolgedessen auch Prozesse auf niedrigeren oder höheren Ebenen beeinträchtigt (vgl. ebd.).

Die ICF folgt dieser Ansicht. Ihr entsprechend ist eine alleinige Betrachtung der bio-medizinischen Ebene nicht ausreichend, um die Komplexität von Beeinträchtigungen zu beschreiben. Es bedarf einer bio-psycho-sozialen Betrachtung, bei der die Gesundheitsprobleme vor dem Hintergrund der Lebenswelt des betroffenen Menschen betrachtet werden.

Die ICF ermöglicht eine systematische Beschreibung der gesundheitlich bedingten Aus- und Wechselwirkungen auf den Ebenen der Funktionen, der Aktivitäten und der Teilhabe in den Lebensbereichen eines Menschen und vor dem Hintergrund seiner Lebenswelt (vgl. BAR, 2006:7). Zudem berücksichtigt die ICF die personale Ebene und bezieht damit die subjektive Sicht des betroffenen Menschen mit ein (vgl. ebd.:8). Dem ist ein besonderer Stellenwert zuzumessen, da bei einem von Behinderung oder Krankheit betroffenen Menschen nicht die Diagnose eines Gesundheitsproblem im Vordergrund steht, sondern vor allem die individuell erlebten und gesundheitlich bedingten Beeinträchtigungen seiner Funktionsfähigkeit, Aktivitäten und Teilhabe (vgl. ebd.).

Die Abbildung 2 dient dem besseren Verständnis der vorstehenden Erläuterungen und zeigt das bio-psycho-soziale Modell der ICF.



Abbildung 2: Bio-psycho-soziales Modell der ICF (BAR, 2006:11).

2.4.3 Begrifflichkeiten und Konzepte der ICF

2.4.3.1 Funktionale Gesundheit

Der Begriff der funktionalen Gesundheit steht im Zentrum der ICF. Er operationalisiert die Wechselwirkungen zwischen einem Gesundheitsproblem eines Menschen (kodiert in der ICD-10) und seinen umwelt- und personenbezogenen Faktoren (Kontextfaktoren). Gesundheit wird in der ICF auf verschiedenen Ebenen klassifiziert. Hierfür berücksichtigt die ICF die strukturellen Aspekte eines körperlichen Befundes, die funktionellen Auswirkungen dieser Störungen sowie deren Auswirkungen auf die Aktivitäten und die Teilhabe eines Menschen (vgl. DIMDI, 2005:4).

Im Sinne der ICF stellt jede Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit eines Menschen eine Behinderung dar. Damit ist der Behinderungsbegriff der ICF umfassender als der sozialrechtliche des SGB IX (vgl. ebd.).

Der ICF entsprechend gilt ein Mensch als funktional gesund (unter Berücksichtigung seines gesamten Lebenshintergrundes), wenn:

- seine körperlichen Funktionen und Körperstrukturen allgemein anerkannten (statistischen) Normen entsprechen (*Konzept der Körperfunktionen und Körperstrukturen*),
- er alles realisieren und verwirklichen kann, was von einem Menschen ohne Gesundheitsproblem (nach ICD) zu erwarten ist (*Konzept der Aktivitäten*) und
- er sein Leben in allen Bereichen die ihm bedeutend sind, in der Weise und dem Umfang verwirklichen kann, wie es für eine Menschen ohne Beeinträchtigung der Körperfunktionen oder Körperstrukturen bzw. der Aktivitäten erwartungsgemäß möglich ist (*Konzept der Teilhabe*) (vgl. DIMDI, 2005:4).

Nach dem bio-psycho-sozialen Modell variiert der Zustand der funktionalen Gesundheit mit einem Gesundheitsproblem und den Kontextfaktoren. Beeinträchtigungen der funktionalen Gesundheit können neue und weitere Gesundheitsprobleme zur Folge haben. Eine langandauernde Bettlägerigkeit eines Menschen (Aktivitätseinschränkung) kann eine Thrombose (Funktionsstörung) begünstigen und ein Mensch der langzeitarbeitslos ist (Beeinträchtigung der Teilhabe), kann eine Depression entwickeln (vgl. Schuntermann, 2009:29).

2.4.3.2 Körperfunktion und Körperstrukturen

Das Konzept der Körperfunktionen und Körperstrukturen erlaubt in der Regel Angaben zu den Ursachen, die die Aktivitäten eines Menschen einschränken (vgl. Schuntermann, 2009:29). Dafür liegt der Fokus dieses Konzeptes auf dem menschlichen Organismus, insbesondere auf dessen Körperfunktionen und Körperstrukturen (vgl. ebd.). Unter den Körperfunktionen erfasst die ICF die physiologischen Funktionen eines Körpersystems, inklusive seiner psychologischen Funktionen (vgl. DIMDI, 2005:14). Als Körperstrukturen werden hingegen die anatomischen Gegebenheiten eines Körpers, wie seine Organe oder Gliedmaßen verstanden (vgl. ebd.:16). Die Beeinträchtigung einer Körperstruktur wird im Sinne der ICF als "Schädigung" bezeichnet (vgl. ebd.). Als "Funktionsstörung" hingegen versteht das Konzept die Beeinträchtigung einer Körperfunktion (vgl. DIMDI, 2005:5.).

2.4.3.3 Konzept der Aktivitäten

Das Konzept der Aktivitäten ist von zentraler Bedeutung für die funktionale Diagnostik, das Monitoring und die Evaluation der Leistungen der Eingliederungshilfe. Unter Aktivität wird die Durchführung einer Handlung oder Aufgabe verstanden (vgl. DIMDI, 2005:16). Eine Beeinträchtigung einer Aktivität ist dementsprechend ein Problem, die ein Mensch bei der Durchführung einer Aufgabe oder einer Handlungen hat (vgl. ebd.). Das Konzept der Aktivitäten umfasst hierfür zwei Sachverhalte: "Leistungsfähigkeit" und "Leistung". Die Leistungsfähigkeit ist das maximale Leistungsniveau eines Menschen hinsichtlich einer Aufgabe oder einer Handlung unter Test- Standard- oder hypothetischer Bedingung (vgl. BAR, 2006:13). Die Leistungsfähigkeit ist nicht direkt beobachtbar, daher ist der Umfang einer Leistungsfähigkeit aus dem positiven und negativen Funktionsbild (des Körpers) zu erschließen (vgl. Schuntermann, 2006:5). Eine Leistung ist die tatsächliche Durchführung einer Aufgabe oder einer Handlung unter den Gegebenheiten ihres Kontextes. Die Leistungen sind im Gegensatz zur Leistungsfähigkeit direkt beobachtbar (vgl. Schuntermann, 2006:5). Erstere variiert mit der Konstellation des Kontextes, wie etwa bei der Nutzung einer Gehhilfe durch einen in der Fortbewegung eingeschränkten Menschen (vgl. ebd.). Ein Ziel der Eingliederungshilfe ist daher die Wiederherstellung oder Verbesserung der Leistungsfähigkeit, um die Leistung eines Menschen zu fördern und zu erhöhen, damit er ein weitestgehend selbstständiges und selbstbestimmtes Leben führen kann.

2.4.3.4 Konzept der Teilhabe

Das Konzept der Teilhabe ist von entscheidender Bedeutung für die sozialrechtlichen Fragestellungen und die Befürwortung bzw. Bewilligung von Eingliederungshilfeleistungen (vgl. Schuntermann, 2006:5), da letztere nur gewährt werden, wenn die Teilhabe eines Menschen gefährdet oder bereits beeinträchtigt ist. Ein Mensch gilt als teilhabend, wenn er in seinem Leben all das zu tun vermag, was für einen Menschen ohne Beeinträchtigung erwartungsgemäß möglich ist (vgl. ebd.).

Behinderungsbedingte Nachteile sollen durch die Leistungen der Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft oder durch die Anpassungen der Umwelt (Abbau von Barrieren) an die Gegebenheiten von Menschen mit Behinderungen ausgeglichen werden. Daher sind bedeutende Aufgaben der PBW und PPM die Wiederherstellung und Verbesserung der Leistungsfähigkeit, die Verbesserung der Gegebenheiten durch den Abbau von Barrieren sowie die Schaffung von Förderfaktoren für ein positives Einwirken auf die Leistungsbereitschaft eines Betroffenen (vgl. BAR, 2006:13), damit dieser am Leben in der Gemeinschaft teilhaben kann.

2.4.3.5 Kontextfaktoren

Als Kontextfaktoren werden die Gegebenheiten des gesamten Lebenshintergrundes eines Menschen bezeichnet. Sie werden differenziert nach den Umweltfaktoren und den personenbezogenen Faktoren.

Die Umweltfaktoren stellen die materielle, soziale und einstellungsbezogene Umwelt dar, in der Menschen leben (vgl. Schuntermann, 2006:3). Die personenbezogenen Faktoren umfassen hingegen den Lebenshintergrund eines Menschen und dessen Lebensführung. Die Kontextfaktoren schließen dementsprechend die Gegebenheiten eines Menschen ein, die nicht Teil seines Gesundheitsproblems sind aber seinen Hilfebedarf bedingen (vgl. ebd.). Daher ist einer Betrachtung der Kontextfaktoren, die sich positiv als Förderfaktoren und negativ als Barrieren auf die funktionale Gesundheit auswirken können (vgl. ebd.), ein besonderer Stellenwert bei der Hilfebedarfsermittlung beizumessen. Die Ermittlung der Kontextfaktoren eines Betroffenen sollten weiterhin als Grundlage jeder praktischen Umsetzung einer Eingliederungshilfe dienen, da sie die Ziele, Wünsche und Förderfaktoren eines Menschen aufzeigen und den Abbau von Barrieren unterstützen können.

2.5 Ätiologie geistiger Behinderung

Geistige Behinderungen entstehen zumeist als Folge einer Schädigung vor, während oder nach der Geburt. In der Medizin werden sie als prä-, peri- oder postnatale Faktoren bezeichnet (vgl. Speck, 1999 zitiert in Lehmkuhle, 2007:20). Mit 30% bis 60% ist der Anteil der Fälle nach wie vor sehr hoch, bei denen die Ursache für eine geistige Behinderung unbekannt ist (vgl. Gease, 2011:136). Letzteres gilt insbesondere für die leichten Formen geistiger Behinderung (vgl. ebd.). Als Ursachen zählen bekannterweise Chromosomenanomalien zu den häufigsten. Des Weiteren sind u.a. Infektionskrankheiten, eine Alkoholabhängigkeit der Mutter während der Schwangerschaft

oder Strahlenschädigungen als Ursachen geistiger Behinderung bekannt (vgl. Bandelow, Gruber & Falkai, 2013:126).

2.6 Symptomatik geistiger Behinderung

Die Personengruppe der geistig behinderten Menschen ist keineswegs homogen. Das kognitive und motorische Leistungsvermögen sowie das sozial-emotionale Verhalten differiert stark innerhalb der Personengruppe geistig Behinderter. Das zentrale Merkmal einer geistigen Behinderung ist eine erhebliche Lernbeeinträchtigung, die i.d.R. auf eine Hirnschädigung oder Hirnfunktionsstörung zurückzuführen ist (vgl. Bandelow, Gruber, & Falkai, 2013:127).

Eine verzögerte motorische, psychische und bzw. oder sprachliche Entwicklung eines Kindes kann bereits früh den Verdacht einer geistigen Behinderung erwecken. Diese Entwicklungsstörungen werden bei betroffenen Kindern häufig frühzeitiger bemerkt als intellektuelle. Je schwerer eine geistige Behinderung ist, desto früher wird sie üblicherweise erkannt (vgl. Tölle & Windgassen, 2012:316). Eine geistige Behinderung kann sich auf die Entwicklung der Motorik, Sprache, Sinne, Emotionen und Denken auswirken (vgl. Franke, 2012:67). Diese Äußerungsbereiche bedingen einander, so dass bspw. eine Beeinträchtigung im Bereich des Denkens in ihrer Folge auch die weiteren vier Äußerungsbereiche betrifft (vgl. ebd.).

Neben den leichten bis schweren Lernbehinderungen werden einer geistigen Behinderung weitere Leitsymptome, wie eine mangelnde Anpassungsfähigkeit oder die Unfähigkeit, Wichtiges von Unwichtigem unterscheiden zu können, zugesprochen (vgl. Bandelow, Gruber, & Falkai, 2013:127). Im Allgemeinen fällt es geistig Behinderten schwer, abstrahierend und theoretisch zu Denken. Sie können sich kaum von Gewohntem lösen und Konkretes nur bedingt in einen theoretischen Fall setzen. „*Wenn deine Mutter gestorben wäre, wer gäbe dir zu essen?*“ *Antwort: „Meine Mutter, die lebt ja noch“* (Bleuler zitiert in Tölle & Windgassen, 2012:316). Ihre Fähigkeit Bedeutungen, Beziehungen und Sinneszusammenhänge erfassen zu können, ist ebenfalls häufig beeinträchtigt (vgl. ebd.). Die Möglichkeit, Schlussfolgerungen zu ziehen oder Urteile zu bilden, ist aufgrund der kognitiven Einschränkungen in der Regel erschwert (vgl. ebd.). Des Weiteren können Aufmerksamkeit und Wahrnehmung, Auffassung und gedanklicher Ablauf sowie die Merkfähigkeit und das Gedächtnis beeinträchtigt sein (vgl. ebd.). Auch zeigen Menschen mit geistiger Behinderung oftmals Einschränkungen in ihrer Frustrationstoleranz sowie Störungen in ihrem Sozialverhalten (vgl. Gaese, 2011:133).

2.7 Prävalenz und Epidemiologie

Die Angaben zur Häufigkeit geistiger Behinderung unterscheiden sich teilweise stark voneinander, was im Wesentlichen auf die Verwendung unterschiedlicher Definitionen und Kriterien zurückzuführen ist (vgl. Seidel, 2011:5). Im Sinne der Definition geistiger Behinderung der WHO liegt die Prävalenz der geistigen Behinderung in der Durchschnittsbevölkerung zwischen 1 und 3 % (vgl. ebd.). Von dieser Grundlage ausgehend ergibt sich für Deutschland bei einer Prävalenzrate

von 1% und einer aktuellen Bevölkerung von ca. 82 Millionen Menschen, eine Anzahl von insgesamt 820 000 Menschen mit geistiger Behinderung (vgl. ebd.).

Aufgrund einer weiteren Schätzung der WHO, nach der 0,3% der Bevölkerung mittelgradig, schwer oder schwerst behindert sind, leben in Deutschland 246 000 Betroffene, die mindestens eine mittel-schwere geistige Behinderung aufweisen (vgl. Seidel, 2011:5).

Zwar unterscheiden sich die Angaben zur Häufigkeit geistiger Behinderung, die Angaben zur geschlechtsspezifischen Prävalenz sind jedoch vergleichbar (vgl. Tölle & Windgassen, 2012:316). Unter Kindern sind Jungen nach allen Untersuchungen häufiger betroffen (vgl. ebd.). Im Erwachsenenalter differiert die Prävalenz zwischen Männern und Frauen hingegen weniger deutlich (vgl. ebd.). Weiterhin ist aus den Erhebungen zu entnehmen, dass das Auftreten leichter geistiger Behinderungen in der Ober- und Mittelschicht seltener erscheint, als in der Unterschicht (vgl. ebd.).

3 Psychische und Verhaltensstörungen

3.1 Begrifflichkeit "psychisch gestört"

Auswertungen von Film- und Printmedien konnten drei allgemein übliche Fehleinschätzungen über Menschen mit psychischen Störungen identifizieren:

„Sie sind gefährliche Irre, zu denen man auf Distanz gehen sollte; sie sind rebellische Freigeister, für die man Entscheidungen autoritär treffen muss; sie haben rührend kindliche Wahrnehmung der Welt, so dass man sie wie Kinder wohlützig umsorgen muss.“ (Rüsch et al., 2004:3)

Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft ist für Menschen mit psychischer oder Verhaltensstörung auch weiterhin erschwert, da Betroffene oft stigmatisiert und diskriminiert werden. Im sozialwissenschaftlichen Sinne wird als Stigma die Verknüpfung einer bestimmten Merkmalszuschreibung (bspw. psychisch krank) eines Menschen mit einem negativ behafteten Vorurteil (bspw. ist grundsätzlich gefährdend) verstanden (vgl. Gaebel, 2004:553). Aufgrund ihrer Stigmata werden Betroffene häufig direkt oder indirekt benachteiligt oder abgewertet. Dementsprechend werden Betroffene einer Psychose häufig als überdurchschnittlich gewalttätig angesehen, wohingegen depressiv Erkrankte oft für ihre Störung als selbstverantwortlich erkannt werden (vgl. ebd.). Psychisch oder verhaltensgestörte Menschen sind daher meistens dazu angehalten, sich mit einer doppelten Problematik auseinander zu setzen (vgl. Rüsch et al., 2004:3). Zum einen sind sie mit den Symptomen ihrer Störung, wie Wahnvorstellungen, Angstzuständen oder Stimmungsschwankungen und deren Bewältigung beschäftigt und zum anderen müssen sie sich mit dem gravierend negativen Kontextfaktor der Stigmatisierung auseinander setzen (vgl. Rüsch et al., 2004:3).

Als eine weitere mögliche Belastung Betroffener psychischer oder Verhaltensstörungen ist die Selbststigmatisierung nennenswert. Menschen mit psychischen Störungen akzeptieren häufig die

geläufigen Vorurteile gegenüber ihrer Störung und wenden diese gegen sich selbst (vgl. Rüscher et al., 2004:3). In Folge dessen, verringern sich erfahrungsgemäß der Selbstwert und die Selbstwirksamkeit des Betroffenen, mit erwartungsgemäßen Auswirkungen auf den Krankheitsverlauf der Erkrankung (vgl. ebd.). Gefühle von Versagen, Scham und Unfähigkeit erschweren eine medizinische oder psychiatrische Anbindung sowie die Wiedereingliederung in ein gemeinschaftliches Leben (vgl. ebd.).

Die Leistungsberechtigung einer Eingliederungshilfe für psychisch erkrankte Menschen ist mit einer fachärztlichen Feststellung eines Gesundheitsproblems sowie mit der Feststellung der Teilhabefähigkeit verbunden. Im sozialrechtlichen Kontext werden die Beeinträchtigungen der Teilhabe eines Menschen, die er aufgrund einer psychischen oder Verhaltensstörung aufweist, als seelische Behinderung bezeichnet.

Die Ermittlung der Teilhabefähigkeit eines von Behinderung betroffenen Menschen erfordert eine genaue Kenntnis über seine vorhandenen Fähigkeiten und Beeinträchtigungen. Psychische und Verhaltensstörungen sind durch ein komplexes Geschehen gekennzeichnet (vgl. BAR, 2010:12). Sie haben vielfältige Auswirkungen auf den verschiedenen Ebenen der Funktionen, Aktivitäten und Teilhabe eines betroffenen Menschen (vgl. ebd.).

3.2 Definition psychischer und Verhaltensstörungen

Definitionen, die psychische und Verhaltensstörungen umfassend beschreiben, erklären und allgemein akzeptiert sind, bestehen bis heute nicht. Zu entsprechenden Definitionen bestimmter Störungen oder eines bestimmten Verhaltens zu gelangen ist insbesondere erschwert, da:

„Wir weder vom statistischen noch vom klinischen Standpunkt her eine allgemeine Definition von Normalität und geistiger Gesundheit besitzen.“
(Lingg & Theunissen, 2008:22)

In Anlehnung an das vierte Diagnostische und Statistische Manual psychischer Störungen (DSM-IV) lässt sich eine psychische Störung definieren:

„Als ein klinisch bedeutsames Verhaltens- oder psychisches Syndrom oder Muster, das mit momentanen Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen einhergeht.“ (Saß et al., 2003:11)

Die WHO bestimmt den psychischen Zustand eines Menschen im Sinne des bio-psycho-sozialen Ansatzes anhand einer Vielzahl biologischer, individueller, sozialer und ökologischer Faktoren. Sie versteht psychische Gesundheit als:

„Einen Zustand des Wohlbefindens, in dem der Einzelne seine Fähigkeiten ausschöpfen, die normalen Lebensbelastungen bewältigen, produktiv und fruchtbar arbeiten kann und imstande ist, etwas zu seiner Gemeinschaft beizutragen.“ (Europäische Kommission, 2005:4)

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit und deren Auswirkungen auf die Funktionsfähigkeit, Aktivität und Teilhabe eines Menschen werden im Sinne der ICF als seelische Behinderung bezeichnet.

3.2.1 Zusammenhang zwischen psychischen und Verhaltensstörungen

Eine klare Abgrenzung zwischen psychischen und Verhaltensstörungen ist häufig nicht möglich.

Petry (1999, zitiert in Lingg & Theunissen, 2008:23) versteht:

„Verhaltensauffälligkeiten und psychische Störungen als ineinander übergehende Phänomene, die sich auf einem Kontinuum befinden, bei dem an einem Ende klare psychiatrisch definierte Merkmale liegen (etwa in Form einer Psychose) und am anderen Ende Verhaltensstörungen, die unmittelbar auf den erzieherischen Kontext zurückzuführen sind.“

Moss, Kiernan und Emerson differenzieren in diesem Sinn drei mögliche Arten des Zusammenhangs psychischer und Verhaltensstörungen. Letztere treten nach ihrem Verständnis entweder als ein tatsächliches Symptom einer psychischen Störung oder als Folge derer auf (vgl. 1999, zitiert in Zeilinger, 2009:24). Im dritten Fall eines Zusammenhangs beider Störarten sehen Moss, Kiernan und Emerson eine psychische Störung als die Basis für Verhaltensstörungen, welche wiederum durch operante Konditionierung aufrechterhalten wird (vgl. ebd.).

3.3 Psychiatrische Diagnostik

Das Erkennen und Beschreiben der Beschwerden und Beeinträchtigungen eines psychisch erkrankten Menschen stellt für die Leistungserbringer ambulanter Eingliederungshilfen i.d.R. eine besondere Herausforderung dar. Dies begründet sich zum Teil auf der Tatsache, dass die Leistungen zur Teilhabe hauptsächlich von Sozial- oder Heilpädagogen sowie von Erziehern erbracht werden, in deren Ausbildung die Vermittlung von psychiatrischen Aspekten spärlich ist. Die folgenden Darstellungen sollen einen knappen Einblick in die psychopathologische Diagnostik geben, verfolgen hierbei allerdings keine Vollständigkeit. Berücksichtigt werden im Folgenden die Aspekte der psychopathologischen Diagnostik, die einer Verdachtsdiagnose dienen, in die Sozialberichterstattung einfließen und im Rahmen der Gesamtplanung thematisiert werden (können).

Die Möglichkeiten der Diagnostik, einer prognostischen Einschätzung und der Auswahl therapeutischer Schritte haben sich in den vergangenen Jahrzehnten wesentlich erweitert. So

können die organischen Ursachen psychischer Störungen bspw. durch bildgebende Verfahren erfasst werden. Das bedeutendste Instrument psychiatrischer Diagnostik ist allerdings auch weiterhin die psychiatrische Befundaufnahme mittels Anamnese und Exploration.

3.3.1 Anamnese

Als Anamnese wird die Sammlung von Informationen über vergangene und gegenwärtige Sachverhalte bezeichnet, die für die diagnostische Klassifizierung und therapeutische Indikationsstellung sowie für die strategische Therapieplanung von Bedeutung ist. Sie kann aus den Angaben des Betroffenen und aus fremdanamnesischen Angaben erstellt werden (Foester, Weig, & Fischer, 2011:544). Die Anamneseerhebung berücksichtigt die Biographie und die Krankheitsgeschichte des Betroffenen. Daher fließen in die Anamneseerhebung zumindest folgende Aspekte ein:

- aktuelle Problematik (Symptome, Beginn, Auslöser, Verlauf, Lösungsversuche),
- frühere psychosoziale Probleme oder Krankheitsepisoden, Behandlungen und Komplikationen,
- körperliche Vorerkrankungen oder Einschränkungen,
- Lebensgewohnheiten,
- Abhängigkeiten (Genuss- und Suchtmittel),
- Biographie (Geburtsverlauf, frühkindliche Entwicklung, Beziehung zu Eltern und Geschwistern, schulische und berufliche Ausbildung, Erfahrungen mit Partnern und weiterem sozialen Umfeld,
- aktuelle Lebensumstände (Wohnen, Finanzen, Kontakte, Beschäftigung/Beruf, Betreuung) sowie die
- Familienanamnese (Familienmilieu, sozialer Status) (vgl. Lingg & Theunissen, 2008:42).

3.3.2 Exploration

Im Fokus der psychiatrischen Diagnostik steht die Erhebung eines umfassenden psychopathologischen Befundes. Dieser beschreibt das Querschnittsbild der seelischen Verfassung des betroffenen Menschen zum Untersuchungszeitpunkt und stützt sich auf die Beobachtung des Verhaltens und auf die vom Betroffenen berichteten Symptome und Beeinträchtigungen (vgl. Foester, Weig, & Fischer, 2011:543). Der psychopathologische Befund wird im Rahmen einer Exploration erhoben, die auch als psychiatrisches Untersuchungsgespräch bezeichnet wird (vgl. Rothenhäusler & Täschner, 2012:15).

Die Exploration kann in drei Teile gegliedert werden. Im ersten Teil wird zunächst der Kontakt zum Betroffenen hergestellt und aufgebaut. Dieser ermöglicht einen ersten Eindruck, welcher vor allem auf äußere Faktoren (adäquate Kleidung, Körperhygiene, Redeweisen, Ausdrucksverhalten) beruht (vgl. Rothenhäusler & Täschner, 2012:16-17).

Üblicherweise wird in dieser Phase der Exploration auch die Anamnese erhoben. Der Inhalt der Einleitungsphase ist überwiegend dem Betroffenen zu überlassen. Die primären Aufgaben des Durchführenden der Exploration ist das Zuhören, Verstehen und Beobachten sowie die Aufrechterhaltung des Gespräches (vgl. Rothenhäusler & Täschner, 2012:17). Im weiteren Verlauf des Gespräches gilt es, die vorgetragene Inhalte durch Nachfragen zu verdeutlichen oder zu klären und vorgetragene Gefühle zu verbalisieren (vgl. ebd.:18). Viele Betroffene leiden unter inneren Spannungen, die auf Konflikte zurückzuführen sind. Daher sind die Lebensumstände des Betroffenen weitestmöglich zu klären, unter denen diese Konflikte erstmalig auftraten (vgl. ebd.).

Der zweite Teil der Exploration sieht die Erhebung der Symptome und Beeinträchtigungen des Betroffenen vor. Die gewonnenen Beobachtungen und Ermittlungen im Rahmen der Exploration unterstützen eine Verdachtsdiagnose, auf dessen Grundlage im dritten Teil eine fachärztliche Anbindung sowie therapeutische Erwägungen mit dem Betroffenen erörtert werden (vgl. Rothenhäusler & Täschner, 2012:18).

3.3.3 Symptome, Syndrome und Störungen

Die Psychopathologie beschreibt das abweichende Erleben, Befinden und Verhalten (vgl. Paulitsch & Karwautz, 2008:13). Zur Diagnostik psychischer oder Verhaltensstörungen werden zunächst die Symptome des Betroffenen ermittelt und jeweils in einem sozialen Gesamtkontext interpretiert (vgl. ebd.:78). Die beobachteten oder durch den Betroffenen mitgeteilten Symptome sind allerdings nicht zwingend als pathologische Merkmale einer Erkrankung einzuordnen. Erst das Auftreten von mehreren Symptomen in einer Kombination oder einem Verband wird als Syndrom verstanden (vgl. ebd.). In der Regel können bestimmte psychopathologische Symptome als charakteristische Merkmale bestimmter Erkrankungen zugeordnet werden (vgl. ebd.:79). Zeigt ein Betroffener bspw. die Symptome einer Schlafstörung und einer Antriebslosigkeit, kann dies auf ein depressives Syndrom hinweisen, ohne allerdings über die zugrunde liegende Störung etwas auszusagen (vgl. ebd.). Jedoch ist die Erfassung eines Syndroms in der Psychiatrie eine wesentliche Voraussetzung für eine Diagnose. Die Zuordnung von Symptomen zu Syndromen kann als ein Zwischenschritt verstanden werden (vgl. ebd.:80).

Die Diagnose einer psychiatrischen Erkrankung kann allerdings erst gestellt werden, wenn die Ursache, Symptomatik, der Verlauf, die Prognose und Therapie eines Störbildes bekannt sind (vgl. Paulitsch & Karwautz, 2008:80). Daher wurde in der ICD- 10 der Begriff der Störung eingeführt, der sich von dem Begriff der Krankheit abheben soll (vgl. ebd.). Der Begriff Störung soll einen klinisch erkennbaren Komplex von Symptomen oder Verhaltensauffälligkeiten aufzeigen, der neben einer individuellen Belastung des Betroffenen auch zu einer Beeinträchtigung seiner psychosozialen Funktionen führt (vgl. ebd.).

3.3.4 Komponenten des psychopathologischen Befundes

Die deskriptive Psychopathologie ist eine erfahrungswissenschaftlich begründete Methodenlehre der Psychiatrie zur systemischen Erfassung von psychopathologischen Aspekten bei psychisch

erkrankten Menschen (vgl. Peters in Rothenhäusler & Täschner, 2012:21). Sie erkennt, beschreibt und analysiert die Aspekte, die den Symptomen der allgemeinen Medizin entsprechen (vgl. ebd.). Für eine umfangreiche psychopathologische Befundaufnahme definiert die traditionelle Psychopathologie eine Vielzahl pathologischer Symptome, die anhand unterschiedlicher Komponenten im Rahmen der psychopathologischen Befundaufnahme bestimmt werden können (vgl. Rothenhäusler & Täschner, 2012:22). Nachstehend werden einige wenige Begriffe des psychopathologischen Befundes beschrieben. Dabei werden insbesondere die Komponenten skizziert, die im Rahmen der Feststellung der Teilhabefähigkeit und der Sozialberichterstattung Berücksichtigung finden sollten.

3.3.4.1 Auffassung, Aufmerksamkeit, Konzentrationsfähigkeit & Gedächtnis

Die Auffassung wird als die Fähigkeit verstanden, Wahrnehmungen richtig zu deuten, diese sinnvoll miteinander zu verbinden und in die persönlichen Lebenserfahrungen zu integrieren (vgl. Foester, Weig & Fischer, 2011:545). Bei der Erfassung der Aufmerksamkeit kann zwischen der Fokussierung, Beibehaltung und Verschiebung der Aufmerksamkeit differenziert werden. Als Konzentrationsfähigkeit wird das Vermögen bezeichnet, sich über einen längeren Zeitraum ausschließlich auf eine Aufgabe fokussieren zu können, ohne sich von Außenreizen ablenken zu lassen. Störungen der Auffassung, Aufmerksamkeit oder Konzentration haben üblicherweise eine Auswirkung auf die Leistungsfähigkeit eines Menschen (vgl. ebd.).

Unter dem Gedächtnis wird die Fähigkeit bezeichnet, Informationen speichern und zielgerichtet abrufen zu können (vgl. Foester, Weig & Fischer, 2011:545). Die Störungen des Gedächtnisses werden üblicherweise bereits im Rahmen der Anamnese erkannt, insbesondere wenn für die Störungen das Altgedächtnis betroffen ist (vgl. ebd.). Die Merkfähigkeit bezieht sich auf die Fähigkeit, sich neue Eindrücke über den festgelegten Zeitraum über 10 Minuten merken zu können. Ist die Merkfähigkeit bei einem Betroffenen gestört, fällt es ihm schwer, Erinnerungen aus dem Kurzzeitgedächtnis abzurufen (vgl. ebd.). Die Beeinträchtigungen der Gedächtnisfunktionen zählen neben den Störungen der Aufmerksamkeit zu den häufigsten kognitiven Funktionsbeeinträchtigungen (vgl. Lehrner & Brenner-Walter, 2011:542). Sie reichen von leichten Beeinträchtigungen des Lernens und der Merkfähigkeit, bis hin zu deutlichen Störungen der Gedächtnisfunktion mit dem Verlust der zeitlichen und bzw. oder räumlichen Orientierung (vgl. ebd.).

3.3.4.2 Formales Denken

Das Denken beinhaltet das Erfassen, Herstellen und Verbinden von Bedeutungszusammenhängen (vgl. Payk, 2010:246). Die Voraussetzungen für ein ungestörtes Denken sind Wachheit, Ich-Bewusstsein, Erinnern, Vergleichen und Schlussfolgern (vgl. ebd.). Die formalen Denkstörungen äußern sich in pathologischen Veränderungen der Denkabläufe (vgl. ebd.). Die Denkabläufe können in Bezug auf ihre Geschwindigkeit (Denkverlangsamung), Kontrolle (Gedankendrängen), Organisation (Zerfahrenheit) und Produktivität (Grübeln) gestört sein (vgl. Foester, Weig & Fischer, 2011:545). Als eine weitere Störung des Denkens sei die Weitschweifigkeit genannt, bei der der

Betroffene nicht zwischen bedeutenden und unwesentlichen Inhalten zu unterscheiden vermag (vgl. Payk, 2010:250). Die Umstellung auf die Denkinhalte eines Leitthemas ist bei einem Betroffenen äußerst erschwert, so dass seine Äußerungen umständlich, ausschweifend und ausufernd aneinandergereiht sind (vgl. ebd.).

Vorhandene Denkstörungen geben einen Rückschluss auf wesentliche psychische Störungen (vgl. Foester, Weig & Fischer, 2011:545). Sie können die kognitiven Fähigkeiten eines Betroffenen beeinflussen und sich erheblich auf seine Leistungsfähigkeit auswirken (vgl. ebd.). Eine Beurteilung der Denkabläufe ist ausschließlich über sprachliche oder schriftliche Mitteilungen des betroffenen Menschen möglich (vgl. Payk, 2010: 248).

3.3.4.3 Inhaltliches Denken

Inhaltliche Denkstörungen äußern sich als abnorme Denkinhalte oder dysfunktionale Denkmuster (vgl. Payk, 2010:254). Hierunter werden überwertige Ideen, Wahn- oder Zwangsgedanken verstanden, die aufgrund verzerrter Vorstellungen das Denken beherrschen (vgl. ebd.).

Eine überwertige Idee liegt vor, wenn ein Mensch von einer bestimmten Vorstellung geleitet wird. Konträre Meinungen und Einwände anderer im Bezug auf die überbewertete Idee finden keine Beachtung. Die überwertige Idee kann den Lebensalltag eines Menschen stark beeinflussen und im Vordergrund aller Überlegungen und Handlungen stehen (vgl. Payk, 2010:254). Betroffene neigen oft zur sozialen Isolation und Selbstvernachlässigung (vgl. ebd.). Störungen des inhaltlichen Denkens können sich auf die Leistungsfähigkeit des Betroffenen auswirken und sie beeinträchtigen. Letztere nicht zwingend, sondern in Abhängigkeit ihrer Ausprägungsstärke (vgl. Foester, Weig, & Fischer, 2011:545).

3.3.4.4 Affektivität

Betroffene einer Affektivitätsstörung isolieren sich anfänglich ihrer Erkrankung bewusst, um jedem Anlass aus dem Weg gehen zu können, der ihre affektiven Reaktionen verstärken könnte (vgl. Rey, 2011:801). Im weiteren Verlauf der Störung zeigen Betroffene häufig keine Affekte mehr, so dass die Gefühlslage eine allgemeine Gleichgültigkeit aufweist (vgl. ebd.). Eine kurz andauernde emotionale Reaktion wird als Affekt bezeichnet, einen längerfristigen Gesamtzustand als Stimmung (vgl. Grözinger & Röschke, 2011:1442). Störungen der Affektivität können sich schwerwiegend auf das Leistungsvermögen eines Menschen auswirken. Unter affektiven Störungen werden die Veränderung von Gefühlen, Stimmungen oder der Emotionalität verstanden, wie sie bspw. bei Depressivität in Erscheinung treten (vgl. Foester, Weig & Fischer, 2011:546).

3.3.4.5 Antrieb

Die Antriebskraft eines Menschen beeinflusst sein Handeln, Denken, Fühlen und Erleben (vgl. Rothenhäusler & Täschner, 2012:33). Betroffene einer Antriebsstörung zeigen sich häufig als gehemmt, sie können sich nur erschwert "aufraffen" und fühlen sich erschöpft und energielos (vgl. Foester, Weig & Fischer, 2011:546). Das Antriebsniveau ist am ehesten an der spontanen Psychomotorik und dem Ausdrucksverhalten des Betroffenen erkennbar. Bei bestimmten

psychischen Störungen, wie bspw. einer Psychose oder Depression, treten Störungen des Antriebes besonders häufig auf (vgl. ebd.).

3.3.4.6 Krankheitsverhalten, Selbsterleben & Sozialverhalten

Das Krankheitsverständnis und Selbsterleben haben bei fast allen psychischen Störungen einen besonderen Stellenwert, da sie wichtige Hinweise auf die Behandlungsmotivation geben können und damit einhergehend die Prognosen beeinflussen (vgl. Foester, Weig & Fischer, 2011:546). Die persönliche Einschätzung der Erkrankung und die Auseinandersetzung mit dieser, können Hinweise auf psychische und Verhaltensstörungen geben (vgl. Foester, Weig & Fischer, 2011:546). Das Sozialverhalten, insbesondere die soziale (anhaltende und selbstinitiierte) Isolation, kann eine bereits eingetretene Chronifizierung andeuten (vgl. ebd.).

3.4 Zuordnung von Symptomen zu Syndromen

Der psychopathologische Befund ermöglicht die Benennung von ätiologisch zunächst unspezifischen psychiatrischen Syndromen. Die Zuordnung von Symptomen zu einem Syndrom erfolgt i.d.R. aufgrund der prägnantesten Symptome, die im Rahmen der Exploration erhoben werden (vgl. Arolt, 2011:21). Nach der Syndrombestimmung folgt der Versuch, die Persönlichkeit, den Krankheitsverlauf und die relevanten Befunde des Betroffenen in einen Zusammenhang zu bringen und zu interpretieren, um zu einer ätiologischen Vermutung zu gelangen und eine Verdachtsdiagnose zu stellen (vgl. ebd.).

Ergänzend werden nachstehend die häufigsten Syndrome anhand ihrer klinischen Bilder stichwortartig skizziert. Angemerkt an dieser Stelle sei, dass Übergänge oder Kombinationen zwischen den Syndromen häufig festzustellen sind.

1. Depressives Syndrom: Traurig gedrückte Stimmungslage die bis hin zur Unfähigkeit, Gefühle zu empfinden, Desinteresse, Freudlosigkeit, vegetative Störungen (Appetit, Schlaf, Libido), Denkhemmung, Grübeln, Antriebsstörung, körperliche Missempfindungen und Suizidalität.
2. Manisches Syndrom: Euphorisch oder dysphorisch gereizte Stimmungslage, Antriebssteigerung, gehobenes Selbstwertgefühl, vermehrte Geldausgabe, Größenideen, reduziertes Schlafbedürfnis, Umtriebigkeit, Enthemmung, Rededrang und Ideenflucht.
3. Paranoid-halluzinatorisches Syndrom: Wahnideen, Halluzinationen, Gedankenausbreitung, -entzug oder -eingung.
4. Katatones Syndrom: Motorisches: Motorische Symptome wie Starre oder Erregung, Bewegungs- und Haltungsstereotypen.
5. Hypochondrisches Syndrom: Überzogene Krankheitsbefürchtungen, starke Selbstbeobachtung, ängstlich-klagsam-jammerige Stimmungslage.
6. Angstsyndrom: Diffuse oder situationsbezogene Ängste, verbunden mit vegetativer Hyperaktivität.
7. Zwangssyndrom: Stetig wiederholte, als sinnlos und quälend empfundene Gedanken, Impulse und / oder Handlungen.

8. Hirnorganisches Syndrom: Einschränkung kognitiver Funktionen mit Beeinträchtigungen der Denkleistung, des Gedächtnisses, der Aufmerksamkeit und Konzentration sowie Orientierungsstörungen.
9. Delirantes Syndrom: Orientierungsstörungen, motorische Unruhe, optische Halluzinationen und Verwirrtheit. (vgl. Lingg & Theunissen, 2008:51-52)

3.5 Klassifizierung psychischer und Verhaltensstörungen

Im vergangenen Jahrhundert existierten weltweit rund hundert Klassifikationssysteme psychischer Störungen. Die Fertigung einer global einheitlichen Klassifikation durch die WHO war daher mit erheblichen Schwierigkeiten und Kompromissen verbunden (vgl. Schmidt, 2011b:28). Ursprünglich basierend auf Katalogen zur Erstellung einer Todesursachenstatistik, erstellte die WHO eine strukturierte Zusammenstellung von "Störungen" mit einer Auflistung der zu erfüllenden Kriterien: Die bereits im vorherigen Kapitel beschriebene ICD-10 (vgl. ebd.).

3.5.1 ICD-Teilklassifikationssystem psychischer Störungen

Die psychischen und Verhaltensstörungen werden in dem Klassifikationssystem der WHO, der ICD-10 erfasst und dargestellt. Hierfür ist das Kapitel V der ICD-10 in elf Teilklassifikationsgruppen untergliedert:

1. F00-F09: Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen,
2. F10-F19: Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen,
3. F20-F29: Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen,
4. F30-F39: Affektive Störungen,
5. F40-F48: Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen,
6. F50-F59: Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren,
7. F60-F69: Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen,
8. F70-F79: Intelligenzminderung,
9. F80-F89: Entwicklungsstörungen,
10. F90-F98: Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit /Jugend und
11. F99-F99: Nicht näher bezeichnete psychische Störungen (DIMDI, 2011).

3.5.2 ICF und psychische und Verhaltensstörungen

Die Auswirkungen psychischer Störungen auf einzelne psychische Funktionen, Aktivitäten und auf die Teilhabe eines Betroffenen können mit Hilfe der ICF erfasst werden. Desweiteren sind die Konzepte und Beurteilungsmerkmale der ICF bei der Begutachtung und bei dem Befunden psychiatrischer Störungen unterstützend. Die Möglichkeiten anhand der ICF das Leistungsvermögen bei psychischen Störungen sowie sozialmedizinische Aussagen zwecks Prognose zu operationalisieren, sind jedoch trotz bestehender (wissenschaftlicher) Ansätze beschränkt (vgl. Foester, Weig, & Fischer, 2011:543).

3.5.3 Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen

Als ein weiteres System zur Klassifizierung psychischer Störungen sei das vierte "Diagnostische und Statistische Manual psychischer Störungen" (DSM-IV) der American Psychiatric Association (APA) thematisiert.

Die Entwicklung des DSM-IV in den Vereinigten Staaten basiert ursprünglich auf die Erhebung einer Kategorie für "Schwachsinnige und Wahnsinnige" im Rahmen einer Volkszählung im Jahre 1840 (vgl. Saß et al., 2003:III). Bereits zu diesem Zeitpunkt wurden sieben Kategorien schwerer Geisteskrankheiten differenziert (vgl. ebd.).

Das Diagnostische und Statistische Manual in seiner dritten Fassung (DSM-III) fand im deutschsprachigen Raum in vielen Bereichen der Psychiatrie, Psychotherapie und Psychologie wachsende Zustimmung (vgl. Saß et al., 2003:X). Die Einführung des DSM-III beinhaltete innovative Einführungen, wie bspw. die diagnostischen Kriterien und dem multitaxialen Beschreibungssystem. Die praktischen Erfahrungen und die umfangreichen Studien, die während der Entwicklung und Veröffentlichung des DSM-III erlangt und durchgeführt wurden, dienten der vierten Fassung, der DSM-IV als Grundlage (vgl. ebd.).

Die APA und die WHO haben sich in den vergangenen Jahrzehnten fortlaufend um eine enge Abstimmung bemüht, um die Kompatibilität ihrer Systeme zu verbessern. Neue Diagnosen der DSM-IV wurden daher überwiegend in die ICD übernommen, was einen "Crosswalk" zwischen den beiden Systemen ermöglicht (vgl. Saß et al., 2003:XI). Aufgründessen beeinflusst das DSM-IV auch, welche psychischen Störungen und Verhaltensstörungen in Deutschland als behandlungs- und therapiebedürftig gelten.

3.6 Ätiologie psychischer und Verhaltensstörungen

Die Mehrheit psychischer oder Verhaltensstörungen ist nicht allein auf eine Ursache zurückzuführen (vgl. Sandfort, 2009:2). Bei der Entstehung einer psychischen Störung sind Einflüsse der sozialen Gemeinschaft, der Familie und individuelle Verhaltensmuster ebenso von Bedeutung, wie genetische Dispositionen oder neurobiologische Faktoren (vgl. Schüßler & Brunauer, 2011:296). Erst über ein Zusammenwirken dieser Faktoren (multifaktorielle Entstehung) können sich psychische oder Verhaltensstörungen manifestieren (vgl. ebd.) Dementsprechend kann nicht von einer Ursache psychischer oder Verhaltensstörungen gesprochen werden, sondern vielmehr von den Bedingungen einer solchen Störung (vgl. Sandfort, 2009:2).

3.6.1 Vulnerabilitäts-Stress-Modell

Gewöhnlich nehmen eine Vielzahl von Faktoren Einfluss auf die Entstehung und Aufrechterhaltung psychischer Störungen. Meistens interagieren verschiedene Faktoren miteinander und beeinflussen sich wechselseitig. Viele dieser Faktoren führen nicht zwingend zu einer psychischen Störung, sie erhöhen lediglich die Wahrscheinlichkeit einer tatsächlichen Entwicklung (vgl. Berking, 2012:26).

Vulnerabilitäts-Stress-Modelle folgen der Annahme, dass das Auftreten einer bestimmten psychischen Störung begünstigt wird, wenn ein Mensch starken Stressoren ausgesetzt ist und des Weiteren eine hohe Krankheitsanfälligkeit (Diathese) bzw. Verletzlichkeit (Vulnerabilität) aufweist (vgl. Becker, 2006:79). Die Krankheitsanfälligkeit oder Verletzlichkeit kann eine genetische Krankheitsdisposition oder das Ergebnis des Zusammenwirkens genetischer und ökologischer Faktoren darstellen (vgl. ebd.). Als Stressoren werden im Allgemeinen Ereignisse, Situationen oder Bedingungen verstanden, die für einen Menschen subjektiv und bzw. oder objektiv belastend sind (vgl. Sandfort, 2009:2). Sie bedingen das Auftreten einer psychischen Störung, können diese begünstigen und fördern (vgl. ebd.). Dem Vulnerabilitäts-Stress-Modell entsprechend wird angenommen, dass verschiedene genetische und entwicklungsbiologische Faktoren zu neuropathologischen und bzw. oder biochemischen Veränderungen im Gehirn führen, die eine "Anfälligkeit" für die Entstehung einer psychischen Störung begünstigen können (vgl. Müller-Hohmann, 2008:12). Diese Anfälligkeit, oder auch Verletzlichkeit eines Menschen besteht bereits vor dem "Ausbruch" einer psychischen Störung (vgl. ebd.). Sie ist allerdings für eine Manifestation einer psychischen Störung alleine nicht ausreichend. Für die Entstehung einer Störung bedarf es an weiteren Belastungen, wie bspw. Stressoren, die aufgrund einer bereits bestehenden Anfälligkeit nicht mehr bewältigt werden können (vgl. ebd.).

3.6.2 Drei-Faktoren-Modell

Die Faktoren einer psychischen oder Verhaltensstörung können dem Drei-Faktoren-Modell entsprechend nach begünstigenden, auslösenden und aufrechterhaltenden differenziert werden (vgl. Sandfort, 2009:3). Begünstigende Faktoren fördern die Manifestierung einer psychischen Störung aufgrund genetischer oder biologischer Faktoren oder ungünstigen ökologischen Bedingungen der Kindheit und Jugend (vgl. ebd.). Als auslösende Faktoren werden bestimmte Ereignisse bezeichnet, die der Manifestierung einer psychischen Störung vorausgegangen sind, wie bspw. traumatische oder belastende Ereignisse (vgl. ebd.). Ungünstige äußere oder innere Faktoren (bspw. ungünstige Verhaltensmuster oder fortbestehende ökologische Belastungen), die eine Besserung der Störung erschweren oder verhindern, werden als aufrechterhaltende Faktoren bezeichnet (vgl. ebd.).

3.7 Prävalenz und Epidemiologie

Psychische und Verhaltensstörungen zählen zu den häufigsten Erkrankungen unserer Zeit. Sie schränken die Lebensqualität betroffener Menschen und deren Aktivitäten und Teilhabe zum Teil gravierend ein. In der Statistik der Erkrankungen die zur Arbeitsunfähigkeit führen, stehen psychische und Verhaltensstörungen nach den Muskel-Skelett-Erkrankungen an zweiter Stelle (vgl. BAR, 2010:11). Sie sind insbesondere durch eine Langzeitarbeitsunfähigkeit geprägt und stellen mit einem knappen Drittel den größten Anteil an den Erkrankungen dar, die zu einer Erwerbsminderungsverrentung führen (vgl. ebd.).

In der aktuellen "Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland" (DEGS) und der mit ihr verbundenen "Zusatzuntersuchung psychischer Gesundheit", wurden durch das Robert-Koch-Institut Angaben zur Häufigkeit psychischer Störungen nach den Kriterien des DSM-IV erhoben und nach der ICD klassifiziert. Den Ergebnissen entsprechend konnte bei Erwachsenen eine Ein-Jahres-Prävalenz psychischer und Verhaltensstörungen über 33,3% erhoben werden (vgl. Wittchen & Jacobi, 2012:12). Daher ist davon auszugehen, dass ein Drittel der erwachsenen Allgemeinbevölkerung in Deutschland im Laufe eines Jahres die diagnostischen Kriterien einer psychischen Störungen oder Verhaltensstörung erfüllt (vgl. Jacobi & Harfst, 2007:4). Bei über einem Drittel (39,5%) der Betroffenen einer psychischen Störung wurde mehr als eine psychische Störung diagnostiziert (vgl. ebd.). Das Lebenszeitrisko eines Menschen, im Laufe seines Lebens an einer psychischen Störung zu erkranken, wird auf über 50% geschätzt (vgl. Kessler, 2005 in Jacobi, 2009:17).

Am häufigsten wurden die Diagnosen einer Angststörung, Alkoholsucht und Depression gestellt (vgl. Wittchen & Jacobi, 2012:8). Der "Burden of Disease Study" der WHO zufolge werden depressive Störungen im Jahr 2020 den zweiten Rang unter den Behinderung verursachenden Erkrankungen einnehmen (vgl. Weber, Hörmann & Köllner, 2006:834).

Angemerkt sei, dass die zu erwartende, weiterhin steigende Prävalenzrate, auch auf ein verändertes Diagnose-, Verschreibungs- und Arbeitsunfähigkeitsverfahren basiert (vgl. Jacobi, 2009:17). Psychische Störungen werden seit den Einführungen der genannten Klassifizierungssysteme umfassender definiert, klassifiziert und repräsentativer erhoben (vgl. ebd.:18). Des Weiteren sind das öffentliche Bewusstsein und der Erkenntnisstand gegenüber den psychischen oder Verhaltensstörungen in den vergangenen Jahren stetig gewachsen und damit einhergehend auch die (Selbst-) Wahrnehmung psychischer Störungen und deren Behandlungsbedürftigkeit (vgl. Jacobi, 2009:17).

4 Duale Diagnose: geistige Behinderung und psychische Störung

Seit der Einführung der Klassifizierungssysteme DSM-IV und ICD-10 ist eine duale Diagnose beim Vorliegen mehrerer Syndrome möglich. Vor der Einführung wurden alle vorhandenen bzw. wahrgenommenen Symptome auf eine einzige Grundstörung zurückgeführt (vgl. Seydel, 2009:8). Dementsprechend orientierte sich die Behandlung an der Hauptdiagnose, was die Gefahr barg, dass wichtige Aspekte der Zweiterkrankung unberücksichtigt blieben (vgl. ebd.).

Unter dualen oder komorbiden Diagnosen werden die Diagnosen verstanden, die gleichzeitig bei einem Menschen auftreten (bspw. eine geistige Behinderung und eine affektive Störung). Generell sollte bei der Diagnostik zwischen einer Haupt- und Neben- bzw. Zusatzdiagnostik unterschieden werden. Priorität hat die Diagnose mit der größten aktuellen Bedeutung für den betroffenen Menschen. Daher ist immer zu prüfen, welches Gesundheitsproblem den Betroffenen aktuell am stärksten beeinträchtigt (vgl. ebd.).

4.1 Epidemiologie psychischer und Verhaltensstörungen geistig Behinderter

Der WHO zufolge haben geistig behinderte Menschen im Vergleich zur "Normalbevölkerung" ein drei- bis vierfach erhöhtes Risiko im Laufe ihres Lebens (Lebenszeitrisiko) an einer psychischen Störung zu erkranken (vgl. Schanze, 2011:19). Die Angaben zur Häufigkeit unterscheiden sich teilweise erheblich, was auf verschiedene Ursachen zurückzuführen ist.

Untersuchungen zur Prävalenz psychischer Störungen bei Menschen mit geistiger Behinderung haben bisher noch keinen Konsens finden können, ob Verhaltensstörungen, Persönlichkeitsstörungen, Hyperaktivität oder dementielle Erkrankungen als psychische Störungen im engeren Sinne zu interpretieren sind (vgl. Schanze, 2011:19).

Auf dem ersten Blick erscheint diese Überlegung abwegig. Jedoch ist in Anbetracht dessen, dass bei geistig behinderten Menschen Verhaltensstörungen häufig die im Vordergrund stehende Ausdrucksform von harmlosen, aber subjektiv beeinträchtigenden somatischen Erkrankungen sein können, diese Sichtweise nach Schanze (vgl. 2011:19) zumindest teilweise nachvollziehbar. Ein Großteil der Betroffenen weist bereits in früher Kindheit Verhaltensstörungen auf, die nicht auf eine psychiatrische Störung zurückführbar sind. Diesbezüglich bestehen Verhaltensstörungen teilweise ein Leben lang, ohne dass sich eine psychische Störung manifestiert (vgl. ebd.).

Weiterhin kann die imposante Spannweite der Daten ebenfalls auf die bisher eingesetzten bzw. existierenden Erhebungsinstrumente zurückgeführt werden (vgl. Schanze, 2011:20). Darüber hinaus werden Terminologie und Klassifizierungen bislang nicht einheitlich gehandhabt (vgl. Tölle & Windgassen, 2012:316). Aufgrund der erheblich variierenden Fähigkeiten geistig behinderter Menschen ist es zusätzlich fraglich, ob grundsätzlich valide Aussagen über das Bestehen psychischer Störungen bei dieser Personengruppe erstellt werden können (vgl. Schanze, 2011:20).

Nach der Berücksichtigung aller einschränkenden Aspekte bei der Erhebung der Prävalenz sowie der Veranschlagung der niedrigsten Prävalenzrate der jeweiligen psychischen Störungsbilder,

ergibt sich eine deutlich erhöhte Häufigkeit psychischer Störungen bei geistig Behinderten im Vergleich zur "Normalbevölkerung" (vgl. Schanze, 2011:20). Die folgende Tabelle 1 "Prävalenzraten psychischer Störungen" ermöglicht einen Vergleich der Prävalenzraten psychischer Störungen zwischen der "Normalbevölkerung" und geistig behinderten Menschen.

Tabelle 1: Prävalenzraten psychischer Störungen (Angaben in Prozent)

Psychische Störung (ICD)	Prävalenz in der Normalbevölkerung	Prävalenz bei Menschen mit geistiger Behinderung
Psychische Störungen allgemein	22,1	10,0-60,0
Demenz als Alzheimer-Typ (F0)	2,0	11,0-24,0
Psychosen als Schizophrener-Typ (F2)	0,4-0,8	3,0-4,0
Depression (F32)	2,0	1,3-3,7
Bipolare affektive Störungen (F31)	1,0	4,0
Zwangsstörungen (F41)	1,0	1,0-3,5
Persönlichkeitsstörung (F6)	10,0-13,0	22,0-27,0

Tabelle 1: (Möller 2003; Deb et al. 2001, zitiert in Schanze, 2011:19)

Die Wahrscheinlichkeit an einer psychischen Störung zu erkranken, steigt mit dem Grad der Behinderung (vgl. Hölscher & Schneider, 2012:436). Bei leichter geistiger Behinderung liegt die Prävalenz für psychische Erkrankungen bei 20-25%, bei mittelgradiger bei 30-40% und bei schwerer Ausprägung bei 60-70% (vgl. ebd.).

Infolge der Sichtung der stark differierenden Prävalenzraten ist zu hinterfragen, warum Menschen mit einer geistigen Behinderung häufiger an einer psychischen Störung erkranken, als Menschen die nicht geistig behindert sind.

4.2 Prävalenz und Vulnerabilität

Die höhere Prävalenz psychischer und Verhaltensstörungen bei geistig behinderten Menschen wird u.a. auf ein erhöhtes Maß an "Verletzbarkeit" (Vulnerabilität) dieser Personengruppe erklärt (vgl. Schanze, 2011:20). Ursprünglich basiert es auf der Erforschung der psychophysiologischen Grundlagen des Schmerzes sowie der multifaktoriellen Genese der Schizophrenie. Heute wird es ebenfalls zur Erklärung der erhöhten Prävalenzraten psychischer Störungen bei Menschen mit geistiger Behinderung herangezogen, da es u.a. psychosoziale Folgen und individuelle Bewältigungsmechanismen eines Menschen berücksichtigt (vgl. ebd.).

Das Vulnerabilitäts-Stress-Modell ist den integrativen bzw. bio-psycho-sozialen Modellen zuzuordnen, die eine Synthese unterschiedlicher Sichtweisen zur Erklärung (biologische, psychodynamische, kognitiv-behaviorale) psychischer Störungen verfolgen (vgl. Wittchen & Hoyer, 2011:20). Das Vulnerabilitäts-Stress-Modell versteht eine psychische Störung als ein Ergebnis komplexer Vulnerabilitäts-Stress-Interaktionen (vgl. ebd.).

Ein Vergleich der Prävalenzraten psychischer und Verhaltensstörungen geistig behinderter und nicht geistig behinderter Menschen, lässt den Schluss zu, dass die Risikofaktoren für eine psychische Störung bei Kindern und Jugendlichen mit geistiger Behinderung höher sind als bei nicht behinderten (vgl. Lingg & Theunissen, 2008:32). Lingg & Theunissen (2008:32) nehmen an, dass die frühe Sozialisation für viele Menschen mit geistiger Behinderung mit erheblichen Risiken behaftet ist, so dass ihre Chance, Widerstandskräfte (Coping) entwickeln zu können, eher gering ist (vgl. ebd.). Im Folgenden werden einige wenige psychosoziale Einflussfaktoren der Kindheit genannt, die die Vulnerabilität eines Menschen erhöhen können und denen insbesondere geistig behinderte Kinder ausgesetzt sind.

4.2.1 Psychosoziale Faktoren der frühen Kindheit

Familiäre Kommunikations- und Erziehungsstile sind nicht selten durch das Hinzukommen eines geistig behinderten Familienmitgliedes beeinflusst (vgl. Schanze, 2011:22). Der bisherige Alltag ist oft neu zu gestalten und die Lebensplanung von Eltern behinderter Kinder ändert sich häufig grundlegend (vgl. Seifert, 2011:2). Die Sorgen, Ängste, Überforderungen, seelische und körperliche Erschöpfung wirken sich auf das Familiensystem und damit einhergehend auch auf den Umgang der Familienmitglieder untereinander aus (vgl. Schanze, 2011: 22). Wie gesund sich ein Kind mit geistiger Behinderung innerhalb seiner Familie entwickeln kann, ist stark davon abhängig, wie die Familie den ersten Schock (über die Behinderung) überwinden und ein sozial integriertes Leben führen kann (vgl. ebd.). Die Bewältigung der neuen Lebenssituation ist gebunden an die Lebensbedingungen und personenbezogenen Merkmale der Familienmitglieder sowie der sozialen, materiellen und professionalen Unterstützung, die eine betroffene Familie erhält und in Anspruch nimmt (vgl. Seifert, 2011:2).

4.3 Besonderheiten der Diagnostik psychischer Störungen bei geistig Behinderten

Die Diagnostik psychischer Störungen ist bei geistig behinderten Menschen von zahlreichen Besonderheiten und diagnostisch-methodischen Herausforderungen geprägt, auf die im Folgenden eingegangen wird.

Im Fokus der psychiatrischen Diagnostik steht die Erhebung des psychopathologischen Befundes. Neben einer körperlichen Untersuchung fließen in den Befund u.a. die Angaben des Betroffenen sowie fremdanamnesische Angaben mit ein (vgl. Foester, Weig, & Fischer, 2011:544). Die Untersuchung eines geistig behinderten Menschen ist jedoch häufig durch seine kommunikativen Einschränkungen erschwert (vgl. Schmidt, 2011a:25). Die Fragen des Untersuchenden werden oft im Sinne sozialer Erwünschtheit beantwortet oder die Antworten stellen eine Wiederholung der letzten Worte einer Frage dar (vgl. ebd.). Bei den körperlichen Untersuchungen (Blutabnahme, EKG, EEG, bildgebende Diagnostik) treten weiterhin Herausforderungen in der Diagnostik auf, da bspw. die Kooperationsbereitschaft des Betroffenen in Abhängigkeit der Schwere seiner geistigen

Behinderung eingeschränkt sein kann. Die Notwendigkeit und der Nutzen einer Untersuchung sind für den Betroffenen vielfach nicht erkennbar (vgl. ebd.).

Eine besondere Herausforderung bei der Interpretation von Verhaltensstörungen stellt die Entscheidung dar, ob die auftretende(n) Störung(en) aufgrund einer geistigen Behinderung oder in Folge der Manifestierung einer psychischen Störung auftritt bzw. auftreten (vgl. Schmidt, 2011a:25). Verhaltensweisen wie Unruhe oder Bewegungstereotypen treten bei geistig behinderten Menschen häufiger auf als bei nicht geistig behinderten, ohne dass eine behandlungsbedürftige psychische Störung zugrunde liegt (vgl. ebd.:26). Wiederum werden psychopathologische Erscheinungen nicht selten dem üblichen Verhaltensrepertoire geistig behinderter Menschen zugeordnet und in der Folge das Hinzutreten einer psychischen Störung nicht erkannt (vgl. ebd.).

Des Weiteren kann die Diagnose psychischer und Verhaltensstörungen bei geistig behinderten Menschen aufgrund verminderter sozialer Fähigkeiten erschwert sein (vgl. Schmidt, 2011a:27). Häufig sind ihre Möglichkeiten vielseitige Lebenssituationen differenziert zu erfassen eingeschränkt. Dies kann zu einer stark vereinfachten und abgestuften Ausprägung psychischer Störungen führen, in dessen Folge diese nicht als solche erkannt werden (vgl. ebd.).

Die Klassifizierung psychischer Störungen bei geistig behinderten Menschen bleibt aufgrund der genannten Herausforderungen deutlich erschwert. Die Anwendung der bisher thematisierten Klassifizierungs- und Diagnostiksysteme psychischer oder Verhaltensstörungen ist bei geistig Behinderten mit erheblichen Einschränkungen verbunden. Insbesondere aufgrund der häufig eingeschränkten Kommunikationsfähigkeit geistig Behinderter sind die Diagnosekriterien oft als nicht gegeben zu erachten (vgl. Schmidt, 2011b:28). Die ICD-10 kann als Grundlage herangezogen werden, um "typische" Störungen befunden und klassifizieren zu können. Atypische Symptomatik psychischer Störungen bei Menschen mit geistiger Behinderung können auf der Grundlage der ICD-10 allerdings nur unzureichend abgebildet werden (vgl. Schmidt, 2011b:28).

Eine Vielzahl der Verhaltensstörungen die bei geistig behinderten Menschen zu beobachten ist, verfolgen mit der Ausübung eine Zweckmäßigkeit und Sinnhaftigkeit, die es zu entschlüsseln und zu verstehen gilt (vgl. Lingg & Theunissen, 2008:27).

4.4 Duale Diagnosen in der ambulanten Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung

Geistige Behinderung ist keine Erkrankung, sondern die Behinderung eine Folge eines Gesundheitsproblems. Im Sinne der ICD-10 wird jedoch bei Menschen, die geistig behindert sind und an einer psychischen Erkrankung leiden aufgrund des zweifachen Gesundheitsproblems, eine duale Diagnose gestellt.

Geistig behinderte als auch psychisch erkrankte Menschen begegnen bestimmten Stigmatisierungen und Diskriminierungen. Daher liegt der Verdacht nahe, dass Menschen mit mehreren stigmatisierten Gesundheitsproblemen auch mehrfach stigmatisiert und diskriminiert

werden. Ob und mit welcher Tragweite Menschen mit der dualen Diagnose einer geistigen Behinderung und psychischen Erkrankung auch zweifach oder mehrfach stigmatisiert und diskriminiert werden, soll im Rahmen der vorliegenden Arbeit nicht weiter hinterfragt werden. Allerdings möchte die Autorin darauf hinweisen, dass geistig behinderte Menschen mit einer psychischen Erkrankung in einem höheren Maße Barrieren ausgesetzt sind, als diejenigen, die lediglich aufgrund eines der eben genannten Gesundheitsprobleme behindert sind bzw. werden. Desweiteren bedingen sich die jeweiligen Barrieren, so dass die Lebensbewältigung des betroffenen Menschen in einem besonders hohen Maße beeinträchtigt sein kann.

Aufgrund der Behauptung, dass die Vielzahl von Beeinträchtigungen und Barrieren mit der Anzahl von Gesundheitsproblemen steigt, wäre weiterhin zu vermuten, dass auch der Hilfebedarf des Betroffenen Menschen steigt, so dass in Folge dessen, die Leistungsgewährung einer Eingliederungshilfe dem Hilfebedarf entsprechend angepasst wird. In Anbetracht der sozialrechtlichen Ausgestaltung der Leistungsgewährung ambulanter Eingliederungshilfen für behinderte Menschen wird diese Folgerichtigkeit allerdings nicht angewandt.

Das Leistungsprinzip der ambulanten Eingliederungshilfe sieht lediglich eine Leistungsgewährung der Hilfe vor, die den primären Hilfebedarf eines betroffenen Menschen bedient. Daher ist grundlegend zu entscheiden, ob die *primären* und *aktuellen* Beeinträchtigungen der Teilhabe eines Menschen mit geistiger Behinderung *und* psychischer Erkrankung auf seine geistige Behinderung *oder* auf seine psychische Erkrankung zurückzuführen sind. Eine besondere Hilfeleistung für geistig und gleichzeitig psychisch erkrankte Menschen sieht das Hilfesystem für behinderte Menschen nicht vor. Die Zuordnung des Betroffenen zu einer der ambulanten Eingliederungshilfen, die im ersten Teil beschrieben sind, ist in der Regel mit Kompromissen verbunden.

Wie bereits dargestellt, verfolgen ambulante Eingliederungshilfen für behinderte Menschen gleiche sowie differenzierte Zielsetzungen, die es unter der Zuhilfenahme unterschiedlicher, zumeist pädagogischer, Dienstleistungen zu erreichen gilt. Die (Teilhabe-) Ziele werden im Rahmen des Gesamtplanverfahrens auf der Grundlage der ermittelten Teilhabefähigkeit und des Hilfebedarfes gemeinsam mit dem Leistungsberechtigten vereinbart. Die Hilfeplanung wird auf der Grundlage der Zielvereinbarung aufgestellt. Werden die primären Beeinträchtigungen der Teilhabe dem Gesundheitsproblem der geistigen Behinderung zugesprochen, richtet sich die Zielvereinbarung, und damit einhergehend die Hilfeplanung, nach den Zielsetzungen der Pädagogischen Betreuung im eigenen Wohnraum (PBW). Die psychische Erkrankung des Leistungsberechtigten tritt hierbei in den Hintergrund und das primäre Ziel der PBW den Leistungsberechtigten zu fördern und zu unterstützen tritt in den Vordergrund, so dass er selbstständig und unabhängig im eigenen Wohnraum leben kann. Hilfeleistungen, die der Betroffene aufgrund seiner psychischen Erkrankung bedarf, werden den Zielleistungen der PBW angepasst. Somit werden elementare Ziele wie Suizidvermeidung, psychiatrische Anbindung oder das Leisten von "entlastenden" Gesprächen zusammengefasst und bspw. unter folgendem Ziel benannt: "Aufrechterhaltung der medizinischen Versorgung". Komplexe und zeitfordernde Ziele werden somit zu weniger

aufwändigen, so dass letztendlich weniger Betreuungseinheiten befürwortet und bewilligt werden. Der reale Hilfebedarf des Betroffenen kann nicht bedient werden.

Fällt die Entscheidung der Leistungsgewährung zu Gunsten der Personenzentrierten Hilfen für psychisch kranke Menschen (PPM), wird als primäres Ziel der Vermeidung oder Verkürzung der Inanspruchnahme einer vollstationären klinischen oder außerklinischen Maßnahme verfolgt. Der Leistungsberechtigte soll hauptsächlich stabilisiert werden und Sicherheit im Umgang mit seiner psychischen Erkrankung erlernen. Die "klassischen" Hilfe- und Förderleistungen, die der Betroffene aufgrund seiner geistigen Behinderung bedarf, werden im Rahmen der Zielplanung kaum berücksichtigt, so dass auch die PPM dem Hilfebedarf eines geistig behinderten und psychisch erkrankten Menschen nicht gerecht werden kann.

Für die beiden eben genannten ambulanten Eingliederungshilfen werden in der Regel vier bis sieben Betreuungseinheiten pro Woche befürwortet und bewilligt. Die Höhe der Betreuungseinheiten richtet sich nach dem Umfang der Beeinträchtigungen bzw. der Teilhabefähigkeit und des Hilfebedarfes. Beantragt der Leistungsberechtigte PBW, erhält er die Höhe an Betreuungseinheiten, die für das Erreichen der Teilhabeziele im Kontext seiner geistigen Behinderung benötigt werden. Beantragt er hingegen PPM, werden für die Höhe der Betreuungseinheiten primär die Beeinträchtigungen berücksichtigt, die er aufgrund seiner psychischen Erkrankung aufweist. Die Beeinträchtigungen der "Zweitdiagnose" werden allenfalls berücksichtigt. Eine Summierung beider Hilfebedarfe ist nicht vorgesehen. In der Praxis sind hingegen allen Beeinträchtigungen des Betroffenen zu begegnen, gleich auf welchem Gesundheitsproblem sich diese begründen.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass dem Hilfebedarf eines Menschen mit geistiger Behinderung und psychischer Erkrankung mit einer Betreuungsdichte von vier bis sieben Zeitstunden pro Woche, meist nur unzureichend zu begegnen ist. Für Menschen, die eine erhöhte Betreuungsdichte benötigen, sieht das Sozialrecht teil- oder vollstationäre Maßnahmen vor. Dementsprechend ist der Selbstbestimmung eines geistig behinderten und psychisch erkrankten Menschen eine zeitliche (Betreuungs-) Grenze gesetzt. Der Leistungsberechtigte ist dazu angehalten, sich entweder für eine teil- oder vollstationäre Maßnahme zu entscheiden, in deren Rahmen sein Hilfebedarf bedient werden kann, oder für eine teilweise *nicht* personenzentrierte ambulante Hilfemaßnahme, deren zeitlicher Rahmen schlicht unzureichend ist.

Die Wahl eines Leistungsberechtigten mit erhöhtem Hilfebedarf zu Gunsten einer teil- oder vollstationären Maßnahme ist ebenfalls problembehaftet. Im Zuge der Ambulantisierung ist die tatsächliche Inanspruchnahme einer teil- oder vollstationären Maßnahme erschwert. Ein beachtlicher Anteil des teil- oder vollstationären Wohnraumes wurde in den vergangenen Jahren in ambulanten Wohnraum überführt, so dass mit Wartezeiten von einigen Monaten bis hin zu einigen Jahren gerechnet werden muss. Zudem ist die Befürwortung und Bewilligung einer teil- oder vollstationären Maßnahme nicht minder erschwert einzuholen. Im Zuge der stetig steigenden Kosten im Bereich der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen ist der Leistungsträger dazu

angehalten, die kostenintensiveren teil- oder vollstationären Maßnahmen durch ambulante und damit kostengünstige, zu ersetzen.

Im Sinne des personenzentrierten Ansatzes soll der Betroffene selbst oder mit Unterstützung, entscheiden, welche Hilfen er zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft in Anspruch nehmen möchte. Das primär zu erreichende Ziel der Personenzentrierung im Hilfesystem ist, dass der Betroffene ein selbstbestimmtes Leben führen kann.

5 Feststellung der Teilhabefähigkeit

Menschen, die körper-, geistig-, seelisch- oder sinnesbehindert sind, haben unabhängig der Ursache ihrer Behinderung ein Recht auf Leistungen der Eingliederungshilfe. Leistungsberechtigt sind Menschen mit Behinderung jedoch erst, wenn bei Ihnen eine *wesentliche* Behinderung festgestellt wird. Die Feststellung einer wesentlichen Behinderung (im sozialrechtlichen Kontext) erfolgt zum einen anhand der Feststellung eines medizinischen Problems (ICD) und zum anderen aufgrund der Feststellung der Teilhabefähigkeit (ICF). Ärztliche Gutachten und Sozialberichte sind daher Instrumente, die einem Antrag auf Eingliederungshilfeleistungen zu Grunde liegen und maßgeblich das Gesamtplanverfahren, die Gesamtpfankonferenz und letztendlich den Gesamtplan bestimmen.

Die Feststellung der Teilhabefähigkeit, die im Sinne des personenzentrierten Ansatzes gemeinsam mit dem Antragsteller im Rahmen der Gesamtpfankonferenz ermittelt wird, ist bereits von den Feststellungen und Inhalten des ärztlichen Gutachtens und des Sozialberichtes geprägt. Beide Instrumente fließen vor der Gesamtplanungskonferenz in den Gesamtplan ein, so dass der Leistungsträger zum Zeitpunkt der Gesamtpfankonferenz über die Beeinträchtigungen des Antragstellers in Kenntnis ist.

5.1 Wege der Inanspruchnahme ambulanter Eingliederungshilfen

Leistungsberechtigte finden den Zugang zum ambulanten Leistungssystem der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen auf unterschiedlichen Wegen. Menschen mit geistiger Behinderung werden i.d.R. bereits in ihrem beruflichen Alltag unterstützt. Zumeist arbeiten sie in einer Werkstatt für behinderte Menschen oder an einem ausgelagerten Arbeitsplatz, der an eine Werkstatt für Behinderte angebunden ist. Im Rahmen einer unterstützten Arbeitsbeschäftigung erhalten von Behinderung Betroffene die Unterstützung, die sie befähigt, am Arbeitsleben teilzuhaben. Werden im Rahmen der unterstützten Beschäftigung Beeinträchtigungen festgestellt, die den Betroffenen auch in weiteren Lebensbereichen behindern, ist die Implementierung weiterer Hilfen angezeigt.

Menschen mit einer seelischen Behinderung oder psychischen Erkrankung hingegen finden ihren Weg zum ambulanten Leistungssystem größtenteils über Kontakt- und Begegnungsstellen für psychisch kranke Menschen. Weitere werden im Rahmen einer ambulanten, teil- oder vollstationären psychiatrischen Behandlung über die Möglichkeiten einer Inanspruchnahme ambulanter Hilfeleistungen informiert.

In einem Erstgespräch zwischen dem Betroffenen und dem Leistungserbringer wird zunächst seine aktuelle Lebens- und Versorgungssituation ermittelt und die Anamnese und ggf. der psychopathologische Befund erhoben. Mit dem Einverständnis des Betroffenen werden hierfür vorhandene (klinische) Entlassungsberichte, ärztliche Gutachten oder Sozialberichte eingesehen. Ziel des Erstgespräches ist die Verfassung eines Sozialberichtes, der weitestgehend die Teilhabefähigkeit und Beeinträchtigungen des Betroffenen bekannt gibt und seinen individuellen Bedarf aufzeigt.

5.2 Funktionen eines Sozialberichtes

Ein Sozialbericht ist als sozialmedizinisches Gutachten zu verstehen, das eine schriftliche Zusammenstellung des bisherigen Lebensverlaufes und der Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe vorsieht, die der Betroffene aktuell aufweist. Der Sozialbericht ist das Kernstück der einsetzenden Hilfeplanung für den Betroffenen (vgl. Verband der Bayerischen Bezirke, 2009:8). Er stellt Transparenz über Bedarfe, Maßnahmen und Ziele für die am Hilfeprozess Beteiligten her (vgl. Verband der Bayerischen Bezirke, 2009:8).

Das schriftliche Festhalten von Anamnese, klinischen Befunden, Interpretationen und Zielsetzungen ist ein fester Bestandteil der Tätigkeit des Leistungserbringers. Die (soziale) Berichterstattung dient der interdisziplinären Kommunikation innerhalb des Leistungssystems und der externen Kommunikation. Eine externe Berichterstattung richtet sich vor allem an andere Gesundheitsinstitutionen, wie sozialpsychiatrische Tageskliniken oder vollstationäre klinische Einrichtungen. Diese entscheiden auf der Grundlage des Sozialberichtes bspw. darüber, welche Therapien für den Betroffenen angedacht werden können, in welche bestehenden Therapie- oder Wohngruppen der Betroffene integriert werden kann und wie dringend eine teil- oder vollstationäre Aufnahme angezeigt ist.

Sozialberichte sind auch im weiteren Hilfeprozess zu erstellen. Ambulante Eingliederungshilfen für behinderte Menschen werden auf bestimmte Zeit befürwortet und bewilligt. Zu jedem Antrag auf Weiterbewilligung einer Maßnahme ist ein Sozialbericht beim Leistungsträger einzureichen. Eine Folgebewilligung aber auch ein Maßnahmenwechsel (bspw. von PBW auf PPM) oder eine Erhöhung der Betreuungseinheiten, wird häufig auf der alleinigen Grundlage eines Sozialberichtes ausgesprochen.

5.2.1 Stellenwert, Problematik und Ausgestaltung sozialer Berichterstattung in der ambulanten Eingliederungshilfe

Sind die Strukturen und die inhaltliche Ausrichtung der Berichterstattung vorgegeben und bekannt, richtet sich die Sammlung der Einzelinformationen bereits danach aus (vgl. Rentsch & Bucher, 2006:217). Dadurch kann eher gewährleistet werden, dass Informationen (anamnestische Daten, Befunde, Interpretationen und Zielsetzungen) erfasst und transportiert werden.

Sozialberichte dienen der Erhebung der individuellen Hilfebedarfsermittlung des Betroffenen. Dementsprechend sollten die ermittelten Beeinträchtigungen des Betroffenen klassifiziert und

beschrieben werden. Sozialberichte, die sich an der ICF orientieren, erlauben eine systematische Darstellung der Teilhabefähigkeit des Betroffenen.

Das Verfahren zur Feststellung der Teilhabefähigkeit und des Hilfebedarfes des Leistungsträgers orientiert sich an der ICF. Im optimalen Fall decken sich die vom Leistungserbringer und Leistungsträger ermittelten Teilhabefähigkeiten und Bedarfe. Im Regelfall weichen diese allerdings voneinander ab, wobei hauptsächlich der Leistungserbringer einen höheren Hilfebedarf feststellt als der Leistungsträger. Die Diskrepanz zwischen den Hilfebedarfen kann beide Seiten dazu einladen, Vermutungen über die Abweichungen aufzustellen. Nicht selten wird dem Leistungsträger vorgehalten, er würde *alleine* aus Kostendämpfungsgründen eine erhöhte Teilhabefähigkeit feststellen, um weniger Betreuungseinheiten bewilligen zu müssen. Dem Leistungserbringer kann vorgehalten werden, dass er zu Gunsten einer Profitsteigerung den Hilfebedarf eines Betroffenen höher klassifiziert, als dieser real ist. Die Autorin ist allerdings der Ansicht, dass sich die Diskrepanz vor allem auf ein kommunikatives Problem zurück führen lässt. Die Feststellung der Teilhabefähigkeit begründet sich nämlich nur scheinbar auf den gleichen Voraussetzungen.

Die Teilhabefähigkeit eines behinderten Menschen wird im Bundesland Hamburg mittels HMB-W-Verfahrens festgestellt. Die Erhebung erfolgt anhand eines standardisierten Erhebungsbogens und dient u.a. der Bewertung des individuellen Hilfebedarfes. Der Erhebungsbogen bezieht sich auf den Lebensbereich "Wohnen" und damit einhergehend auf die Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft gemäß § 55 SGB IX (vgl. Gemeinsame Kommission, 2011:7). Der Erhebungsbogen ist an der ICF orientiert. Die Leistungsträger sind mit dem Verfahren und dessen Grundlagen vertraut; sie erhalten Einführungen in die Thematik und Anwendung der ICF. Diese Grundlagenvermittlung konnte sich bei den Leistungserbringern nicht durchsetzen. Daher ist vermehrt festzustellen, dass Leistungserbringer weder mit den Inhalten als auch mit der Anwendung der ICF vertraut sind. Eine systematische Feststellung der bio-psycho-sozialen Aspekte einer Behinderung mittels ICF ist bisher keine gängige Praxis der Leistungsanbieter. Die Beschreibung der Teilhabefähigkeit erfolgt vielmehr intuitiv und in eigener Sprache, allerdings keinesfalls zwingend defizitär. Die vorweg genannte Diskrepanz ist daher vermutlich darauf zu begründen, dass eine einheitliche, träger- und berufsgruppenübergreifende (interdisziplinäre) "Sprache" nicht angewendet und ein einheitliches Verfahren zur Feststellung einer wesentlichen Behinderung nicht durchgeführt wird. Das nachstehende Beispiel soll dies verdeutlichen.

Wird in einem Sozialbericht beschrieben, dass „*Herr E. eine unzureichende Mundhygiene aufweist*“ ist dies eine Feststellung. Sie teilt lediglich mit, dass Herr E. ein "Problem" hat und nicht welche Auswirkungen eine unzureichende Mundhygiene auf seine Gesundheit oder andere Lebensfelder bestehen oder zu erwarten sind. Auf der Grundlage einer solchen Feststellung kann nicht erwartet werden, dass der Leistungsträger eine Beeinträchtigung der Teilhabefähigkeit feststellt. Noch weniger kann erwartet werden, dass auf der Grundlage der Information, Herr E. hätte eine

unzureichende Mundhygiene, selbsttätig Teilhabeziele aufgestellt werden. Für den Verfasser des Sozialberichtes ist es vielfach nicht nachvollziehbar, dass der Leistungsträger diese Information nicht in die Ziel- und Hilfeplanung mit einbezieht.

Um aus dem Problem der unzureichenden Mundhygiene einen Bedarf zu generieren sind die Beeinträchtigungen, die Herr E. entweder vorweist oder zu erwarten hat, klar zu beschreiben: *„Herr E. weist eine unzureichende Mundhygiene auf. In den vergangenen Monaten mussten ihm bereits mehrere Zähne extrahiert werden. Seitdem fällt Herrn E. das Essen schwer. Zudem schämt er sich für sein lückenhaftes Gebiss, so dass er an den gemeinsamen Mahlzeiten in der Werkstatt nicht mehr teilnehmen mag und die Arbeitspausen getrennt von der Arbeitsgruppe verbringt.“* Auf dieser Grundlage kann im weiteren Verlauf des Sozialberichtes beschrieben werden, welche Hilfearten für Herrn E. angedacht sind, um dem “Problem“ der unzureichenden Mundhygiene im Rahmen der Betreuung zu begegnen: *„Im Rahmen der PBW ist es daher notwendig, Herrn E. für die Wichtigkeit einer guten Mundhygiene zu sensibilisieren. Für eine fachärztliche Anbindung muss Herr E. motiviert werden. Da er ärztliche Termine nicht selbstständig wahrnimmt, ist es angezeigt, Termine für ihn zu vereinbaren und ihn ebenfalls zu diesen zu begleiten.“*

Auf der Grundlage der Hilfeplanung können Ziele benannt werden. In dem aufgeführten Beispiel des Herrn E. könnten es folgende sein:

- 1. Herr E. ist fachärztlich angebunden und nimmt seine ärztlichen Termine in Begleitung wahr.*
- 2. Herrn E. werden allgemeine Informationen zur Mundhygiene im Rahmen der Betreuung vermittelt. Er erhält entsprechende Anleitungen und Hilfestellungen.*
- 3. Herr E. sorgt selbstständig für eine adäquate Mundhygiene, ihr Stellenwert für seine Gesundheit und Teilhabe ist ihm bewusst.*

Ergänzend sei darauf hingewiesen, dass die Feststellung einer Beeinträchtigung, wie die des Beispiels, für den Leistungsträger erschwert sein kann. Die Betroffenen sind vor oder während der Gesamtpflichtkonferenz bemüht, sich bestmöglich darzustellen. Viele Leistungsberechtigte empfinden behördliche Termine als unangenehm und prüfungsähnlich. Fragen, die dem Betroffenen gestellt werden, werden oft im Sinne sozialer Erwünschtheit beantwortet. Einige Fragen werden als anmaßend oder indiskret empfunden, was sich in dem (Antwort-) Verhalten des Befragten spiegeln kann. Es ist daher als positiv zu bewerten, wenn Leistungsträger situationsbedingt und angemessen reagieren. Folglich können hilfebedarfsrelevante Beeinträchtigungen verständlicherweise während der Gesamtpflichtkonferenz zum Teil nicht festgestellt werden. Dies wird allerdings bei der Ziel- und Hilfeplanung vom Leistungsträger berücksichtigt. Beeinträchtigungen, die vom Leistungsträger nicht festgestellt werden (können) aber im Sozialbericht aufgeführt sind, fließen i.d.R. in die Zielvereinbarung und Hilfeplanung ein.

Dem Sozialbericht ist ein besonders hoher Stellenwert beizumessen. Um Transparenz über Bedarfe, Hilfeleistungen und Ziele für alle am Hilfeprozess Beteiligten herzustellen zu können, ist er zwingend auf einer gleichen Grundlage zu erstellen. Daher ist zu empfehlen, dass Leistungserbringer die gleichen Verfahren wie die Leistungsträger zur Feststellung der

Teilhabefähigkeit nutzen. Der Leistungserbringer soll hierbei nicht dazu aufgefordert werden, das gesamte Verfahren durchzuführen. Um die Teilhabefähigkeit und Beeinträchtigungen eines Betroffenen zu erheben und in der allgemein gültigen "Sprache" zu beschreiben und damit zu transportieren, bedarf es nur weniger Anwendungen.

5.2.2 Ermittlung der Teilhabefähigkeit und des Hilfebedarfes mittels HMB-W-Verfahrens

In Deutschland finden diverse Instrumente der Bedarfsermittlung und der Hilfeplanung in der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen ihre Anwendung. Mit der Diversität der Instrumente korrespondieren, auch in Abhängigkeit bundeslandspezifischer rechtlicher Rahmen, unterschiedliche Verfahren. Die Instrumente und Verfahren, die für die Bedarfsermittlung im teil- oder stationären Bereich angewendet werden, sind überschaubar. Für diesen Bereich wurden vom "Deutschen Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V." (2009) bundesweit fünf Verfahren mit dazugehörigen Instrumenten erfasst. In dem Bereich der ambulanten Eingliederungshilfe werden, je vom Bundesland abhängig, weitere Instrumente und Verfahren angewandt (vgl. Deutscher Verein, 2009:1). Im Bundesland Hamburg werden die Teilhabefähigkeit und der Hilfebedarf eines Menschen anhand des Verfahrens "Hilfebedarf von Menschen mit Behinderung im Bereich Wohnen" (HMB-W) festgestellt, das ursprünglich für die Bedarfsermittlung bei Menschen vorgesehen ist, die eine teil- oder vollstationäre Eingliederungshilfemaßnahme bedürfen. Das HMB-W-Verfahren wurde von Dr. Gudrun Metzler von der Forschungsstelle "Lebenswelten für behinderte Menschen" entwickelt (vgl. Deutscher Verein, 2009:22). In Folge dessen wird es auch als "Metzler-Verfahren" bezeichnet. Das Verfahren dient der Erhebung des Hilfebedarfes für die individuelle Lebensgestaltung im Bereich "Wohnen". Es ist an der ICF orientiert und fokussiert auf die Bereiche "Aktivität" und "Teilhabe". Dementsprechend werden die Aktivitäten (Fähigkeiten) und der Hilfebedarf (Beeinträchtigungen) erhoben. Das Verfahren dient zum einen der Bildung von Gruppen vergleichbaren Hilfebedarfes und zum anderen der Feststellung des individuellen Hilfebedarfes (vgl. Deutscher Verein, 2009:5). Die Klassifizierung des Hilfebedarfes eines Menschen mit Behinderung basiert hierbei ausschließlich auf der Einschätzung, inwieweit er personelle Hilfen benötigt (vgl. Gemeinsame Kommission, 2011:8). Werden Hilfsmittel eingesetzt und vom behinderten Menschen selbstständig genutzt, besteht in der Regel kein Hilfebedarf im definierten Sinn (vgl. ebd.). Das HMB-W-Verfahren sieht keine Hilfeplanung im Sinne der Zielvereinbarung vor. Die Vereinbarung von Zielen ist dem Gesamtplanverfahren zuzuordnen. Die vereinbarten Ziele werden als Grundlage für die Hilfebedarfsplanung herangezogen, die dem Leistungserbringer obliegt.

5.2.3 Erhebungsbogen des HMB-W-Verfahrens

Die Aktivitäten und die Teilhabefähigkeit eines Betroffenen werden im Rahmen der Gesamtplanverfahren anhand eines standardisierten Erhebungsbogens ermittelt und im weiteren

Verlauf des Verfahrens klassifiziert. Mit dem Erhebungsbogen werden die folgenden sieben Lebensbereiche eines Menschen abgebildet:

- I. Alltägliche Lebensführung (Selbstsorge)
- II. Individuelle Basisversorgung
- III. Gestaltung sozialer Beziehungen
- IV. Teilnahme am kulturellen und gesellschaftlichen Leben
- V. Kommunikation und Orientierung
- VI. Emotionale und psychische Entwicklung
- VII. Gesundheitsförderung und Erhaltung (Gemeinsame Kommission, 2011).

Der HMB-W-Erhebungsbogen besteht insgesamt aus 34 Items, die zu bewerten sind. Der vollständige Erhebungsbogen des HMB-W-Verfahrens ist als **Angang 2** beigelegt.

5.2.4 Aktivitätsprotokoll

Die Feststellung der aktuellen Lebenssituation und der Teilhabefähigkeit des Betroffenen erfolgt auf der Grundlage der Einschätzung der Aktivitäten (vgl. Gemeinsame Kommission, 2011:8). Auf der Grundlage der erhobenen Aktivitäten wird die Teilhabefähigkeit des Betroffenen ermittelt und in Folge dessen über einen Umkehrschluss sein Hilfebedarf bestimmt. Zur Feststellung, inwieweit die Aktivitäten und die Teilhabefähigkeit des Betroffenen beeinträchtigt sind, stehen drei Bewertungsmöglichkeiten zur Verfügung: der Betroffene "kann", "kann mit Schwierigkeiten" oder "kann nicht" (vgl. Gemeinsame Kommission, 2011:9). Diese Einschätzung bezieht sich einerseits auf die Fähigkeiten des Betroffenen und berücksichtigt zum anderen, ob er die entsprechende Aktivität auch tatsächlich ausführt (vgl. ebd.).

Die Einstufung "*kann*" ist zu wählen, wenn der Betroffene die entsprechende Aktivität (bspw. Einkaufen) allein (ohne personelle Hilfe) und ohne Schwierigkeiten ausführen kann und diese auch tatsächlich ausführt (vgl. Gemeinsame Kommission, 2011:9). Die Einstufung "*kann mit Schwierigkeiten*" trifft zu, wenn der Betroffene die entsprechende Aktivität unter Schwierigkeiten ausführt, so dass er die Aktivität nicht vollständig oder sachgerecht ausführt (vgl. ebd.). Die Einstufung "*kann nicht*" ist zu wählen, wenn der Betroffene die entsprechende Aktivität nicht ohne personelle Hilfe ausführen kann (vgl. ebd.). Für die Erhebung der aktuellen Fähigkeiten und Feststellung der Beeinträchtigungen ist die *linke* Spalte des Erhebungsbogens vorgesehen.

5.2.5 Hilfebedarfsermittlung

Für die Einschätzung des Hilfebedarfes stehen in der *rechten* Spalte des Erhebungsbogens vier unterschiedliche Kategorien zur Verfügung, die Hilfebedarfskategorien. Bei der Klassifizierung des Bedarfes werden dabei die Arten der Hilfen (Leistungsarten) angegeben, die der Betroffene benötigt, um die angestrebten Teilhabeziele erreichen zu können. Als Hilfebedarfskategorien können folgende aufgeführt werden:

Hilfebedarfskategorie A: Es ist keine personelle Hilfe erforderlich bzw. gewünscht

Hilfebedarfskategorie B: Information, Assistenz, Hilfestellung

Hilfebedarfskategorie C: Stellvertretende Ausführung / Begleitung

Hilfebedarfskategorie D: Intensive Förderung / Anleitung; umfassende Hilfestellung (vgl. Gemeinsame Kommission, 2011:11).

Anhang 3 enthält eine tabellarische Auflistung der Hilfebedarfskategorien. Neben den Einführungen zu den jeweiligen Items bietet der Anhang eine Übersicht der Hilfearten, die nach den Hilfebedarfskategorien geordnet sind. Nachdem die Beeinträchtigungen mittels Feststellung der Aktivitäten (Erhebungsbogen links) erhoben und erstere den entsprechenden Hilfebedarfskategorien zugeordnet wurden (Erhebungsbogen rechts), können unter Hilfenahme des Anhangs 3 die Hilfearten bzw. Hilfeleistungen im Sozialbericht beschrieben werden, die der Betroffene für die Erreichung seiner (Teilhabe-) ziele voraussichtlich benötigt.

5.2.6 Bewertungssystem und Hilfebedarfsgruppen des HMB-W-Verfahrens

Auf der Grundlage des ermittelten Hilfebedarfes können die Bewertungen der jeweiligen Beeinträchtigungen vorgenommen werden. Hierfür sind die differenzierten Hilfearten (Hilfebedarfskategorien A-D) mit unterschiedlichen Punkt- und Zeitwerten hinterlegt, aus denen in der Summe, Gruppen mit vergleichbarem Hilfebedarf gebildet werden können. Der alleinige Umfang des festgestellten Hilfebedarfes stellt keine Würdigung der Schwere der Behinderung dar (vgl. Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales Berlin, o.J.).

Die Zuordnung kann den entsprechenden Leistungsbeschreibungen entnommen werden. Eine Liste mit den entsprechenden Punktwerten ist als **Anhang 4** beigefügt.

Im Sinne des HMB-W-Verfahrens nach Metzler werden fünf Hilfebedarfsgruppen differenziert. Aufgrund dessen, dass sich die Gruppenzuteilung vor allem auf teil- oder vollstationäre Eingliederungshilfen bezieht, können die ermittelten Werte nur als Richtwerte für den ambulanten Bereich verstanden und genutzt werden. Dies begründet sich auf der Tatsache, dass die Betreuung von Menschen mit Behinderung im teil- oder stationären Bereich eine höhere Betreuungsdichte bedarf, als die im ambulanten. Des Weiteren gestaltet sich die ambulante Betreuung in der Regel als Einzelbetreuung. Die teil- oder vollstationären Bereiche sind hingegen von Gruppenbetreuungen geprägt (bspw. Wohnheim, Werkstatt für Behinderte). In Folge dessen, kann das HMB-W-Verfahren in der Praxis der Leistungserbringer ambulanter Eingliederungshilfen hauptsächlich für die Hilfebedarfserhebung Anwendung finden. Eine Klassifizierung des Hilfebedarfs eines betroffenen Menschen zu einer der Hilfebedarfsgruppen nach Metzler ist, von

seitens des Leistungserbringers, weitestgehend ergebnislos. Eine Allgemeingültigkeit für die Zuordnung des erhobenen Hilfebedarfs eines Menschen und Befürwortung bzw. Bewilligung von Betreuungseinheiten kann für das Bundesland Hamburg nicht präsentiert werden. Der Versuch, die entsprechenden Zuordnungskriterien vom Leistungserbringer einzuholen missglückte, so dass festzustellen ist, dass das Verfahren der Befürwortung von Betreuungseinheiten im ambulanten Bereich im Bundesland Hamburg intransparent ist.

Bei der Erst- oder Folgebeantragung einer ambulanten Eingliederungshilfe ist der Leistungserbringer allerdings dazu angehalten, die Höhe der Betreuungseinheiten, die der Betroffene voraussichtlich zur (Teilhabe-) Zielerreichung bedarf, "vorzuschlagen". Üblicherweise stützt sich dieser "Vorschlag" auf die Erfahrungswerte des Leistungserbringers. Für die Veranschlagung der Höhe der Betreuungseinheiten ist im Hinblick auf die vorher genannte Diskrepanz eine eruierte Bedarfsermittlung zu empfehlen.

Nach welchen Zuordnungskriterien die Betreuungseinheiten im Bundesland Hamburg befürwortet bzw. bewilligt werden, ist lediglich zu vermuten. Sicher hingegen ist, dass sich die Leistungsgewährung stark an den Inhalten des Sozialberichtes orientiert. Sind die Fähigkeiten und Beeinträchtigungen des behinderten Menschen im Sozialbericht im Sinne der ICF benannt und beschrieben, kann in der Regel mit einer Bewilligung der veranschlagten Betreuungseinheiten gerechnet werden.

5.2.7 Zuordnung eines Betroffenen mit dualer Diagnose zur entsprechenden Hilfeleistung

Die Zuordnung zu einem Personenkreis ist bei Leistungsberechtigten mit dualer Diagnose besonders herausfordernd. Die Feststellung eines psychiatrischen Gesundheitsproblems ist im sozialrechtlichen Sinn nicht ausreichend, damit ein geistig behinderter Mensch leistungsberechtigt für Personenzentrierte Hilfen für psychisch erkrankte Menschen ist. Die Diagnosestellung ist lediglich eine Voraussetzung der Leistungsberechtigung. Im besonderen Fall eines geistig behinderten Menschen mit psychischer Erkrankung ist festzustellen, ob seine Beeinträchtigungen der Teilhabe auf seine geistige Behinderung oder auf seine psychische Erkrankung zurück zu führen sind. Das HMB-W-Verfahren bietet für derartige Differenzierung der Beeinträchtigungen keine Möglichkeit. Mit dem Verfahren können lediglich generelle Beeinträchtigungen festgestellt werden. Daher ist der Leistungserbringer im Rahmen der Hilfebedarfsermittlung dazu angehalten, die Beeinträchtigungen in ihren Wechselwirkungen und -bedingungen zu betrachten und zu bewerten. Ist es einem Betroffenen aktuell nicht möglich die Aktivität "Einkauf" selbstständig und ohne Hilfeleistung auszuführen, muss differenziert werden, ob er diese alltägliche Aktivität aufgrund seiner geistigen Behinderung oder aufgrund einer bspw. affektiven Störung nicht selbstständig ausführen kann. Die Beantragung einer Eingliederungshilfe richtet nach den Beeinträchtigungen, die die Teilhabe des Betroffenen am stärksten beeinträchtigen.

5.2.8 Überführung einzelner Komponenten der vorliegenden Arbeit in die Praxis des Leistungserbringers

Abschließend sollen einzelne Komponenten der vorliegenden Arbeit in die Praxis des Leistungserbringers überführt werden. Hierfür werden hauptsächlich die Komponenten berücksichtigt, die eine personenzentrierte Bedarfsermittlung im Sinne der ICF fördern und eine entsprechende Ausgestaltung eines Sozialberichtes unterstützen. Die folgende Auflistung bietet eine Zuordnung der Komponenten zum zeitlichen Ablauf der Bedarfsermittlung und Erstellung des Sozialberichtes. Zur Orientierung werden ebenfalls die entsprechenden Gliederungspunkte (GP) der vorliegenden Arbeit aufgeführt bzw. auf die entsprechenden Anhänge verwiesen.

1. Erstgespräch

- a. Ermittlung der aktuellen Lebens- und Versorgungssituation mittels Anamnesebogen. Erstaufnahme der Fähigkeiten und Beeinträchtigungen (GP: 3.3.1 / Anhang 1).
- b. Kontextfaktorenermittlung (GP: 2.4.3.5)

2. Folgegespräch(e)

- a. Ermittlung der Teilhabefähigkeit mittels HMB-W Erhebungsbogen (GP: 5.2.3 und 5.2.4 / Anhang 2)
- b. In Abhängigkeit des Falls eine Erhebung des psychopathologischen Befundes (GP: 3.3.2). Der psychopathologische Befund kann im Anamnesebogen skizziert werden.
- c. Erstellung eines Aktivitätsprotokolls (GP: 5.2.4 / Anhang 2)
- d. Hilfebedarfsermittlung (GP: 5.2.5 / Anhang 2 / Anhang 3 / Anhang 4)

3. Erstellung des Sozialberichtes

- a. Die Ergebnisse der Anamnese, der HMB-W Erhebung und der Exploration stellen die Grundlage des Sozialberichtes dar. Der **Anhang 5** dient mit einer Vorlage eines Sozialberichtes.
- b. Der Anhang 3 dient als Beschreibungshilfe der Beeinträchtigungen und der Hilfearten. Die Benennung der Teilhabeziele kann ebenfalls unter Hilfenahme des Anhangs 3 unterstützt werden.

5.3 Schlussbetrachtung

Die Eingliederungshilfe ist eine wichtige Hilfeleistung für Menschen mit Behinderung. Sie gewährt Betroffenen einen umfangreichen Rechtsanspruch auf Rehabilitation und Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft (vgl. BVKM, 2005:3). Charakteristisch für die Eingliederungshilfe sind die Grundsätze der Individualisierung der Hilfe und der Bedarfsdeckung (vgl. ebd.). Die Träger der Eingliederungshilfeleistungen für behinderte Menschen sind daher dazu verpflichtet, die Hilfeleistungen zu gewähren, die erforderlich sind, um einen Betroffenen in die Gemeinschaft einzugliedern (vgl. ebd.).

Das Leistungssystem der Eingliederungshilfe wird zukünftig vor großen finanziellen Herausforderungen stehen, da in den kommenden Jahren ein weiterer Kostenanstieg in der Eingliederungshilfe zu erwarten ist. Dies begründet sich u.a. darauf, dass die Zahl der Leistungsempfänger vermutlich auch weiterhin steigen wird. Aufgrund des medizinischen Fortschritts und dessen Verfügbarkeit, steigt die Lebenserwartung aller in Deutschland lebenden Menschen, gleich ob mit oder ohne Behinderung. Insbesondere wird die Zahl der älteren Menschen mit Behinderung aufgrund der spezifisch deutschen Historie wachsen. Aber auch weitere Personengruppen werden im Zuge einer alternden Gesellschaft die Zahl der Leistungsberechtigten bzw. –empfänger erhöhen. Als ein Beispiel hierbei sei der Personenkreis der an Demenz Erkrankten genannt. Menschen die aufgrund einer demenziellen Erkrankung alltägliche Aktivitäten nicht selbstständig ausführen können und in ihrer Teilhabefähigkeit beeinträchtigt sind, sind ebenfalls im Sinne der Eingliederungshilfe leistungsberechtigt.

Auf die stetig steigenden Kosten reagieren die Kostenträger der Eingliederungshilfeleistungen erfahrungsgemäß mit Einsparungen. Die Leistungsträger der ambulanten Eingliederungshilfen, wie der PBW und PPM entgegen den steigenden Kosten u.a. mit der Umwandlung von kostenintensiven Maßnahmen in kostengünstigere. In diesem Sinne sieht das Leistungssystem bspw. eine Leistungsgewährung der PBW lediglich für einen Zeitraum über zwei Jahre vor. Im Anschluss an die PBW wird dem Betroffenen i.d.R. Wohnassistenz gewährt, die allerdings eine andere Zielsetzung verfolgt als die PBW. Infolge derartiger Maßnahmenwechsel und einer damit einhergehenden verringerten Leistungsvergütung, ist der Leistungserbringer vielfach dazu gezwungen, kostenintensiveres Personal (Sozialpädagogen, Psychologen) durch kostengünstigeres (Heilpädagogen, Erzieher, Pflegehelfer, Erziehungshelfer) zu ersetzen. Folglich werden tragende Bezugsbetreuungen beendet und einer bedarfs- und fachgerechten Betreuung kann möglicherweise nicht Folge geleistet werden.

Desweiteren ist zunehmend festzustellen, dass die Betreuungseinheiten bei langjähriger Leistungsgewährung kontinuierlich gekürzt werden. Teilhabeziele, die fall- sowie kontextbedingt in dem gewährten Leistungszeitraum nicht erreicht werden konnten, werden oft bei der Folgewährung und aktuellen Zielplanung nicht mehr berücksichtigt. Der Entwicklung eines betroffenen Menschen wird eine zeitliche Grenze gesetzt, die sich letztendlich auf seine Teilhabefähigkeit auswirkt.

Um eine personenzentrierte, hilfebedarfsorientierte und fachgerechte Hilfeleistung auch im Zuge künftiger Kostendämpfungen gewährleisten zu können, ist der Leistungserbringer dazu angehalten, sich zu professionalisieren. Die Grundlagen einer Professionalisierung sind das Verstehen des Leistungssystems sowie die Einführung und Anwendung der allgemein gültigen Standards

Literaturverzeichnis

Arolt, V. (2011) *Psychiatrische und psychotherapeutisch / psychosomatische Untersuchung und Befunddokumentation*. In Arolt, V., Reimer, C., Dilling, H. *Psychiatrie und Psychotherapie*, S. 19-24. Berlin / Heidelberg: Springer.

BAGüS. (2009) Der Behinderungsbegriff nach SGB IX und SGB XII und die Umsetzung in die Sozialhilfe. Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe. <http://sozialeunternehmen.de/wp-content/uploads/2010/05/BAG%C3%BCS-Leistungsvoraussetzungen.pdf>. Stand 30.11.2012

Bandelow, B., Gruber, O. & Falkai, P. (2013) *Intelligenzminderung*. Kurzlehrbuch Psychiatrie. Berlin/Heidelberg: Springer.

BAR. (2006) *ICF Praxisleitfaden - 1*. Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation. <http://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/publikationen/icf-praxisleitfaeden/downloads/ICF1.pdf>. Stand 06.12.2012

BAR. (2010) *Arbeitshilfe für die Rehabilitation und Teilhabe psychisch kranker und behinderter Menschen*. Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V. http://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/publikationen/arbeitshilfen/downloads/Arbeitshilfe_Psych.pdf. Stand 18.12.2012

BAR. (2011) Statistik der Ausgaben für Rehabilitation und Teilhabe 2008-2010. BAR Frankfurt. http://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/rehabilitation_und_teilhabe/DatenundFakten/downloads/Statistiktab_2008_2010.pdf. Stand 06.12.2012

BASFI Hamburg. (2009) *Wegweiser für Menschen mit Behinderung*. Hamburg Magazin. <http://www.hamburg.de/contentblob/1354694/data/wegweiser-datei.pdf>. Stand 14.12.2012

Becker, P. (2006) *Gesundheit durch Bedürfnisbefriedigung*. Göttingen: Hogrefe Verlag.

Berking, M. (2012) *Ursachen psychischer Störungen*. In Rief & Berking, *Klinische Psychologie und Psychotherapie für Bachelor*, S.19 - 27. Berlin/Heidelberg: Springer.

BMAS. (2009) *Übereinkommen der Vereinten Nationen über Rechte von Menschen mit Behinderungen*. Bundesministerium für Arbeit und Soziales. <http://www.bmas.de/DE/Themen/Teilhabe-behinderter-Menschen/Politik-fuer-behinderte-Menschen/uebereinkommen-der-vereinten-nationen/rechte-von-menschen-mit-behinderungen.html>. Stand 01.12.2012

BMAS. (2008) *Frühere Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit*. Bundesministerium für Arbeit und Soziales. <http://www.bmas.de/DE/Themen/Soziale-Sicherung/Versorgungsmedizin/anhaltspunkte-gutachter-entschaedigung.html>. Stand 16.12.2012

BMAS. (2011) *Übereinkommen der Vereinten Nationen über Rechte von Menschen mit Behinderungen*. Erster Staatenbericht der Bundesrepublik Deutschland. Bundesministerium für Arbeit und Soziales. http://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/staatenbericht-2011.pdf?__blob=publicationFile. Stand 30.11.2012.

Bundesgesetzblatt. (2008) Gesetz zu dem Übereinkommen der Vereinten Nationen vom 13. Dezember 2006 über die Rechte von Menschen mit Behinderungen, sowie zu dem Fakultativprotokoll vom 13. Dezember 2006 zum Übereinkommen der Vereinten Nationen über die

Rechte von Menschen mit Behinderung. Letzte Änderung 21.12.2008. Jahrgang 2008 Teil II Nr. 35, 1420.

BVKM. (2005) *Überlegungen zur zukünftigen Gestaltung und Finanzierung der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung.* Bundesverband für körperlich und mehrfachbehinderte e.V. http://www.bvkm.de/dokumente/pdf/Stellungnahmen/Zukunft_der_Eingliederungshilfe_-_5_Fachverbaende.pdf. Stand 20.01.2013

Degener, T. (2011) *Die UN-Behindertenrechtskonvention als Inklusionsmotor.* Deutsches Institut für Menschenrechte. <http://www.inklusion-als-menschenrecht.de/gegenwart/zusatzinformationen/die-un-behindertenrechtskonvention-als-inklusionsmotor/>. Stand 01.12.2012

Deutscher Verein. (2009) *Empfehlungen des Deutschen Vereins zur Bedarfsermittlung und Hilfeplanung in der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung.* Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. http://www.deutscher-verein.de/05-empfehlungen/empfehlungen_archiv/2009/pdf/DV%2006-09.pdf. Stand 23.12.2012

DIMDI. (2005) *Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit.* Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information. http://www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/downloadcenter/icf/endaussage/icf_endaussage-2005-10-01.pdf. Stand 14.12.2012

DIMDI. (2011) *Internationale Klassifikation der Krankheiten.* Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information. <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-who/kodesuche/onlinefassungen/htmlamtl2011/index.htm>. Stand 14.12.2012

DIMDI. (2013) *Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme 10. Revision German Modifikation Version 2013.* Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information. <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-gm/kodesuche/onlinefassungen/htmlgm2013/index.htm>. Stand 20.01.2013

Europäische Kommission. (2005) *Grünbuch. Die psychische Gesundheit der Bevölkerung verbessern- Entwicklung einer Strategie für die Förderung der psychischen Gesundheit in der Europäischen Union.* Generaldirektion Gesundheit & Verbraucherschutz. http://ec.europa.eu/health/archive/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_de.pdf. Stand 27.12.2012

Foester, K., Weig, W. & Fischer, K. (2011) *Sozialmedizinische Begutachtung für die Gesetzliche Rentenversicherung.* Berlin/Heidelberg: Springer.

Franke, E. (2012) *Sprechen und Verstehen. Anders leben- anders sterben.* Wien: Springer.

Gaebel, W. (2004) *Psychisch Kranke: Stigma erschwert Behandlung und Integration.* Deutsches Ärzteblatt, S. 3253 – 3255. Heft 48.

Gaese, F. (2011) *Intelligenzminderung (F7).* In Schanze (Hrsg.), *Psychiatrische Diagnostik und Therapie bei Menschen mit Intelligenzminderung.* Stuttgart: Schattauer.

Gazareth, P. (2009) *Behinderung hat viele Gesichter- Definitionen und Statistiken zum Thema Menschen mit Behinderung.* Schweizerische Eidgenossenschaft. <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/20/22/publ.html?publicationID=3788>. Stand 15.12.2012

Gemeinsame Kommission. (2011) *Niedersächsische Anwendungshinweise zum HMB-W Verfahren. Verfahren zur Zuordnung von Leistungsberechtigten zu Gruppen für*

Leistungsberechtigte mit vergleichbarem Hilfebedarf. Akademie für Rehaberufe.
<http://www.akademie-fuer-rehaberufe.de/akademie/dokumente/Hinweise-und-Regelungen/Anwendungshinweise-zum-HMB-W-Verfahren.pdf>. Stand 03.01.2013

Grözinger, M. & Röschke, J. (2011) *Psychiatrische Syndrome und Erkrankungen*. In Berlitz, *Klinische Neurologie*, S. 1440 - 1443. Berlin/Heidelberg: Springer.

Häßler, F. & Eggers, C. (2012) *Intelligenzminderung*. In Fegert, Eggers & Resch, *Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters*, S. 785-831. Berlin/Heidelberg: Springer Medizin.

Hellmann et al. (2012) *Recht auf Teilhabe. Ein Wegweiser zu allen wichtigen sozialen Leistungen für Menschen mit Behinderung*. Hellmann, U., Langer, R., Leonard, B., Schumacher, N. & Wendt, S. Marburg: Lebenshilfe Verlag.

Hölscher, F. & Schneider, F. (2012) *Intelligenzminderung (F7) und psychische Störungen bei Menschen mit geistiger Behinderung*. In Schneider, *Facharztwissen Psychiatrie und Psychotherapie*, S. 434-439. Berlin/Heidelberg: Springer.

Jacobi, F. & Harfst, T. (2007) *Psychische Erkrankungen - Erscheinungsformen, Häufigkeit und gesundheitspolitische Bedeutung*. Technische Universität Dresden. <http://psylux.psych.tu-dresden.de/i2/klinische/mitarbeiter/publikationen/jacobi-p/jacobi-harfst-krankenversicherung-2007.pdf>. Stand 21.12.2012

Jacobi, F. (2009) *Nehmen psychische Störungen zu?* Technische Universität Dresden. <http://psylux.psych.tu-dresden.de/i2/klinische/mitarbeiter/publikationen/jacobi-p/jacobi-reportpsychologie-2009.pdf>. Stand 21.12.2012

Kaltenborn, K-F. (2007) *Exkurs: Behinderung im Kontext des bio-psycho-sozialen Paradigmas. Von einer Defizitperspektive zu einem mehrdimensionalen Verständnis von Behinderung*. In Schoor, *Leben mit Behinderung- Eine Einführung in die Rehabilitationspädagogik anhand von Fallbeispielen*, S. 50-53. Stuttgart: Kohlhammer.

Klemperer, D. (2011) *Sozialmedizin - Public Health*. Nachdruck. Bern: Verlag Hans Huber.

Köbsell, Swantje (2008). *Durch die Genderbrille: Behinderung und Geschlecht*. Impulse - Newsletter zur Gesundheitsförderung, 58, S.12.

KVJS. (2011). *Behindertenhilfe-Fallmanagement in der Eingliederungshilfe Gesamtplan nach § 58 SGB XII- Grundlagenpapier*. Kommunalverband für Jugend und Soziales Baden Württemberg.

Lehmkuhle, J. (2007) *Förderung von Menschen mit geistiger Behinderung durch Bewegung und Tanz*. In Rebel (Hrsg.). Band 5. Münster/New York/München: Waxmann.

Lehrner, J. & Brenner-Walter, B. (2011) *Gedächtnisstörungen*. In Lehrner, Pusswald, Fertl, Strubreither & Kryspin-Exner, *Klinische Neuropsychologie-Grundlagen, Diagnostik & Rehabilitation*, S. 541-559. Wien/New York: Springer.

Lindmeier, C. (2005) *Die neue internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der WHO - Darstellung und Kritik*. Universität Landau. <http://www.uni-landau.de/instfson/joomla/lindmeier/ICF-Darstellung-und-Kritik.pdf>. Stand 13.12.2012

Lingg A. & Theunissen, T. (2000) *Psychische Störungen und Geistige Behinderung*. Freiburg im Breisgau: Lambertus.

- Lingg, A. & Theunissen, T. (2008)** *Psychische Störungen und geistige Behinderungen*. Ein Lehrbuch und Kompendium für die Praxis. 5., überarbeitete und aktualisierte Auflage. Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Maschke, M. (2008)** *Behindertenpolitik in der Europäischen Union*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Müller- Hohmann, I. (2008)** Ätiologie - Das Vulnerabilitäts-Stress-Modell. Fachsymposium Empowerment. <http://www.fachsymposium-empowerment.de/fileadmin/literatur/vulnerabilitaet/Mueller-Hohmann.pdf>. Stand 25.12.2012
- Pantucek, P. (2012)** *Soziale Diagnostik- Verfahren für die Praxis sozialer Arbeit*. Wien/Köln/Weimar: Böhlau Verlag.
- Paulitsch, K. & Karwautz, A. (2008)** *Grundlagen der Diagnostik*. In Klaus Paulitsch & Andreas Karwautz, *Grundlagen der Psychiatrie*, S.13-80 . Stuttgart: UTB.
- Payk, T. R. (2010)** *Pathologie des Denkens und der Intelligenz*. Psychopathologie, 3. Auflage. Berlin / Heidelberg: Springer.
- Remschmidt, A. & Niebergall, H (2008)** *Intelligenzminderungen*. In Möller, Laux & Kapfhammer, *Psychiatrie und Psychotherapie*, 3. Auflage, S. 2105. Berlin-Heidelberg: Springer.
- Rentsch, H.P. & Bucher, P.O. (2006)** *ICF in der Rehabilitation*. Idstein: Schulz-Kirchner.
- Rey, E.-R. (2011)** *Psychotische Störungen und Schizophrenie*. In Wittchen & Hoyer, *Klinische Psychologie und Psychotherapie*, S. 799-856. Berlin/Heidelberg: Springer.
- Rothenhäusler, H.-B. & Täschner, K.-L. (2012)** *Diagnostische Prinzipien*. Kompendium Praktische Psychiatrie Berlin/Heidelberg: Springer.
- Rüsch et al. (2004)** *Das Stigma psychischer Erkrankungen - Ursachen, Formen und therapeutische Konsequenzen*. Rüsch, N., Berger, M., Finzen, A. & Angermeyer, MC. In Berger, *Psychische Erkrankungen-Klinik und Therapie*. Elektronisches Zusatzkapitel. Jena/München: Urban & Fischer Verlag. http://www.berger-psychische-erkrankungen-klinik-und-therapie.de/ergaenzung_ruesch.pdf. Stand 18.12.2012
- Sandfort, D. (2009)** *Klinische Psychologie - Ätiologie*. Universität Bonn. <http://www.psychologie.uni-bonn.de/abteilungen/sozial-und-rechtspsychologie/lehre/dateien-ina-grau/klinischeps-aetiologie.pdf>: Stand: 27.12.2012
- Saß et al. (2003)** *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen- Textrevision- (DSM-IV-TR)*. Saß, H., Wittchen, H.-U., Zaudig, M. & Houben, I. Übersetzt nach der Textrevision der vierten Auflage des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders der American Psychiatric Association. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Schanze, C. (2011)** *Intelligenzminderung und psychische Störungen-Grundlagen, Epidemiologie und Erklärungsansätze*. In Schanze (Hrsg.), *Psychiatrische Diagnostik und Therapie bei Menschen mit Intelligenzminderung*, S. 13-23. Stuttgart: Schattauer.
- Schmidt, T. A. (2008)**. *Behinderung und Gesundheit - Aspekte zur Einführung in das Thema*. Impulse -Newsletter zur Gesundheitsförderung, 58, S.2.
- Schmidt, H. (2011a)** *Strukturelle und methodologische Besonderheiten in der Diagnostik bei geistig Behinderten*. In Schanze (Hrsg.), *Psychiatrische Diagnostik und Therapie bei Menschen mit Intelligenzminderung*, S. 25-27. Stuttgart: Schattauer.

- Schmidt, H. (2011b)** *Tauglichkeit internationaler Diagnosesysteme*. In Schanze (Hrsg.), *Psychiatrische Diagnostik und Therapie bei Menschen mit Intelligenzminderung*, S. 28-29. Stuttgart: Schattauer.
- Schuntermann, M. F. (2006)** Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) - Kurzeinführung. www.deutscherentenversicherung.de/cae/.../icf_kurzeinfuehrung.pdf. Stand 16.12.2012.
- Schuntermann, M. F. (2009)** *Einführung in die ICF. Grundkurs, Übungen, Offene Fragen*. 3. Auflage. Heidelberg, München, Landsberg, Frechen, Hamburg: EcoMed Medizin.
- Schüßler, G. & Brunauer, A. (2011)** *Psychologische Grundlagen psychischer Erkrankungen*. In Müller, *Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie*, S. 294-330. Berlin/Heidelberg: Springer.
- Seidel, M. (2011)** *Menschen mit Intelligenzminderung in Deutschland: Statistik, Lebenswelten, Hilfesysteme und Sozialrecht*. In Schanze (Hrsg.), *Psychiatrische Diagnostik und Therapie bei Menschen mit Intelligenzminderung*, S. 5-12. Stuttgart: Schattauer.
- Seifert, M. (2011)** *Familien mit Kindern mit besonderen Entwicklungsverläufen*. Kita Fachtexte. http://www.kita-fachtexte.de/fileadmin/website/KiTaFT_Seifert_2011.pdf. Stand 16.12.2012
- Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales Berlin. (o.J.)** Handbuch für das Fallmanagement in der Eingliederungshilfe nach SGB XII-Erhebung des Bedarfs und der Hilfeplanung. http://www.berlin.de/sen/soziales/behinderung/eingliederungshilfe/fm_022.html. Stand 11.01.2013
- Seydel, U. (2009)** *Komorbidität Sucht und Psychose- Konsequenzen für die psychosoziale Arbeit*. Hamburg: Diplomica Verlag.
- Tölle, R. & Windgassen, K. (2012)** *Psychiatrie*. Berlin/Heidelberg: Springer.
- Verband der Bayerischen Bezirke. (2009)** Gesamtplan gemäß § 58 SGB XII für Leistungen der Eingliederungshilfe für erwachsene Menschen mit seelischer Behinderung. Bezirk-Oberbayern. http://www.bezirk-oberbayern.de/media/custom/360_336_1.PDF. Stand 04.01.2013
- Waldschmidt, A. (2005)** *Disability Studies: individuelles soziales und /oder kulturelles Modell von Behinderung?* *Psychologie und Gesellschaftskritik*, S. 9-31.
- Weber, A., Hörmann, G. & Köllner, W. (2006)** *Psychische und Verhaltensstörungen: die Epidemie des 21. Jahrhunderts?* *Deutsches Ärzteblatt*, A 834-841.
- Wittchen, H.-U. & Hoyer, J. (2011)** *Klinische Psychologie und Psychotherapie*. Berlin/Heidelberg/New York: Springer.
- Wittchen, H.-U. & Jacobi, F. (2012)** Was sind die häufigsten psychischen Störungen in Deutschland? Robert Koch Institut. http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/Degs/degs_w1/Symposium/degs_psychische_stoerungen.pdf?__blob=publicationFile. Stand 28.12.2012
- Zeilinger, E. (2009)** Psychometrische Überprüfung und Normierung zweier deutsch-sprachiger Erhebungsinstrumente zur Erfassung der psychischen Gesundheit bei Menschen mit intellektueller Behinderung. Universität Bremen. http://othes.univie.ac.at/6858/1/2009-09-22_0006933.pdf. Stand 30.12.2012.

Rechtsverzeichnis

Eingliederungshilfeverordnung (2003). Verordnung nach § 60 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch. Letzte Änderung: 27.12.2003.

Fachanweisung EG Hamburg (2010). *Fachanweisung zu § 53 SGB XII.*
<http://www.hamburg.de/fa-sgbxii-kap06-53/2128510/fa-sgbii-53.html>. Letzte Änderung 01.01.2010.

Fachanweisung PBW Hamburg (2011). *Fachanweisung zu § 54 Abs. 1 SGB XII i.V.m. § 55 Abs. 1 und 2 Nr. 3 und 6 SGB IX.* Behörde für Familie, Soziales, Familie und Integration Hamburg.
<http://www.hamburg.de/fa-sgbxii-kap06-54/3156670/fa-sgbxii-54-pbw.html>. Letzte Änderung: 01.11.2011.

Globalrichtlinie PPM Hamburg (2008). *Globalrichtlinie zum § 54 Abs. 1 SGB XII in Verbindung mit dem § 55 Abs. 1 und 2 Nr. 3 und 6 SGB IX.* <http://www.hamburg.de/gl-sgbxii-54/126384/54-55-ppm.html>. Letzte Änderung 22.02.2008.

Sozialgesetzbuch Erstes Buch – Allgemeiner Teil. Letzte Änderung:12.04.2012

§ 10 SGB I Teilhabe behinderter Menschen

Sozialgesetzbuch Neuntes Buch - Sozialgesetzbuch zur Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen. Letzte Änderung: 19.06.2001.

§ 1 SGB IX Selbstbestimmung und Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft.

§ 2 SGB IX Behinderung

§ 3 SGB XI Vorrang von Prävention

§4 SGB IX Leistungen zur Teilhabe

§ 5 SGB IX Leistungsgruppen

§6 SGB IX Rehabilitationsträger

§ 9 SGB IX Wunsch und Wahlrecht des Leistungsberechtigten

§ 26 SGB IX Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

§ 30 SGB IX Früherkennung und Frühförderung

§ 54 SGB IX Haushalts- oder Betriebshilfe und Kinderbetreuungskosten

§ 55 SGB IX Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft

Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch- Sozialhilfe. Letzte Änderung: 27.12.2003.

§ 53 SGB XII Leistungsberechtigte und Aufgabe

§ 54 SGB XII Leistungen der Eingliederungshilfe

§ 58 SGB XII Gesamtplan

§ 75 SGB XII Einrichtungen und Dienste

Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere, dass ich vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe selbständig verfasst und nur die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe. Wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen sind unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht.

Manuela Kamin

Anhang 1 - Anamneseerhebung

Weitere Empfehlungen, Informationen und Anleitungen zur Erhebung einer Anamnese bietet die “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“ aus dem Jahr 2004 der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR). Die Empfehlung ist unter folgendem Link abrufbar (Stand 23. Januar 2013).

http://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/publikationen/gemeinsame-empfehlungen/downloads/Gemeinsame_Empfehlung_Begutachtung.pdf

Anamneseerhebung

1. Allgemeine Anamnese

- 1.1. Personenbezogene, allgemeine Angaben
- 1.2. Aktuelle Versorgungssituation
- 1.3. Inanspruchnahme von Leistungen (Erwerbsunfähigkeitsrente, Gesetzliche Betreuung etc.)
- 1.4. Wirtschaftliche Situation

2. Biografische Anamnese

- 2.1. Schwangerschaft, Geburt, Entwicklung, Kindheit, Jugend, Erwachsenen
- 2.2. Geburtsort, Wohnorte, Ethnische Herkunft
- 2.3. Schule, Bildungsweg, Beruf, Arbeitsverhältnisse und Tätigkeiten
- 2.4. Eheschließung, Partnerschaften, Scheidungen, Kinder
- 2.5. Konflikte mit dem Gesetz
- 2.6. Freizeit, Hobbies

3. Familienanamnese

3.1. Psychosoziale Situation der Eltern, Großeltern, Geschwister, Familienatmosphäre

3.2. Wesentliche Erkrankungen in der Familie

4. Psychische und somatische Krankheitsanamnese

4.1. Frühkindliche Entwicklungsstörungen (Geburtskomplikationen, wann Sprechen / Laufen gelernt etc.)

4.2. Chronische Infektionen

4.3. Unfälle

4.4. Behinderungen

4.5. Operationen

4.6. Sucht: Alkohol (Frequenz, Menge), Rauchen, Schlafmittel, Schmerzmittel, illegale Drogen

4.7. Bisherige medizinische Versorgung, bisherige Therapien

4.8. Arzneimittel (Namen, Dosis, Frequenz, Dauer)

4.9. Fremdanamnese (wird mit Einverständniserklärung mit und ohne Anwesenheit des Betroffenen erhoben)

5. Aktueller psychopathologischer Befund (Zu erheben aus Exploration, Fremdanamnese, Verhaltensbeobachtung)

5.1. Orientierung und Bewusstseinsstörung

5.2. Ansprache, Kommunikationsstil

5.3. Affektivität

5.4. Suizidalität

5.5. Antrieb, Psychomotorik und Motorik

5.6. Ich-Störungen

5.7. Denkstörungen

5.8. Gedächtnis und Konzentration

5.9. Halluzinationen

5.10. Angst

5.11. Vegetative Störungen (Schlafstörungen, Appetit, allgemeines Befinden)

5.12. Leidensdruck, Krankheitsgefühl, Krankheitseinsicht

5.13. Selbstkritik

Hilfebedarf in der individuellen Lebensgestaltung („Wohnen“)

Bitte sowohl im sog. "Aktivitätsprofil" als auch beim Hilfebedarf das Zutreffende ankreuzen. Sollten einzelne Hilfebedarfsbereiche nicht zutreffen, bitte Hilfebedarf „A“ (keine Hilfe erforderlich) ankreuzen und im Aktivitätsprofil „nicht zutreffend“ notieren.

Das „Aktivitätsprofil“ erfasst die momentane Situation des behinderten Menschen („Bestandsaufnahme“), der „Hilfebedarf“ die erforderliche personelle Unterstützung, um ausgehend von der aktuellen Situation die mit dem behinderten Menschen vereinbarten Ziele zu erreichen.

Weitere Hilfestellungen für die Einstufung finden Sie in der Anlage.

"Aktivitätsprofil" Die Person ...			Bereich / Aktivität	Hilfebedarf			
kann	kann mit Schwierigkeiten	kann nicht		A	B	C	D
				keine Hilfe erforderlich / gewünscht	Information / Assistenz / Hilfestellung	stellvertretende Ausführung / Begleitung	Intensive Förderung / Anleitung
Alltägliche Lebensführung							
			1. Einkaufen: Lebensmittel, Gegenstände des täglichen Bedarfs einkaufen (Einkauf planen, Geschäfte aufsuchen, auswählen)				
			2. Zubereitung von Zwischenmahlzeiten: Übliche Wege der Zubereitung von Zwischenmahlzeiten und Getränken, einschließlich Frühstück und Abendessen				
			3. Zubereitung von Hauptmahlzeiten: Übliche Wege der Zubereitung von warmen Hauptmahlzeiten, einschließlich Benutzung von Geräten				
			4. Wäschepflege: Persönliche Wäsche waschen, flicken, aus- und einsortieren, einschließlich der Bedienung von Geräten				
			5. Ordnung im eigenen Bereich: Aufräumen, Zimmer/Sanitärbereich reinigen				
			6. Geld verwalten: Kenntnis des Geldwertes, Einteilung des Geldes				
			7. Regeln von finanziellen und (sozial-)rechtlichen Angelegenheiten: Ausfüllen von Formularen, Stellen von Anträgen, Bankgeschäfte etc., ggf. Kooperation mit gesetzlichem Betreuer				

"Aktivitätsprofil" Die Person ...			Bereich / Aktivität	Hilfebedarf			
kann	kann mit Schwierigkeiten	kann nicht		A	B	C	D
				keine Hilfe erforderlich / gewünscht	Information / Assistenz / Hilfestellung	stellvertretende Ausführung / Begleitung	Intensive Förderung / Anleitung
Individuelle Basisversorgung							
			8. Ernährung: Auswahl von Art und Menge der Nahrung, Essen und Trinken, Zerkleinern (z.B. Fleisch schneiden) usw.				
			9. Körperpflege: Ganz- oder Teilwaschung, Morgen- und Abendtoilette (außer Baden/Duschen), Umgang mit Menstruation				
			10. persönliche Hygiene / Toilettenbenutzung: Aufsuchen der Toilette, sachgerechte Benutzung, Umgang mit Inkontinenz				
			11. Aufstehen / zu Bett gehen: Grundfertigkeiten der Mobilität (körperliche Fähigkeiten), motivationale				
			12. Baden / Duschen: Eigenständige Benutzung der Dusche oder Badewanne (körperliche Fähigkeiten).				
			13. Anziehen / Ausziehen: Auswahl von Kleidung/der Witterung oder dem Anlass entsprechend, körperliche Fähigkeit, sich an- oder auszuziehen (Grob- und Feinmotorik)				
Gestaltung sozialer Beziehungen							
			14. im unmittelbaren Nahbereich: Beziehungen zu Mitbewohnern/Nachbarn/Mitarbeitern, Regelung von Konflikten, Vermeidung von Isolation, Einhalten von Absprachen				
			15. zu Angehörigen: Aufrechterhaltung der sozialen Beziehungen, Kontaktaufnahme, Klärung von Konflikten				
			16. in Freundschaften / Partnerschaften: Aufbau und Aufrechterhaltung stabiler sozialer Beziehungen, Kontaktaufnahme,				

"Aktivitätsprofil" Die Person ...			Bereich / Aktivität	Hilfebedarf			
kann	kann mit Schwierigkeiten	kann nicht		A	B	C	D
				keine Hilfe erforderlich / gewünscht	Information / Assistenz / Hilfestellung	stellvertretende Ausführung / Begleitung	Intensive Förderung / Anleitung
Teilnahme am kulturellen und gesellschaftlichen Leben							
			17. Gestaltung freier Zeit / Eigenbeschäftigung: planvolle und persönlich sinnvolle Nutzung freier Zeit, Einteilung der Zeit, Ausführen				
			18. Teilnahme an Freizeitangeboten / kulturellen Veranstaltungen: Information über Angebote, Auswahl von Angeboten, aktives Aufsuchen von Angeboten (einschließlich der dazu erforderlichen körperlichen Mobilität)				
			19. Begegnung mit sozialen Gruppen / fremden Personen: Sich zurechtfinden in fremden Gruppen, Sozialverhalten, Bewältigung von Konflikten (im Freizeit- und Arbeitsbereich)				
			20. Erschließen außerhäuslicher Lebensbereiche: Motivation zum Besuch von Schule, Arbeitsplatz, Beschäftigungsbereich u.ä.; Bewältigung des Weges zum außerhäuslichen Lebensbereich etc.				
			21. Entwickeln von Zukunftsperspektiven, Lebensplanung: Auseinandersetzung mit der eigenen Behinderung, Auseinandersetzung mit der eigenen Rolle in der Gesellschaft, Entwickeln persönlicher Ziele				
Kommunikation und Orientierung							
			22. Kompensation von Sinnesbeeinträchtigungen und Kommunikationsstörungen; Unterstützung der Kulturtechniken: Nutzung von Hilfsmitteln wie Langstock, Hörgerät, PC etc., Aneignung und Gebrauch von Gebärdensprache, Erschließen alternativer Kommunikationswege bei fehlender oder stark eingeschränkter Sprache etc.				
			23. Zeitliche Orientierung: Kenntnis der Uhrzeit, Tag-Nacht-Rhythmus, Zeitstruktur				
			24. Räumliche Orientierung in vertrauter Umgebung: (alle Orte, die regelmäßig aufgesucht werden: Wohnung, Wohnumfeld, Weg zur Arbeit etc.)				
			25. Räumliche Orientierung in fremder Umgebung (einschließlich Verkehrssicherheit)				

"Aktivitätsprofil" Die Person ...			Bereich / Aktivität	Hilfebedarf			
kann	kann mit Schwierigkeiten	kann nicht		A	B	C	D
				keine Hilfe erforderlich / gewünscht	Information / Assistenz / Hilfestellung	stellvertretende Ausführung / Begleitung	Intensive Förderung / Anleitung
Emotionale und psychische Entwicklung							
			26. Bewältigung von Angst, Unruhe, Spannungen				
			27. Bewältigung von Antriebsstörungen, Interesselosigkeit, Apathie				
			28. Bewältigung paranoider oder affektiver Symptomatik				
			29. Umgang mit und Abbau von erheblich selbst- und fremdgefährdenden Verhaltensweisen				
Gesundheitsförderung und -erhaltung							
			30. Ausführen ärztlicher oder therapeutischer Verordnungen: Bereitstellung, Dosierung und Einnahme von Medikamenten, (Körper-				
			31. Absprache und Durchführung von Arztterminen: Arztwahl, Terminvereinbarung, Aufsuchen der Praxis etc.				
			32. Spezielle pflegerische Erfordernisse: Dekubitusprophylaxe, Bedienung von Beatmungsgeräten, pflegerische Erfordernisse bei Sondenernährung etc.				
			33. Beobachtung und Überwachung des Gesundheitszustandes: Regelmäßige Kontrollen (z.B. bei Diabetes, Vitalzeichen-Kontrolle,				
			34. Gesundheitsfördernder Lebensstil: Kenntnisse über gesunde Ernährung, körperliches Training/ Bewegung, Vermeiden				

Anhang 3 – Hilfebedarfskategorien

Quelle der tabellarischen Auflistung: (Gemeinsame Kommission, 2011)

I. Alltägliche Lebensführung	Es ist keine (personelle) Hilfe erforderlich bzw. gewünscht	Information, Assistenz, Hilfestellung	Stellvertretende Ausführung/Begleitung	Intensive Förderung/Anleitung; umfassende Hilfestellung
<p>I. Einkaufen Lebensmittel, Gegenstände des täglichen Bedarfs einkaufen (Einkauf planen, Geschäfte aufsuchen, auswählen)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Einkaufsbedarf erkennen • Einkaufszettel erstellen • Einkaufen von Gegenständen des pers. Bedarfs • bewusstes Auswählen, nach Geschmack und Qualität • Transport der Ware nach Hause <p>Die Aufzählungen sind nicht abschließend.</p>	<p>Allgemeine Ausführungen zum Item</p> <p>Die Abgrenzungen/Überschneidungen zu anderen Items sind zu beachten und die verbundenen Bedarfe sind zu berücksichtigen. Um einkaufen zu können, sind verschiedene Kompetenzen Voraussetzung, wie zum Beispiel Geld einsetzen (Item 6), sich sozial angemessen verhalten (Item 19), sich mitteilen (Item 22) sowie sich orientieren können (Item 25). Wenn einzelne Voraussetzungen erst erlernt werden müssen, ist dieser Bedarf bei den jeweiligen Items abzubilden.</p> <p>Es ist keine (personelle) Hilfe erforderlich bzw. gewünscht, wenn das Nichtstun nicht zu Beeinträchtigungen der Lebensqualität führt bzw. kein Schaden für die betreffende Person entsteht.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Sprachliche Unterstützung und sachbezogene Handreichung: <ul style="list-style-type: none"> • Sachliche Informationen • Erinnerungen • Aufforderungen • Begründungen • Stellen von Materialien/Hilfsmittel ➤ Unterstützung des selbständigen Handelns ➤ Initiierung des selbständigen Handelns ➤ Motivationsarbeit (Hilfe nicht erwünscht): Einsicht erwecken/vermitteln 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Überwiegend stellvertretende Leistungen ➤ Stellvertretende Ausführung von Tätigkeiten/Aktivitäten <u>für</u> die betreffende Person ➤ Begleitung, bzw. Transfer insbesondere wo Stellvertretung inhaltlich nicht möglich ist ➤ Unterstützende Anwesenheit (Aufsichtsleistung) ➤ Begleitung, die nicht exklusiv für die betreffende Person geleistet werden muss <p>... wenn die Tätigkeit ausgeführt werden muss (z.B. müssen Gegenstände des persönlichen Bedarfs wie Seife, Zahnpasta etc. besorgt werden) und ein Betreuer dies mangels Möglichkeit oder Einsicht des betreffenden Menschen übernimmt...</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Aktivitäten, die stets nur im Beisein einer Betreuerin/eines Betreuers stattfinden können

I. Alltägliche Lebensführung	Es ist keine (personelle) Hilfe erforderlich bzw. gewünscht	Information, Assistenz, Hilfestellung	Stellvertretende Ausführung/Begleitung	Intensive Förderung/Anleitung; umfassende Hilfestellung
<p>2. Zubereiten von Zwischenmahlzeiten Übliche Wege der Zubereitung von Zwischenmahlzeiten und Getränken, einschließlich Frühstück und Abendessen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Auswahl der entsprechenden Lebensmittel • Anrichten, z.B. Brot oder Obst schneiden • Tisch decken, Abräumen, Abwaschen, Abwischen <p>Die Aufzählungen sind nicht abschließend.</p>	<p>Allgemeine Ausführungen zum Item</p> <p>Die Abgrenzungen/Überschneidungen zu anderen Items sind zu beachten und die verbundenen Bedarfe sind zu berücksichtigen. Im Zusammenhang mit der Zubereitung von Zwischenmahlzeiten stehen z.B. die Items Ernährung (8), Gesundheitsfördernder Lebensstil (34) oder Gestaltung sozialer Beziehungen im unmittelbaren Nahbereich (14).</p> <p>Es ist keine (personelle) Hilfe erforderlich bzw. gewünscht.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Sprachliche Unterstützung und sachbezogene Handreichung: <ul style="list-style-type: none"> • Sachliche Informationen • Erinnerungen • Aufforderungen • Begründungen • Stellen von Materialien/Hilfsmittel ➤ Unterstützung des selbständigen Handelns ➤ Initiierung des selbständigen Handelns ➤ Motivationsarbeit (Hilfe nicht erwünscht): Einsicht erwecken/vermitteln 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Überwiegend stellvertretende Leistungen ➤ Stellvertretende Ausführung von Tätigkeiten/Aktivitäten <u>für</u> die betreffende Person ➤ Unterstützende Anwesenheit (Aufsichtsleistung) 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Aktivitäten, die stets nur im Beisein einer Betreuerin/eines Betreuers stattfinden können

I. Alltägliche Lebensführung	Es ist keine (personelle) Hilfe erforderlich bzw. gewünscht	Information, Assistenz, Hilfestellung	Stellvertretende Ausführung/Begleitung	Intensive Förderung/Anleitung; umfassende Hilfestellung
<p>3. Zubereiten von Hauptmahlzeiten Übliche Wege der Zubereitung von warmen Hauptmahlzeiten, einschließlich Benutzung von Geräten</p> <ul style="list-style-type: none"> • Auswahl von Gerichten • Umgang mit dem Kochbuch • Zusammenstellung der Zutaten • Vorbereiten der Lebensmittel (z.B. Gemüse) • Fertiggerichte warm machen • Kochen einfacher Gerichte, Backen • Umgang mit Geräten • Tisch decken, Abräumen, Abwaschen, Abwischen, Abtrocknen <p>Die Aufzählungen sind nicht abschließend.</p>	<p>Allgemeine Ausführungen zum Item</p> <p>Die Abgrenzungen/Überschneidungen zu anderen Items sind zu beachten und die verbundenen Bedarfe sind zu berücksichtigen. Im Zusammenhang mit der Zubereitung von Hauptmahlzeiten stehen z.B. die Items Ernährung (8), Gesundheitsfördernder Lebensstil (34) oder Gestaltung sozialer Beziehungen im unmittelbaren Nahbereich (14), Gestaltung freier Zeit/Eigenbeschäftigung (17).</p> <p>Im Rahmen der „alltäglichen Lebensführung“ sind generell nicht die Versorgungsleistungen einer Einrichtung oder unterstützender Personen im privaten Bereich entscheidend, sondern der individuelle Hilfebedarf eines Menschen mit Behinderung. Das heißt, es ist vor allem bei einer sog. Vollversorgung zu fragen, ob ein Mensch mit Behinderung die entsprechende Tätigkeit selbst ausführen könnte oder nicht und welcher Hilfebedarf dann besteht.</p>			
	<p>Es ist keine (personelle) Hilfe erforderlich bzw. gewünscht.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Sprachliche Unterstützung und sachbezogene Handreichung: <ul style="list-style-type: none"> • Sachliche Informationen • Erinnerungen • Aufforderungen • Begründungen • Stellen von Materialien/Hilfsmittel ➤ Unterstützung des selbständigen Handelns ➤ Initiierung des selbständigen Handelns ➤ Motivationsarbeit (Hilfe nicht erwünscht): Einsicht erwecken/vermitteln 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Überwiegend stellvertretende Leistungen ➤ Stellvertretende Ausführung von Tätigkeiten/Aktivitäten <u>für</u> die betreffende Person ➤ Begleitung, bzw. Transfer insbesondere wo Stellvertretung inhaltlich nicht möglich ist ➤ Unterstützende Anwesenheit (Aufsichtsleistung) ➤ Begleitung, die nicht exklusiv für die betreffende Person geleistet werden muss 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Aktivitäten, die stets nur im Beisein einer Betreuerin/eines Betreuers stattfinden können

I. Alltägliche Lebensführung	Es ist keine (personelle) Hilfe erforderlich bzw. gewünscht	Information, Assistenz, Hilfestellung	Stellvertretende Ausführung/Begleitung	Intensive Förderung/Anleitung; umfassende Hilfestellung
<p>4. Wäschepflege Persönliche Wäsche waschen, flicken, aus- und einsortieren, einschließlich der Bedienung von Geräten</p> <ul style="list-style-type: none"> • Erkennen der eigenen Wäsche • schmutzige Wäsche in den Wäschekorb legen • Bunt- u. Kochwäsche sortieren • Waschmittel sachgerecht benutzen • Wäsche aufhängen, abnehmen • Wäsche bügeln • Knöpfe annähen <p>Die Aufzählungen sind nicht abschließend.</p>	<p>Allgemeine Ausführungen zum Item</p> <p>Die Abgrenzungen/Überschneidungen zu anderen Items sind zu beachten und die verbundenen Bedarfe sind zu berücksichtigen. Z.B. Ordnung im eigenen Bereich (5), Anziehen/Ausziehen (13).</p> <p>Im Rahmen der „alltäglichen Lebensführung“ sind generell nicht die Versorgungsleistungen einer Einrichtung oder unterstützender Personen im privaten Bereich entscheidend, sondern der individuelle Hilfebedarf eines Menschen mit Behinderung. Das heißt, es ist vor allem bei einer sog. Vollversorgung zu fragen, ob ein Mensch mit Behinderung die entsprechende Tätigkeit selbst ausführen könnte oder nicht und welcher Hilfebedarf dann besteht.</p>	<p>➤ Sprachliche Unterstützung und sachbezogene Handreichung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sachliche Informationen • Erinnerungen • Aufforderungen • Begründungen • Stellen von Materialien/ Hilfsmittel <p>➤ Unterstützung des selbständigen Handelns</p> <p>➤ Initiierung des selbständigen Handelns</p> <p>Motivationsarbeit (Hilfe nicht erwünscht): Einsicht erwecken/vermitteln</p>	<p>➤ Überwiegend stellvertretende Leistungen</p> <p>➤ Stellvertretende Ausführung von Tätigkeiten/Aktivitäten für die betreffende Person</p> <p>➤ Begleitung, bzw. Transfer insbesondere wo Stellvertretung inhaltlich nicht möglich ist</p> <p>➤ Unterstützende Anwesenheit (Aufsichtsleistung)</p> <p>Begleitung, die nicht exklusiv für die betreffende Person geleistet werden muss.</p>	<p>➤ Aktivitäten, die stets nur im Beisein einer Betreuerin/eines Betreuers stattfinden können</p>
	<p>„keine Hilfe erforderlich bzw. gewünscht“, wenn das Nichtstun nicht zu Beeinträchtigungen der Gesundheit, der Lebensqualität und/oder der sozialen Beziehungen führt bzw. kein Schaden für die betreffende Person entsteht.</p>			

I. Alltägliche Lebensführung	Es ist keine (personelle) Hilfe erforderlich bzw. gewünscht	Information, Assistenz, Hilfestellung	Stellvertretende Ausführung/Begleitung	Intensive Förderung/Anleitung; umfassende Hilfestellung
<p>5. Ordnung im eigenen Bereich Aufräumen, Zimmer/Sanitärbereich reinigen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gestaltung des eigenen Zimmers, • Ordnung halten • Reinigung, Instandhaltung • Staubwischen, Staubsaugen, Fußboden wischen, Betten machen, Betten beziehen, Müll trennen/wegbringen, Fenster putzen, Blumen gießen, Zimmerlüften, • Mithilfe im Gemeinschaftsbereich • Reinigung, Instandhaltung z.B. von Rollator, Rollstuhl, Lifter <p>Die Aufzählungen sind nicht abschließend.</p>	<p>Allgemeine Ausführungen zum Item</p> <p>Die Abgrenzungen/Überschneidungen zu anderen Items sind zu beachten und die verbundenen Bedarfe sind zu berücksichtigen. Im Zusammenhang mit der Ordnung im eigenen Bereich stehen z.B. die Items Wäschepflege (4) Gestaltung sozialer Beziehungen im unmittelbaren Nahbereich (14), sowie Gestaltung freier Zeit/Eigenbeschäftigung (17).</p> <p>Im Rahmen der „alltäglichen Lebensführung“ sind generell nicht die Versorgungsleistungen einer Einrichtung oder unterstützender Personen im privaten Bereich entscheidend, sondern der individuelle Hilfebedarf eines Menschen mit Behinderung. Das heißt, es ist vor allem bei einer sog. Vollversorgung zu fragen, ob ein Mensch mit Behinderung die entsprechende Tätigkeit selbst ausführen könnte oder nicht und welcher Hilfebedarf dann besteht.</p> <p>Als eigener Bereich innerhalb der Einrichtung ist der Raum oder der Teil eines Raumes zu verstehen der für den Bewohner als individuelle Rückzugsmöglichkeit zur Verfügung steht und ausschließlich von ihm genutzt und gestaltet wird. Es gibt Teile des Gemeinschaftsbereiches für die dieses Item gleichfalls gelten kann.</p> <p>„keine Hilfe erforderlich bzw. gewünscht“, wenn das Nichtstun nicht zu Beeinträchtigungen der</p> <p>Gesundheit, der Lebensqualität und/oder der sozialen Beziehungen führt bzw. kein Schaden für die betreffende Person entsteht.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Sprachliche Unterstützung und sachbezogene Handreichung: <ul style="list-style-type: none"> • Sachliche Informationen • Erinnerungen • Aufforderungen • Begründungen • Stellen von Materialien/ Hilfsmittel ➤ Unterstützung des selbständigen Handelns ➤ Initiierung des selbständigen Handelns ➤ Motivationsarbeit (Hilfe nicht erwünscht): Einsicht erwecken/vermitteln 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Überwiegend stellvertretende Leistungen ➤ Stellvertretende Ausführung von Tätigkeiten/Aktivitäten <u>für</u> die betreffende Person ➤ Begleitung, bzw. Transfer insbesondere wo Stellvertretung inhaltlich nicht möglich ist ➤ Unterstützende Anwesenheit (Aufsichtsleistung) <p>Begleitung, die nicht exklusiv für die betreffende Person geleistet werden muss</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Aktivitäten, die stets nur im Beisein einer Betreuerin/eines Betreuers stattfinden können

I. Alltägliche Lebensführung	Es ist keine (personelle) Hilfe erforderlich bzw. gewünscht	Information, Assistenz, Hilfestellung	Stellvertretende Ausführung/Begleitung	Intensive Förderung/Anleitung; umfassende Hilfestellung
<p>6. Geld verwalten Kenntnis des Geldwertes, Einteilung des Geldes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Unterscheiden von verschiedenen Münzen und Scheinen • Zahlenverständnis • Wechselgeld prüfen • Preisvergleich <p>Die Aufzählungen sind nicht abschließend.</p>	<p>Allgemeine Ausführungen zum Item</p> <p>Die Abgrenzungen/Überschneidungen zu anderen Items sind zu beachten und die verbundenen Bedarfe sind zu berücksichtigen. Im Zusammenhang mit dem Item Geld verwalten stehen z.B. die Items Einkaufen (1), oder Regeln von finanziellen und (sozial-)rechtlichen Angelegenheiten (7).</p>			
<p>„keine Hilfe erforderlich bzw. gewünscht“, wenn das Nichtstun nicht zu Beeinträchtigungen der Gesundheit, der Lebensqualität und/oder der sozialen Beziehungen führt bzw. kein Schaden für die betreffende Person entsteht.</p>	<p>Information, Erinnerung, sachbezogenen Dienstleistungen zur Unterstützung selbständigen Handelns oder zur Sicherung der Hilfen aus dem privaten sozialen Umfeld (Angehörige, gesetzliche Betreuer). Der Barbetrag wird für den Menschen mit Behinderung verwaltet und in regelmäßigen Abständen ausbezahlt. Die Verwendung des Geldes steht dem Menschen mit Behinderung frei.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Überwiegend stellvertretende Leistungen ➤ Stellvertretende Ausführung von Tätigkeiten/Aktivitäten <u>für</u> die betreffende Person ➤ Begleitung, bzw. Transfer insbesondere wo Stellvertretung inhaltlich nicht möglich ist ➤ Unterstützende Anwesenheit (Aufsichtsleistung) <p>Begleitung, die nicht exklusiv für die betreffende Person geleistet werden muss.</p>	<p>Aktivitäten, die stets nur im Beisein einer Betreuerin/eines Betreuers stattfinden können</p>	

I. Alltägliche Lebensführung	Es ist keine (personelle) Hilfe erforderlich bzw. gewünscht	Information, Assistenz, Hilfestellung	Stellvertretende Ausführung/Begleitung	Intensive Förderung/Anleitung; umfassende Hilfestellung
<p>7. Regeln von finanziellen und (sozial-) rechtlichen Angelegenheiten Ausfüllen von Formularen, Stellen von Anträgen, Bankgeschäfte etc., ggf. Kooperation mit gesetzlichem Betreuer</p> <ul style="list-style-type: none"> • Beantwortung von Schriftstücken • Geld abheben, Geld überweisen • Aufsuchen von Ämtern und Behörden <p>Die Aufzählungen sind nicht abschließend.</p>	<p>Allgemeine Ausführungen zum Item</p> <p>Die Abgrenzungen/Überschneidungen zu anderen Items sind zu beachten und die verbundenen Bedarfe sind zu berücksichtigen. Die Verwaltung des Taschengeldes/Barbetrags fällt in das Item 6 (Geld verwalten) unabhängig von der Form der Auszahlung. Besteht auf Seiten des Bewohners ein Konflikt mit dem gesetzlichen Betreuer oder mit der Einrichtung der sich aus der gesetzlichen Betreuung ergibt, liegt der hier entstehende Hilfebedarf im Item 15. Wenn die gesetzliche Betreuung in den Händen von Angehörigen liegt, diese aber nicht in der Lage sind, die ihnen zugewiesenen Aufgaben zu erfüllen, der Bewohner eine Veränderung der Betreuung aber ablehnt, kann das einen Hilfebedarf im Item 15 begründen.</p> <p>Ein Ziel kann die Auflösung einer bestehenden gesetzlichen Betreuung sein. Der daraus resultierende Hilfebedarf ist in den entsprechenden Items abzubilden z.B. Item 6, Item 19, Item 22. Wenn das Ziel erreicht ist, kann sich ein Hilfebedarf aller Kategorien in diesem Item ergeben.</p>			
	<p>Es ist keine (personelle) Hilfe erforderlich bzw. gewünscht.</p>	<p>Es ist ein gesetzlicher Betreuer bestellt, der für diese Angelegenheiten zuständig ist. Mit ihm muss regelmäßig kooperiert werden (Informationsaustausch, Absprachen etc.)</p> <p>Information, Erinnerung, sachbezogene Dienstleistungen zur Unterstützung selbständigen Handelns oder zur Sicherung der Hilfen aus dem privaten sozialen Umfeld (Angehörige, gesetzliche Betreuer).</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Überwiegend stellvertretende Leistungen ➤ Stellvertretende Ausführung von Tätigkeiten/Aktivitäten <u>für</u> die betreffende Person ➤ Begleitung, bzw. Transfer insbesondere wo Stellvertretung inhaltlich nicht möglich ist ➤ Unterstützende Anwesenheit (Aufsichtsleistung) <p>Begleitung, die nicht exklusiv für die betreffende Person geleistet werden muss.</p>	<p>Aktivitäten, die stets nur im Beisein einer Betreuerin/eines Betreuers stattfinden können</p>

II. Individuelle Basisversorgung	Es ist keine (personelle) Hilfe erforderlich bzw. gewünscht	Information, Assistenz, Hilfestellung	Stellvertretende Ausführung/Begleitung	Intensive Förderung/Anleitung; umfassende Hilfestellung
<p>8. Ernährung Auswahl von Art und Menge der Nahrung, Essen und Trinken, Zerkleinern (z.B. Fleisch schneiden) usw.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Genussfähigkeit entwickeln • Genießbarkeit erkennen • Essen mit Besteck • Essensaufnahme mit Hilfsmitteln, fremder Unterstützung • Fähigkeit, sich selbst zu bedienen <p>Die Aufzählungen sind nicht abschließend.</p>	<p>Allgemeine Ausführungen zum Item</p> <p>Die Abgrenzungen/Überschneidungen zu anderen Items sind zu beachten und die verbundenen Bedarfe sind zu berücksichtigen. In diesem Item geht es um die praktische Umsetzung der Nahrungsaufnahme.</p> <p>Im Zusammenhang mit diesem Item stehen z.B. das Item 14 „Gestalten sozialer Beziehungen im unmittelbaren Nahbereich“ und das Item 34 „gesundheitsfördernder Lebensstil“.</p>			
	<p>„keine Hilfe erforderlich bzw. gewünscht“, wenn das Nichtstun nicht zu Beeinträchtigungen der Gesundheit, der Lebensqualität ... führt bzw. kein Schaden für die betreffende Person entsteht.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Sprachliche Unterstützung und sachbezogene Handreichung: <ul style="list-style-type: none"> • Sachliche Informationen • Erinnerungen • Aufforderungen • Begründungen • Stellen von Materialien/ Hilfsmittel ➤ Unterstützung des selbständigen Handelns ➤ Initiierung des selbständigen Handelns ➤ Motivationsarbeit (Hilfe nicht erwünscht): Einsicht erwecken/vermitteln 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Überwiegend stellvertretende Leistungen ➤ Stellvertretende Ausführung von Tätigkeiten/Aktivitäten <u>für</u> die betreffende Person ➤ Unterstützende Anwesenheit (Aufsichtsleistung) 	<p>Bei einem Menschen mit einer ausgeprägten Mehrfachbehinderung kann bei „Ernährung“ eine umfassende Hilfestellung erforderlich sein, um seine Fähigkeiten des Kauens und Schluckens aufrechtzuerhalten.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Aktivitäten, die stets nur im Beisein einer Betreuerin/eines Betreuers stattfinden können

II. Individuelle Basisversorgung	Es ist keine (personelle) Hilfe erforderlich bzw. gewünscht	Information, Assistenz, Hilfestellung	Stellvertretende Ausführung/Begleitung	Intensive Förderung/Anleitung; umfassende Hilfestellung
<p>9. Körperpflege Ganz- oder Teilwaschung, Morgen- und Abendtoilette (außer Baden/Duschen), Umgang mit Menstruation</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hände waschen • Einsatz von Pflegemitteln, Zähneputzen • Prothesenpflege • Haare waschen, Frisieren • Pediküre, Maniküre, Rasur, Ohren reinigen • Einsatz von Kosmetik <p>Die Aufzählungen sind nicht abschließend.</p>	<p>Allgemeine Ausführungen zum Item</p> <p>Die Abgrenzungen/Überschneidungen zu anderen Items sind zu beachten und die verbundenen Bedarfe sind zu berücksichtigen.</p> <p>Die Einbeziehung des Bewohners in die Handlung der Körperpflege (Teilhandlungen) ist in allen Hilfekategorien selbstverständlich und Ausdruck der Würdigung des Menschen. Die körperlichen und kognitiven Fähigkeiten sind angemessen zu berücksichtigen. Basale Förderung wird laut Metzler dem Lebensbereich „Teilnahme am kulturellen und gesellschaftlichen Leben“ zugeordnet. Die „Basale Stimulation“ dient u.a. der Aktivierung der Sinne und der Kommunikation und gehört nicht in den Bereich der individuellen Basisversorgung. (Siehe hierzu auch die Ausführungen von Basale Stimulation, Andreas Fröhlich).</p> <p>Das Händewaschen vor und nach der Toilettenbenutzung ist in Item 10 „Toilettenbenutzung/persönliche Hygiene“ abzubilden. Der Vorgang des Badens und Duschens wird ausschließlich in Item 12 abgebildet.</p> <p>Während es im Bereich VII „Gesundheitsförderung und –erhaltung“ um prophylaktische Maßnahmen, Bewältigung von Erkrankungen und dem Umgang mit Pflegebedarf geht, ist in diesem Item die gewöhnliche Körperpflege abgebildet.</p> <p>„keine Hilfe erforderlich bzw. gewünscht“, wenn das Nichtstun nicht zu Beeinträchtigungen der Gesundheit, der Lebensqualität ... führt bzw. kein Schaden für die betreffende Person entsteht.</p>	<p>➤ Sprachliche Unterstützung und sachbezogene Handreichung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sachliche Informationen • Erinnerungen • Aufforderungen • Begründungen • Stellen von Materialien/Hilfsmittel <p>➤ Unterstützung des selbständigen Handelns</p> <p>➤ Initiierung des selbständigen Handelns</p> <p>➤ Motivationsarbeit (Hilfe nicht erwünscht): Einsicht erwecken/vermitteln</p>	<p>➤ Überwiegend stellvertretende Leistungen</p> <p>➤ Stellvertretende Ausführung von Tätigkeiten/Aktivitäten für die betreffende Person</p> <p>➤ Begleitung, bzw. Transfer insbesondere wo Stellvertretung inhaltlich nicht möglich ist</p> <p>➤ Unterstützende Anwesenheit (Aufsichtsleistung)</p>	<p>➤ Aktivitäten, die stets nur im Beisein einer Betreuerin/eines Betreuers stattfinden können</p>

II. Individuelle Basisversorgung	Es ist keine (personelle) Hilfe erforderlich bzw. gewünscht	Information, Assistenz, Hilfestellung	Stellvertretende Ausführung/Begleitung	Intensive Förderung/Anleitung; umfassende Hilfestellung
<p>10. Toilettenbenutzung /persönliche Hygiene: Aufsuchen der Toilette, sachgerechte Benutzung, Umgang mit Inkontinenz</p> <ul style="list-style-type: none"> • sich säubern, • Hände waschen <p>Die Aufzählungen sind nicht abschließend.</p>	<p>Allgemeine Ausführungen zum Item</p> <p>Die Abgrenzungen/Überschneidungen zu anderen Items sind zu beachten und die verbundenen Bedarfe sind zu berücksichtigen.</p> <p>Zu diesem Item zählen alle Bedarfe im Zusammenhang mit dem Prozess des selbständigen Ausscheidens. Dazu zählt die Fähigkeit, einen Toilettengang rechtzeitig vorzunehmen, sich anschließend zu säubern genauso wie Hilfen bei Inkontinenz, die den Toilettengang ergänzen oder vollständig ersetzen können. Die Abgrenzung zwischen anschließender Säuberung und Hilfsbedarf bei der Körperpflege (Item 9) erfolgt über die Betrachtung des kausalen Zusammenhanges: Demzufolge gehört das Waschen der Hände nach dem Toilettengang zu diesem Item, genauso wie eine Teilwäsche, die aufgrund von Kotschmierer erforderlich wird.</p>			
	<p>„keine Hilfe erforderlich bzw. gewünscht“, wenn das Nichtstun nicht zu Beeinträchtigungen der Gesundheit, der Lebensqualität ... führt bzw. kein Schaden für die betreffende Person entsteht.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Sprachliche Unterstützung und sachbezogene Handreichung: <ul style="list-style-type: none"> • Sachliche Informationen • Erinnerungen • Aufforderungen • Begründungen • Stellen von Materialien/ Hilfsmittel ➤ Unterstützung des selbständigen Handelns ➤ Initiierung des selbständigen Handelns ➤ Motivationsarbeit (Hilfe nicht erwünscht): Einsicht erwecken/vermitteln 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Überwiegend stellvertretende Leistungen ➤ Stellvertretende Ausführung von Tätigkeiten/Aktivitäten <u>für</u> die betreffende Person ➤ Begleitung, bzw. Transfer insbesondere wo Stellvertretung inhaltlich nicht möglich ist ➤ Unterstützende Anwesenheit (Aufsichtsleistung) 	<p>Aktivitäten, die stets nur im Beisein einer Betreuerin/eines Betreuers stattfinden können</p>

II. Individuelle Basisversorgung	Es ist keine (personelle) Hilfe erforderlich bzw. gewünscht	Information, Assistenz, Hilfestellung	Stellvertretende Ausführung/Begleitung	Intensive Förderung/Anleitung; umfassende Hilfestellung
<p>11. Aufstehen/zu Bett gehen Grundfertigkeiten der Mobilität (körperliche Fähigkeiten), motivationale Aspekte</p> <p>Die Aufzählungen sind nicht abschließend.</p>	<p>Allgemeine Ausführungen zum Item</p> <p>Die Abgrenzungen/Überschneidungen zu anderen Items sind zu beachten und die verbundenen Bedarfe sind zu berücksichtigen.</p> <p>Gegenstand des Items sind die körperliche Fähigkeit und motivationale Aspekte des Aufstehens und Zubettgehens. Ausreichend zu schlafen ist nicht Gegenstand des Items 11, sondern kann bei Item 34 (gesundheitsfördernder Lebensstil) abgebildet werden. Die Motivation, schlafen zu gehen, ist Gegenstand des Items 11. Nächtliche Toilettengänge finden Berücksichtigung bei Item 10. Auch das Wecken und Aufstehen hierzu wird bei Item 10 abgebildet.</p>			
	<p>„keine Hilfe erforderlich bzw. gewünscht“, wenn das Nichtstun nicht zu Beeinträchtigungen der Gesundheit, der Lebensqualität ... führt bzw. kein Schaden für die betreffende Person entsteht.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Sprachliche Unterstützung und sachbezogene Handreichung: <ul style="list-style-type: none"> • Sachliche Informationen • Erinnerungen • Aufforderungen • Begründungen • Stellen von Materialien/ Hilfsmittel ➤ Unterstützung des selbständigen Handelns ➤ Initiierung des selbständigen Handelns ➤ Motivationsarbeit (Hilfe nicht erwünscht): Einsicht erwecken/vermitteln 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Überwiegend stellvertretende Leistungen ➤ Stellvertretende Ausführung von Tätigkeiten/Aktivitäten <u>für</u> die betreffende Person ➤ Begleitung, bzw. Transfer insbesondere wo Stellvertretung inhaltlich nicht möglich ist ➤ Unterstützende Anwesenheit (Aufsichtsleistung) 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Aktivitäten, die stets nur im Beisein einer Betreuerin/eines Betreuers stattfinden können

II. Individuelle Basisversorgung	Es ist keine (personelle) Hilfe erforderlich bzw. gewünscht	Information, Assistenz, Hilfestellung	Stellvertretende Ausführung/Begleitung	Intensive Förderung/Anleitung; umfassende Hilfestellung
<p>12. Baden/Duschen Eigenständige Benutzung der Dusche oder Badewanne (körperliche Fähigkeiten, ggf. Aufsichtsbedarf, motivationale Aspekte)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Temperatureinstellung • Wasser ein- und auslassen • Abtrocknen/Haare trocknen • Nutzung von Pflegemitteln <p>Die Aufzählungen sind nicht abschließend.</p>	<p>Allgemeine Ausführungen zum Item</p> <p>Die Abgrenzungen/Überschneidungen zu anderen Items sind zu beachten und die verbundenen Bedarfe sind zu berücksichtigen.</p> <p>Das Ziel dieses Items ist die Reinigung des Körpers. Die Einbeziehung des Bewohners in die Handlung des Badens/Duschens (Teilhandlungen) ist in allen Hilfekategorien selbstverständlich und Ausdruck der Würdigung des Menschen. Die körperlichen und kognitiven Fähigkeiten sind angemessen zu berücksichtigen. Basale Förderung wird laut Metzler dem Lebensbereich „Teilnahme am kulturellen und gesellschaftlichen Leben“ zugeordnet. Die „Basale Stimulation“ dient u.a. der Aktivierung der Sinne und der Kommunikation und gehört nicht in den Bereich der individuellen Basisversorgung. (Siehe hierzu auch die Ausführungen Basale Stimulation, von Andreas Fröhlich). Die Reinigung der Badewanne/Dusche ist dem Item 5 „Ordnung im eigenen Bereich“ zuzuordnen. Die Inanspruchnahme von medizinischen Bädern ist dem Item 30 „Ausführen ärztlicher oder therapeutischer Verordnungen“ zuzuordnen.</p> <p>„keine Hilfe erforderlich bzw. gewünscht“, wenn das Nichtstun nicht zu Beeinträchtigungen der Gesundheit, der Lebensqualität führt bzw. kein Schaden für die betreffende Person entsteht.</p> <p>Möchte der Bewohner nicht baden oder duschen und ist die Hygiene durch eine Ganzkörperwaschung sichergestellt, besteht in diesem Item kein Hilfebedarf.</p>	<p>➤ Sprachliche Unterstützung und sachbezogene Handreichung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sachliche Informationen • Erinnerungen • Aufforderungen • Begründungen • Stellen von Materialien/Hilfsmitteln <p>➤ Unterstützung des selbständigen Handelns</p> <p>➤ Initiierung des selbständigen Handelns</p> <p>➤ Motivationsarbeit (Hilfe nicht erwünscht): Einsicht erwecken/vermitteln</p>	<p>➤ Überwiegend stellvertretende Leistungen</p> <p>➤ Stellvertretende Ausführung von Tätigkeiten/Aktivitäten für die betreffende Person</p> <p>➤ Begleitung, bzw. Transfer insbesondere wo Stellvertretung inhaltlich nicht möglich ist</p> <p>➤ Unterstützende Anwesenheit (Aufsichtsleistung)</p>	<p>➤ Aktivitäten, die stets nur im Beisein einer Betreuerin/eines Betreuers stattfinden können</p>

II. Individuelle Basisversorgung	Es ist keine (personelle) Hilfe erforderlich bzw. gewünscht	Information, Assistenz, Hilfestellung	Stellvertretende Ausführung/Begleitung	Intensive Förderung/Anleitung; umfassende Hilfestellung
<p>13. Anziehen/Ausziehen Auswahl von Kleidung/der Witterung oder dem Anlass entsprechend, körperliche Fähigkeit, sich an- oder auszuziehen (Grob- und Feinmotorik)</p> <ul style="list-style-type: none"> • selbständiges Ankleiden • selbständiges Auskleiden • Betätigung von Verschlüssen, Schuhbändern • Wechseln der Kleidung <p>Die Aufzählungen sind nicht abschließend.</p>	<p>Allgemeine Ausführungen zum Item</p> <p>Die Abgrenzungen/Überschneidungen zu anderen Items sind zu beachten und die verbundenen Bedarfe sind zu berücksichtigen.</p> <p>Das Item bildet die Fähigkeit ab sich selber der Witterung und der Situation entsprechend An- und Auszuziehen. In diesem Item ist zu beachten, dass hier nicht Bedarfe aus dem Item „Wäschepflege“ (4) genannt werden.</p>			
	<p>„keine Hilfe erforderlich bzw. gewünscht“, wenn das Nichtstun nicht zu Beeinträchtigungen der Gesundheit, der Lebensqualität führt bzw. kein Schaden für die betreffende Person entsteht.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Sprachliche Unterstützung und sachbezogene Handreichung: <ul style="list-style-type: none"> • Sachliche Informationen • Erinnerungen • Aufforderungen • Begründungen • Stellen von Materialien/ Hilfsmittel ➤ Unterstützung des selbständigen Handelns ➤ Initiierung des selbständigen Handelns ➤ Motivationsarbeit (Hilfe nicht erwünscht): Einsicht erwecken/vermitteln 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Überwiegend stellvertretende Leistungen ➤ Stellvertretende Ausführung von Tätigkeiten/Aktivitäten für die betreffende Person ➤ Unterstützende Anwesenheit (Aufsichtsleistung) 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Aktivitäten, die stets nur im Beisein einer Betreuerin/eines Betreuers stattfinden können

III. Gestaltung sozialer Beziehungen	Es ist keine (personelle) Hilfe erforderlich bzw. gewünscht	Information, Assistenz, Hilfestellung	Stellvertretende Ausführung/Begleitung	Intensive Förderung/Anleitung; umfassende Hilfestellung
<p>14. im unmittelbaren Nahbereich Beziehungen zu Mitbewohnern/Nachbarn/Mitarbeitern, Regelung von Konflikten, Vermeidung von Isolation, Einhalten von Absprachen</p> <ul style="list-style-type: none"> • andere Menschen wahrnehmen und verstehen • Kontakt aufnehmen und pflegen • Nähe und Distanz steuern • sich bei besonderen Anlässen angemessen verhalten, Regeln einhalten • Anteil nehmen, Unterstützung geben und Toleranz üben <p>Die Aufzählungen sind nicht abschließend.</p>	<p>Allgemeine Ausführungen zum Item</p> <p>Die Abgrenzungen/Überschneidungen zu anderen Items sind zu beachten und die verbundenen Bedarfe sind zu berücksichtigen.</p> <p>Generell ist Hilfebedarf in diesem sehr persönlichen und intimen Lebensbereich äußerst sensibel zu beurteilen. Im Vordergrund sollten nicht normative Überzeugungen z.B. von Mitarbeitern stehen, an denen die Lebensführung eines behinderten Menschen gemessen wird. Vielmehr ist – aus einer Betrachtung der Lebensgeschichte und der Lebensperspektiven des betreffenden Menschen heraus – auf Hilfebedarf einzugehen, der entweder selbst artikuliert wird oder der sich als offenkundiges Leiden an einer persönlichen unbefriedigenden Situation (in unterschiedlichen Formen) äußert. Bei Heranwachsenden ist darüber hinaus die erzieherische Unterstützung zu berücksichtigen, beständige und verlässliche Beziehungen zu anderen einzugehen, aber auch sich abgrenzen zu lernen. Ebenso ist im Jugendalter (wie auch im Erwachsenenalter) der Umgang mit Fragen der Sexualität zu bedenken.</p> <p>Das Item bildet die Fähigkeit ab, soziale Beziehungen im nahen, persönlichen Umfeld für sich und andere adäquat gestalten zu können. Hierzu gehören nicht nur Beziehungsaufbau, sondern auch Erhalt von sozialen Beziehungen und Lösen von Konflikten.</p> <p>Wenn ein Bewohner aufgrund seiner Verhaltensauffälligkeiten die unterstützende Anwesenheit eines Betreuers z.B. beim Essen benötigt, so ist dieser Hilfebedarf bei dem Item 8 „Ernährung“ abzubilden. Dient die Begleitung durch den Mitarbeiter dem Erlernen von sozialen Kompetenzen, ist der Hilfebedarf hier abzubilden.</p> <p>Während es in dem Item 19 um die Begegnung mit sozialen Gruppen/fremden Personen geht, sind hier soziale Beziehungen im nahen, persönlichen Umfeld des Bewohners ausschlaggebend.</p> <p>Über die Gestaltung der sozialen Beziehungen (Anbahnung, Aufrechterhaltung) kann der Bewohner selbständig entscheiden. Seine Wünsche stehen im Vordergrund.</p>	<p>➤ Sprachliche Unterstützung und sachbezogene Handreichung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sachliche Informationen • Erinnerungen • Aufforderungen • Begründungen • Stellen von Materialien/Hilfsmittel <p>➤ Unterstützung des selbständigen Handelns</p> <p>➤ Initiierung des selbständigen Handelns</p> <p>➤ Motivationsarbeit (Hilfe nicht erwünscht): Einsicht erwecken/vermitteln</p>	<p>Überwiegend stellvertretende Leistungen, d.h. Mitarbeiter/-innen führen die Tätigkeit für die betreffende Person aus.</p> <p>Unterstützung der Beziehungen durch Angebote zur Begegnung (Gruppenaktivitäten, Nachbarschaftskontakte), mobilitäts-unterstützende Transferdienste.</p>	<p>➤ Aktivitäten, die stets nur im Beisein einer Betreuerin/eines Betreuers stattfinden können.</p> <p>Unterstützung in Konfliktsituationen (von der betreffenden Person oder dem Umfeld initiiert) Oder Situationen sozialer Isolation (z.B. intensive Gesprächsführung); ebenso Unterstützung durch „Dolmetscherdienste“.</p>

III. Gestaltung sozialer Beziehungen	Es ist keine (personelle) Hilfe erforderlich bzw. gewünscht	Information, Assistenz, Hilfestellung	Stellvertretende Ausführung/Begleitung	Intensive Förderung/Anleitung; umfassende Hilfestellung
<p>15. zu Angehörigen und gesetzlichen Betreuern Aufrechterhaltung der sozialen Beziehungen, Kontaktaufnahme, Klärung von Konflikten</p> <ul style="list-style-type: none"> • Abgrenzung zu Angehörigen • Ablösungsprobleme vom Elternhaus • Bewältigung des Abbruchs von Beziehungen <p>Die Aufzählungen sind nicht abschließend.</p>	<p>Allgemeine Ausführungen zum Item</p> <p>Die Abgrenzungen/Überschneidungen zu anderen Items sind zu beachten und die verbundenen Bedarfe sind zu berücksichtigen. Generell ist Hilfebedarf in diesem sehr persönlichen und intimen Lebensbereich äußerst sensibel zu beurteilen. Im Vordergrund sollten nicht normative Überzeugungen z.B. von Mitarbeitern stehen, an denen die Lebensführung eines behinderten Menschen gemessen wird. Vielmehr ist – aus einer Betrachtung der Lebensgesichte und der Lebensperspektiven des betreffenden Menschen heraus – auf Hilfebedarf einzugehen, der entweder selbst artikuliert wird oder der sich als offenkundiges Leiden an einer persönlichen unbefriedigenden Situation (in unterschiedlichen Formen) äußert.</p> <p>Bei Heranwachsenden ist darüber hinaus die erzieherische Unterstützung zu berücksichtigen, beständige und verlässliche Beziehungen zu anderen einzugehen, aber auch sich abgrenzen zu lernen. Ebenso ist im Jugendalter (wie auch im Erwachsenenalter) der Umgang mit Fragen der Sexualität zu bedenken.</p> <p>Da Hilfebedarf als „Bedarf an (professioneller) personeller Unterstützung“ definiert ist, führen alle Selbsthilfekompetenzen oder Hilfeleistungen aus dem sozialen Umfeld zu einer Reduzierung des Hilfebedarfs.</p> <p>Bei Heranwachsenden ist darüber hinaus stets die Kooperation mit den Eltern („Elternarbeit“) zu berücksichtigen.</p> <p>Das Item bildet die Fähigkeit ab, Beziehungen zu Angehörigen aufrecht zu erhalten, aber auch Beziehungen zu schaffen bzw. zu erneuern.</p> <p>Als Hilfebedarf ist ausschließlich der individuelle Hilfebedarf des Bewohners zu berücksichtigen. Ein möglicher Hilfebedarf der Angehörigen/des gesetzlichen Betreuers ist hier nicht relevant.</p> <p>In Abgrenzung zum Item 7 geht es bei dem gesetzlichen Betreuer hier um die Gestaltung der Beziehung/des Kontaktes.</p>			
	<p>Sofern Initiativen zur Aufrechterhaltung des Kontakts von den Angehörigen ausgehen, ist daher – solange diese Situation besteht – „keine Hilfe erforderlich“.</p>	<p>überwiegend sprachliche Unterstützung (Informationen, Erinnerung, Aufforderung, Begründung).</p> <p>sachbezogene Handreichungen (z.B. zur Verfügung stellen von Materialien/Hilfsmitteln).</p> <p>Sollten zur Aufrechterhaltung des Kontakts Absprachen, Information etc. von Seiten der Mitarbeiter/innen erforderlich sein, ist Kategorie „B“ anzuwenden.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Stellvertretende Ausführung von Tätigkeiten/Aktivitäten für die betreffende Person ➤ Begleitung, bzw. Transfer insbesondere wo Stellvertretung inhaltlich nicht möglich ist 	<p>Eine andere Situation kann gegeben sein, wenn sich z.B. Menschen mit Behinderung von (zu) engen Beziehungen zu Angehörigen lösen möchten, die Intensität der Beziehungen als Belastung wahrgenommen wird. Dann kann „umfassende Hilfestellung“ erforderlich werden zur Unterstützung bei der Klärung von Beziehungen (auf beiden Seiten), zur Befähigung, selbständig Nähe und Distanz in Beziehungen zu regeln.</p> <p>Aktivitäten, die stets nur im Beisein einer Betreuerin/eines Betreuers stattfinden können</p>

III. Gestaltung sozialer Beziehungen	Es ist keine (personelle) Hilfe erforderlich bzw. gewünscht	Information, Assistenz, Hilfestellung	Stellvertretende Ausführung/Begleitung	Intensive Förderung/Anleitung; umfassende Hilfestellung
<p>16. in Freundschaften/Partnerschaften Aufbau und Aufrechterhaltung stabiler sozialer Beziehungen, Kontaktaufnahme, Klärung von Konflikten</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gegenseitige Bedürfnisse und Grenzen erkennen und mitteilen • Krisenbewältigung • Umgang mit eigener Sexualität • Kenntnisse über Verhütung • Kinderwunsch, Familienplanung <p>Die Aufzählungen sind nicht abschließend.</p>	<p>Allgemeine Ausführungen zum Item</p> <p>Die Abgrenzungen/Überschneidungen zu anderen Items sind zu beachten und die verbundenen Bedarfe sind zu berücksichtigen. Entscheidend ist hier nicht allein die aktuelle Lebenssituation eines Menschen mit Behinderung (hat er Freunde oder nicht, lebt er in einer partnerschaftlichen Beziehung oder nicht); abzuwägen sind vielmehr verschiedene inhaltliche Gesichtspunkte. Eine Person hat keine Freunde/keine Partner/keine Partnerin</p> <ul style="list-style-type: none"> • und ist mit dieser Situation zufrieden („kein Hilfebedarf“) • und leidet unter dieser Situation (Hilfebedarf je nach Umfang der erforderlichen Hilfestellung) • und kompensiert diese Situation durch spezifische Verhaltensweisen (enge Beziehung zu Betreuerin, Sich-Kümmern um Mitbewohner/-innen, Aggressivität, Depressivität, sexuell auffällige Verhaltensweisen etc.). Abhängig davon, ob diese Verhaltenweisen die betreffende Person selbst oder aber andere Personen beeinträchtigen oder nicht, kann ein Hilfebedarf (in unterschiedlicher Intensität) gegeben sein. <p>Generell ist Hilfebedarf in diesem sehr persönlichen und intimen Lebensbereich äußerst sensibel zu beurteilen. Im Vordergrund sollten nicht normative Überzeugungen z.B. von Mitarbeitern stehen, an denen die Lebensführung eines behinderten Menschen gemessen wird. Vielmehr ist – aus einer Betrachtung der Lebensgeschichte und der Lebensperspektiven des betreffenden Menschen heraus – auf Hilfebedarf einzugehen, der entweder selbst artikuliert wird oder der sich als offenkundiges Leiden an einer persönlichen unfriedigenden Situation (in unterschiedlichen Formen) äußert. Bei Heranwachsenden ist darüber hinaus die erzieherische Unterstützung zu berücksichtigen, beständige und verlässliche Beziehungen zu anderen einzugehen, aber auch sich abgrenzen zu lernen. Ebenso ist im Jugendalter (wie auch im Erwachsenenalter) der Umgang mit Fragen der Sexualität zu bedenken. Im Zusammenhang mit diesem Item stehen z.B. das Item 14 und das Item 21. Das Item bildet die Fähigkeit ab, Freundschaften/Partnerschaften im und außerhalb des Wohnheimes für sich und andere adäquat gestalten zu können. Hierzu gehören nicht nur Beziehungsaufbau, sondern auch Erhalt von Freundschaften/Partnerschaften und Lösen von Konflikten. Als Hilfebedarf ist ausschließlich der individuelle Hilfebedarf des Bewohners zu berücksichtigen. Ein möglicher Hilfebedarf des Freundes/der Freundin oder Partners/Partnerin ist hier nicht relevant. Mitarbeiter der Einrichtung sind nicht als Freunde/Partner zu sehen, da sie die professionelle Distanz wahren müssen. Bei der Abgrenzung der Items „Gestaltung... im unmittelbaren Nahbereich“ und „Gestaltung ... in Freundschaften/Partnerschaften“ gilt es zu differenzieren nach Intensität, Qualität, Ausprägung (Wechselseitigkeit, emotionale Bindung, Einmaligkeit, ...).</p>			
	<p>Eine Person hat keine Freunde/keinen Partner/keine Partnerin und ist mit dieser Situation zufrieden. Es ist keine (personelle) Hilfe erforderlich bzw. gewünscht.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Sprachliche Unterstützung und sachbezogene Handreichung: <ul style="list-style-type: none"> • Sachliche Informationen • Erinnerungen • Aufforderungen • Begründungen • Stellen von Materialien/Hilfsmittel ➤ Unterstützung des selbständigen Handelns ➤ Initiierung des selbständigen Handelns ➤ Motivationsarbeit (Hilfe nicht erwünscht): Einsicht erwecken/vermitteln 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Stellvertretende Ausführung von Tätigkeiten/Aktivitäten für die betreffende Person ➤ Begleitung, bzw. Transfer insbesondere wo Stellvertretung inhaltlich nicht möglich ist 	<p>Aktivitäten, die stets nur im Beisein einer Betreuerin/eines Betreuers stattfinden können</p>

IV. Teilnahme am kulturellen und gesellschaftlichen Leben	Es ist keine (personelle) Hilfe erforderlich bzw. gewünscht	Information, Assistenz, Hilfestellung	Stellvertretende Ausführung/Begleitung	Intensive Förderung/Anleitung; umfassende Hilfestellung
<p>17. Gestaltung freier Zeit/ Eigenbeschäftigung planvolle und persönlich sinnvolle Nutzung freier Zeit, Einteilung der Zeit, Ausführen von Hobbies, Entwicklung persönlicher Vorlieben</p> <ul style="list-style-type: none"> • Umgang mit Medien (Bücher, Zeitschriften, Fernsehen, Internet, CD etc.) <p>Die Aufzählungen sind nicht abschließend.</p>	<p>Allgemeine Ausführungen zum Item</p> <p>Die Abgrenzungen/Überschneidungen zu anderen Items sind zu beachten und die verbundenen Bedarfe sind zu berücksichtigen.</p> <p>In diesem Bereich wird nach ggf. erforderlicher Unterstützung gefragt, die individuelle Freizeit planvoll und persönlich sinnvoll zu nutzen. Dabei ist insbesondere zwischen dem Recht auf Selbstbestimmung eines Menschen mit Behinderung und normativen Einstellungen von Außenstehenden, was „sinnvoll“ ist, abzuwägen.</p> <p>Es geht um Eigenbeschäftigung. Beschäftigung mit sich selber, in den Zeiträumen, in denen kein Programm (Gruppenangebote) etc. vorgegeben ist. Im Sinne von „Zeit <u>für</u> und <u>mit sich</u> selbst“. Hierbei geht es ausschließlich um die persönlichen Vorlieben und Interessen des Bewohners.</p>			
	<p>„keine Hilfe erforderlich bzw. gewünscht“, wenn das Nichtstun nicht zu Beeinträchtigungen der Gesundheit, der Lebensqualität und/oder der sozialen Beziehungen führt bzw. kein Schaden für die betreffende Person entsteht.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Information (über Möglichkeiten der Betätigung, Veranstaltungen), ➤ Erinnerung (an Termine, Absprachen), ➤ sachbezogene Handreichungen (Materialien bereitstellen etc.). 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Überwiegend stellvertretende Leistungen (z.B. bei der Einteilung der freien Zeit) ➤ Stellvertretende Ausführung von Tätigkeiten/Aktivitäten für die betreffende Person ➤ Begleitung/Transfer zu gewünschten Orten (ohne das Erfordernis einer dauerhaften Anwesenheit eines Mitarbeiters) ➤ Unterstützende Anwesenheit (Aufsichtsleistung) ➤ Begleitung, die nicht exklusiv für die betreffende Person geleistet werden muss ➤ stellvertretende Lösung von Konflikten/Schlichtung (z.B. bei „Begegnung mit sozialen Gruppen“) 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Aktivitäten, die stets nur im Beisein einer Betreuerin/eines Betreuers stattfinden können Anleitung zur Entwicklung ➤ persönlicher Vorlieben/Vermitteln von Anregungen, praktische Förderung von Eigenkompetenzen ➤ basale Förderung der Betätigung bei Menschen mit sehr schweren Behinderungen (Beispiel: Eigenbeschäftigung, Teilnahme an Angeboten)

IV. Teilnahme am kulturellen und gesellschaftlichen Leben	Es ist keine (personelle) Hilfe erforderlich bzw. gewünscht	Information, Assistenz, Hilfestellung	Stellvertretende Ausführung/Begleitung	Intensive Förderung/Anleitung; umfassende Hilfestellung
<p>18. Teilnahme an Freizeitangeboten/Veranstaltungen Information über Angebote, Auswahl von Angeboten, aktives Aufsuchen von Angeboten (einschließlich der dazu erforderlichen körperlichen Mobilität)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Urlaubsreisen • Religionsgemeinschaft • Vereinsaktivitäten 	<p>Allgemeine Ausführungen zum Item</p> <p>Die Abgrenzungen/Überschneidungen zu anderen Items sind zu beachten und die verbundenen Bedarfe sind zu berücksichtigen.</p> <p>Dieser Bereich umfasst den Besuch von Veranstaltungen oder Einrichtungen, die der Geselligkeit, der Unterhaltung oder kulturellen Zwecken dienen. Darüber hinaus kann es auch um die Bereitstellung von Hilfsmitteln und deren Gebrauch gehen, die der Unterrichtung über das Zeitgeschehen oder über kulturelle Ereignisse dienen, wenn wegen Art oder Schwere der Behinderung anders eine Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft nicht oder nur unzureichend möglich ist (§ 58 SGB IX).</p> <p>Im Zusammenhang mit diesem Item stehen z.B. die Items 17, 19 und 20. Bei diesem Item liegt der Schwerpunkt in der Teilnahme an Veranstaltungen.</p> <p>Über die Teilnahme an Angeboten der Einrichtung kann der Bewohner selbständig entscheiden. Seine Wünsche stehen im Vordergrund.</p>			
	<p>„keine Hilfe erforderlich bzw. gewünscht“, wenn das Nichtstun nicht zu Beeinträchtigungen der Gesundheit, der Lebensqualität und/oder der sozialen Beziehungen führt bzw. kein Schaden für die betreffende Person entsteht.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Information (über Möglichkeiten der Betätigung, Veranstaltungen) ➤ Erinnerung (an Termine, Absprachen) ➤ sachbezogene Handreichungen (Materialien bereitstellen etc.) 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Überwiegend stellvertretende Leistungen ➤ Stellvertretende Ausführung von Tätigkeiten/Aktivitäten für die betreffende Person ➤ Begleitung/Transfer zu gewünschten Orten (ohne das Erfordernis einer dauerhaften Anwesenheit eines Mitarbeiters) ➤ Unterstützende Anwesenheit (Aufsichtsleistung) ➤ Begleitung, die nicht exklusiv für die betreffende Person geleistet werden muss ➤ stellvertretende Lösung von Konflikten/Schlichtung (z.B. bei „Begegnung mit sozialen Gruppen“) 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Aktivitäten, die stets nur im Beisein einer Betreuerin/eines Betreuers stattfinden können ➤ Anleitung zur Entwicklung Persönlicher Vorlieben ➤ Vermitteln von Anregungen, praktische Förderung von Eigenkompetenzen ➤ intensive psychosoziale Beratung (z.B. zur Überwindung von Ängsten, die eine Außenorientierung des Menschen mit Behinderung verhindern). ➤ basale Förderung der Betätigung bei Menschen mit sehr schweren Behinderungen

Die Aufzählungen sind nicht abschließend.

IV. Teilnahme am kulturellen und gesellschaftlichen Leben	Es ist keine (personelle) Hilfe erforderlich bzw. gewünscht	Information, Assistenz, Hilfestellung	Stellvertretende Ausführung/Begleitung	Intensive Förderung/Anleitung; umfassende Hilfestellung
<p>19. Begegnung mit sozialen-Gruppen/fremden Personen Sich zurechtfinden in fremden Gruppen, Sozialverhalten, Bewältigung von Konflikten (im Freizeit- und Arbeitsbereich)</p> <p>Die Aufzählungen sind nicht abschließend.</p>	<p>Allgemeine Ausführungen zum Item Die Abgrenzungen/Überschneidungen zu anderen Items sind zu beachten und die verbundenen Bedarfe sind zu berücksichtigen.</p> <p>Ein zentrales Ziel der Eingliederungshilfe stellt die Teilnahme am Leben der Gemeinschaft dar, die nicht nur andere Menschen mit Behinderung umfasst, sondern vor allem auch Menschen ohne Behinderung. Wenn ein Mensch mit Behinderung nicht daran interessiert ist, diese Begegnung zu suchen, ist daher immer kritisch zu überprüfen, welche Gründe dafür bestehen. Die Frage, ob ein Hilfebedarf gegeben ist oder nicht, hängt davon ab, ob ein Leben ausschließlich innerhalb einer Einrichtung oder nur in Kontakt zu anderen behinderten Menschen tatsächlich „selbstbestimmt“ gesucht wird (wie auch Menschen ohne Behinderung ihre sozialen Kontakte zum Teil sehr beschränken) oder ob Ängste, negative Erfahrungen mit Vorurteilen etc. dazu beitragen, die Begegnung mit anderen Menschen nicht suchen zu wollen. In letzterem Fall kann durchaus Hilfebedarf gegeben sein, indem mittelbar Hilfestellung in der Auseinandersetzung mit Ängsten oder negativen Erfahrungen erforderlich ist.</p> <p>Zum Bereich „Begegnung mit sozialen Gruppen/fremden Personen“ zählt auch der Kontakt zu Mitschülern, Kollegen am Arbeitsplatz u.ä. Sofern z.B. Schwierigkeiten in solchen Beziehungen im Wohnbereich bearbeitet werden müssen (Gespräche, Vermittlungsversuche, Kontaktaufnahme von Mitarbeitern mit Schule, Arbeitsstelle), ist dies bei der Feststellung des Hilfebedarfs zu berücksichtigen.</p> <p>Im Zusammenhang mit diesem Item stehen z.B. die Items 17, 18 und 20.</p> <p>Die Kompetenz im Bereich „Begegnung mit sozialen Gruppen/fremden Personen“ ist vielfach Voraussetzung für den Erhalt bzw. Erwerb von anderen Kompetenzen in anderen Items, z.B. „Einkaufen“ (Item1).</p> <p>In Item 19 liegt der Fokus auf der Begegnung mit sozialen Gruppen/fremden Personen. Befindlichkeitsstörungen wie Scheu, Unbehagen, Irritationen etc. die zu Schwierigkeiten bei der Gestaltung von sozialen Kontakten führen, können hier im Rahmen der Motivationsarbeit aufgefangen werden.</p> <p>Über die Gestaltung der sozialen Kontakte (Anbahnung, Aufrechterhaltung) kann der Bewohner selbständig entscheiden. Seine Wünsche stehen im Vordergrund.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Information (über Möglichkeiten der Betätigung, Veranstaltungen), ➤ Erinnerung (an Termine, Absprachen), ➤ sachbezogene Handreichungen (Materialien bereitstellen etc.). 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Überwiegend stellvertretende Leistungen ➤ Stellvertretende Ausführung von Tätigkeiten/Aktivitäten für die betreffende Person ➤ Begleitung/Transfer zu gewünschten Orten (ohne das Erfordernis einer dauerhaften Anwesenheit eines Mitarbeiters) ➤ Unterstützende Anwesenheit (Aufsichtsleistung) ➤ Begleitung, die nicht exklusiv für die betreffende Person geleistet werden muss ➤ stellvertretende Lösung von Konflikten/Schlichtung (z.B. bei „Begegnung mit sozialen Gruppen“) 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Aktivitäten, die stets nur im Beisein einer Betreuerin/eines Betreuers stattfinden können ➤ Anleitung zur Entwicklung persönlicher Vorlieben/Vermitteln von Anregungen, praktische Förderung von Eigenkompetenzen ➤ intensive psychosoziale Beratung (z.B. zur Überwindung von Ängsten, die eine Außenorientierung des Menschen mit Behinderung verhindern).

IV. Teilnahme am kulturellen und gesellschaftlichen Leben	Es ist keine (personelle) Hilfe erforderlich bzw. gewünscht	Information, Assistenz Hilfestellung	Stellvertretende Ausführung/Begleitung	Intensive Förderung/ Anleitung; umfassende Hilfestellung
<p>20. Erschließen außerhäuslicher Lebensbereiche</p> <p>Motivation zum Besuch von Schule, Arbeitsplatz, Beschäftigungsbereich u.ä.; Bewältigung des Weges zum außerhäuslichen Lebensbereich etc.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zugang zu neuen Lebensräumen <p>Die Aufzählungen sind nicht abschließend.</p>	<p>Allgemeine Ausführungen zum Item</p> <p>Die Abgrenzungen/Überschneidungen zu anderen Items sind zu beachten und die verbundenen Bedarfe sind zu berücksichtigen.</p> <p>Dieser Bereich umfasst alle Aktivitäten, die erforderlich sind, sich einen außerhäuslichen Lebensbereich zu erschließen (z.B. Arbeitssuche) und/oder diesen Lebensbereich regelmäßig aufzusuchen (Motivation, Bewältigung des Weges). Bei Heranwachsenden ist entsprechend der Besuch von Kindertagesstätten und Schulen zu berücksichtigen; zum „Erschließen“ zählt hier auch z.B. die Betreuung von Hausaufgaben.</p> <p>Im Zusammenhang mit diesem Item stehen z.B. die Items 17, 18 und 19.</p> <p>In Item 20 liegt der Fokus auf der Erschließung (erobern, lernen, aneignen) außerhäuslicher Lebensbereiche (bspw. Arbeitsplatz, Schule) und Motivierung diese Bereiche regelmäßig aufzusuchen. Der Bewohner entscheidet selbständig, ob und welche außerhäuslichen Lebensbereiche er sich erschließt. Seine Wünsche stehen im Vordergrund.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Information (über Möglichkeiten der Betätigung, Veranstaltungen), ➤ Erinnerung (an Termine, Absprachen), ➤ sachbezogene Handreichungen (Materialien bereitstellen etc.). 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Überwiegend stellvertretende Leistungen ➤ Stellvertretende Ausführung von Tätigkeiten/Aktivitäten für die betreffende Person ➤ Begleitung/Transfer zu gewünschten Orten (ohne das Erfordernis ➤ Unterstützende Anwesenheit (Aufsichtsleistung) ➤ Begleitung, die nicht exklusiv für die betreffende Person geleistet werden muss ➤ stellvertretende Suche eines Arbeitsplatzes ➤ stellvertretende Lösung von Konflikten/Schlichtung (z.B. bei „Begegnung mit sozialen Gruppen“) 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Aktivitäten, die stets nur im Beisein einer Betreuerin/eines Betreuers stattfinden können ➤ Anleitung zur Entwicklung persönlicher Vorlieben/Vermitteln von Anregungen, praktische Förderung von Eigenkompetenzen ➤ intensive psychosoziale Beratung (z.B. zur Überwindung von Ängsten, die eine Außenorientierung des Menschen mit Behinderung verhindern).

IV. Teilnahme am kulturellen und gesellschaftlichen Leben	Es ist keine (personelle) Hilfe erforderlich bzw. gewünscht	Information, Assistenz, Hilfestellung	Stellvertretende Ausführung/Begleitung	Intensive Förderung/Anleitung; umfassende Hilfestellung
<p>21. Entwickeln von Zukunftsperspektiven, Lebensplanung Auseinandersetzung mit der eigenen Behinderung, Auseinandersetzung mit der eigenen Rolle in der Gesellschaft, Entwickeln persönlicher Ziele</p> <p>Die Aufzählungen sind nicht abschließend.</p>	<p>Allgemeine Ausführungen zum Item Die Abgrenzungen/Überschneidungen zu anderen Items sind zu beachten und die verbundenen Bedarfe sind zu berücksichtigen. Zu diesem Bereich zählen sowohl Fragen der Auseinandersetzung mit der persönlichen Einschränkung/Behinderung als auch Fragen, die sich auf die Entwicklung persönlicher Lebensziele erstrecken. Diese Aspekte sind zentral, um Menschen mit Behinderung z.B. auch eine Beteiligung an Hilfeplanverfahren/Gestaltung von Assistenzleistungen zu ermöglichen. Dieses Item teilt sich in folgende drei von einander abhängige Bereiche:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Auseinandersetzung mit der eigenen Behinderung Unter einer Auseinandersetzung ist ein Prozess des Wahrnehmens und in einem nächsten Schritt des Bewertens (Reflektierens) zu verstehen. Gegenstand der Auseinandersetzung ist die Einschränkung/Behinderung im Sinne der ICD 10 und ICF. Dabei ist das jeweilige Lebensalter und der Entwicklungsstand Hintergrund der Betrachtung. Unter diesem Punkt könnte der Mitarbeiter die unterstützende Rolle des Reflexionspartners einnehmen. Eine vollständige stellvertretende Übernahme der Reflektion ist nicht möglich. 2. Auseinandersetzung mit der eigenen Rolle in der Gesellschaft Unter einer Auseinandersetzung ist ein Prozess des Wahrnehmens und in einem nächsten Schritt des Bewertens (Reflektierens) zu verstehen. Gegenstand der Auseinandersetzung ist die eigene Rolle in der Gesellschaft und hier insbesondere die eingeschränkte Teilhabe. Dabei ist das jeweilige Lebensalter und der Entwicklungsstand Hintergrund der Betrachtung. Die Mitarbeiterrolle besteht hier in der Herstellung einer Realitätsnähe in Bezug auf Normen und Werten der Gesellschaft, ebenso wie zu den Vorstellungen und Wünschen des Bewohners. Eine vollständige stellvertretende Übernahme der Reflektion ist nicht möglich. <p>(Zu 1. und 2.) Ist ein Bewohner aufgrund seiner Behinderung nicht in der Lage, sich mit seiner eigenen Behinderung und/oder mit seiner Rolle in der Gesellschaft auseinanderzusetzen, so besteht nicht die Möglichkeit einer Reflexion und somit kein Hilfebedarf. Dies liegt in der Tatsache begründet, dass die Auseinandersetzung mit der persönlichen Einschränkung/Behinderung und/oder seiner Rolle eine höchst individuelle Angelegenheit ist, die von keiner anderen Person geleistet werden kann.</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Entwickeln persönlicher Ziele Der Hilfebedarf eines Menschen mit Behinderung lässt sich nur beurteilen, wenn seine aktuelle Lebenssituation einschließlich seiner Selbsthilfemöglichkeiten bekannt und Ziele der Unterstützung vereinbart sind. Beides setzt voraus, dass der Mensch mit Behinderung bzw. seine Interessenvertreter (Angehörige, gesetzliche Betreuer) in das Verfahren der Hilfebedarfseinschätzung mit einbezogen werden. Der Bewohner soll befähigt werden, persönliche Ziele entwickeln zu können. Dabei umfasst die Rolle der Mitarbeiter Dolmetscherfunktionen, Introspektion und ähnliches bei aktiver Beteiligung des Bewohners. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Information (über Möglichkeiten der Betätigung, Veranstaltungen), ➤ Erinnerung (an Termine, Absprachen), ➤ sachbezogene Handreichungen (Materialien bereitstellen etc.). 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Begleitung, bzw. Transfer insbesondere wo Stellvertretung inhaltlich nicht möglich ist ➤ Unterstützende Anwesenheit 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ intensive psychosoziale Beratung (z.B. zur Überwindung von Ängsten, die eine Außenorientierung des Menschen mit Behinderung verhindern).

V. Kommunikation und Orientierung	Es ist keine (personelle) Hilfe erforderlich bzw. gewünscht	Information, Assistenz, Hilfestellung	Stellvertretende Ausführung/Begleitung	Intensive Förderung/Anleitung; umfassende Hilfestellung
<p>22. Kompensation von Sinnesbeeinträchtigungen und Kommunikationsstörungen; Unterstützung der Kulturtechniken</p> <p>Nutzung von Hilfsmitteln wie Langstock, Hörgerät, PC etc., Aneignung und Gebrauch von Gebärdensprache, Erschließen alternativer Kommunikationswege bei fehlender oder stark eingeschränkter Sprache etc.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kommunikationshilfe • Sprachverständnis, verbale Fähigkeiten • nonverbale Ausdrucksfähigkeit • die Fähigkeit Wünsche, Bedürfnisse, Befindlichkeiten mitzuteilen • Informationen, Sachverhalte im Sinnzusammenhang mitteilen, ausdrücken <p>Die Aufzählungen sind nicht abschließend.</p>	<p>Allgemeine Ausführungen zum Item</p>			
	<p>Die Abgrenzungen/Überschneidungen zu anderen Items sind zu beachten und die verbundenen Bedarfe sind zu berücksichtigen.</p> <p>... „verbundene“ Bedarfe sind in den jeweiligen Bedarfsbereichen mit zu berücksichtigen. Im Bereich „Kommunikation ...“ sind ... nur Leistungs- und Unterstützungserfordernisse abzubilden, die außerhalb und/oder ergänzend zu alltäglichen Aufgaben anfallen.</p>	<p>„keine Hilfe erforderlich bzw. gewünscht“, wenn das Nichtstun nicht zu Beeinträchtigungen der Gesundheit, der Lebensqualität und/oder der sozialen Beziehungen führt bzw. kein Schaden für die betreffende Person entsteht.</p>	<p>Motivationsarbeit zum Einsatz alternativer Kommunikationswege.</p> <p>Zur Verfügung stellen von Hilfsmitteln, Kommunikationsmedien.</p> <p>Erinnerung an den Einsatz von Hilfsmitteln.</p> <p>Vermitteln von externen Kursen zum Erlernen von Kulturtechniken.</p>	<p>Eine stellvertretende Leistung ist nicht möglich. Kommunikations- und Orientierungstechniken können nicht stellvertretend erlernt werden.</p> <p>Unterstützende Anwesenheit und Begleitung wird in den jeweiligen Bedarfsbereichen abgebildet.</p>

V. Kommunikation und Orientierung	Es ist keine (personelle) Hilfe erforderlich bzw. gewünscht	Information, Assistenz, Hilfestellung	Stellvertretende Ausführung/Begleitung	Intensive Förderung/Anleitung; umfassende Hilfestellung
<p>23. Zeitliche Orientierung Kenntnis der Uhrzeit, Tag-Nacht-Rhythmus, Zeitstruktur</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wochentage • Jahresrhythmus (Feiertage) • Orientierung zu zeitlichen Absprachen <p>Die Aufzählungen sind nicht abschließend.</p>	<p>Allgemeine Ausführungen zum Item</p> <p>Die Abgrenzungen/Überschneidungen zu anderen Items sind zu beachten und die verbundenen Bedarfe sind zu berücksichtigen.</p> <p>... „verbundene“ Bedarfe sind in den jeweiligen Bedarfsbereichen mit zu berücksichtigen. Im Bereich „... Orientierung“ sind ... nur Leistungs- und Unterstützungserfordernisse abzubilden, die außerhalb und/oder ergänzend zu alltäglichen Aufgaben anfallen.</p> <p>Orientierung ist die kognitive Fähigkeit sich zeitlich zurechtzufinden. Zur Teilnahme am gesellschaftlichen Leben ist zeitliche Orientierung notwendig.</p>			
	<p>„keine Hilfe erforderlich bzw. gewünscht“, wenn das Nichtstun nicht zu Beeinträchtigungen der Gesundheit, der Lebensqualität und/oder der sozialen Beziehungen führt bzw. kein Schaden für die betreffende Person entsteht.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Sprachliche Unterstützung und sachbezogene Handreichung: <ul style="list-style-type: none"> • Sachliche Informationen • Erinnerungen • Aufforderungen • Begründungen • Stellen von Materialien/Hilfsmittel ➤ Unterstützung des selbständigen Handelns ➤ Initiierung des selbständigen Handelns ➤ Motivationsarbeit (Hilfe nicht erwünscht): Einsicht erwecken /vermitteln 	<p>Eine stellvertretende Leistung ist nicht möglich. Kommunikations- und Orientierungstechniken können nicht stellvertretend erlernt werden. Unterstützende Anwesenheit und Begleitung wird in den jeweiligen Bedarfsbereichen abgebildet.</p>	<p>Eine individuelle, zielorientierte Hilfe ermöglicht dem Bewohner das Erkennen/Wahrnehmen zeitlicher Strukturen.</p>

V. Kommunikation und Orientierung	Es ist keine (personelle) Hilfe erforderlich bzw. gewünscht	Information, Assistenz, Hilfestellung	Stellvertretende Ausführung/Begleitung	Intensive Förderung/Anleitung; umfassende Hilfestellung
<p>24. Räumliche Orientierung in vertrauter Umgebung (alle Orte, die regelmäßig aufgesucht werden: Wohnung, Wohnumfeld, Weg zur Arbeit etc.)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Orientierung im Wohnbereich, Lage des eigenen Zimmers, der Wohnung, des Hauses • in der Nachbarschaft <p>Die Aufzählungen sind nicht abschließend.</p>	<p>Allgemeine Ausführungen zum Item</p> <p>Die Abgrenzungen/Überschneidungen zu anderen Items sind zu beachten und die verbundenen Bedarfe sind zu berücksichtigen.</p> <p>... „verbundene“ Bedarfe sind in den jeweiligen Bedarfsbereichen mit zu berücksichtigen. Im Bereich „... Orientierung“ sind ... nur Leistungs- und Unterstützungserfordernisse abzubilden, die außerhalb und/oder ergänzend zu alltäglichen Aufgaben anfallen.</p> <p>Räumliche Orientierung ist eine kognitive Fähigkeit. Kognitive Fähigkeiten des Wiedererkennens von Räumen und Wegen und des Planens von Wegen sind notwendig, um Orte im Arbeits-/Wohn-/Freizeitbereich zu unterschiedlichen Zwecken besuchen zu können.</p>			
<p>„keine Hilfe erforderlich bzw. gewünscht“, wenn das Nichtstun nicht zu Beeinträchtigungen der Gesundheit, der Lebensqualität und/oder der sozialen Beziehungen führt bzw. kein Schaden für die betreffende Person entsteht.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Sprachliche Unterstützung und sachbezogene Handreichung: <ul style="list-style-type: none"> • Sachliche Informationen • Erinnerungen • Aufforderungen • Begründungen • Stellen von Materialien/ Hilfsmittel ➤ Unterstützung des selbständigen Handelns ➤ Initiierung des selbständigen Handelns ➤ Motivationsarbeit (Hilfe nicht erwünscht): Einsicht erwecken /vermitteln 	<p>Eine stellvertretende Leistung ist nicht möglich. Kommunikations- und Orientierungstechniken können nicht stellvertretend erlernt werden. Unterstützende Anwesenheit und Begleitung wird in den jeweiligen Bedarfsbereichen abgebildet.</p>	<p>Eine individuelle, zielorientierte Hilfe ermöglicht dem Bewohner das Erkennen/Wahrnehmen räumlicher Strukturen.</p>	

V. Kommunikation und Orientierung	Es ist keine (personelle) Hilfe erforderlich bzw. gewünscht	Information, Assistenz, Hilfestellung	Stellvertretende Ausführung/Begleitung	Intensive Förderung/Anleitung; umfassende Hilfestellung
<p>25. Räumliche Orientierung in fremder Umgebung (einschließlich Verkehrssicherheit)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Orientierung in der weiteren Nachbarschaft, in anderen Bezirken • Orientierung nach Ortsangaben • Nutzung von Nahverkehrsmitteln • Nutzung von Fernverkehrsmitteln <p>Die Aufzählungen sind nicht abschließend.</p>	<p>Allgemeine Ausführungen zum Item</p> <p>Die Abgrenzungen/Überschneidungen zu anderen Items sind zu beachten und die verbundenen Bedarfe sind zu berücksichtigen.</p> <p>... „verbundene“ Bedarfe sind in den jeweiligen Bedarfsbereichen mit zu berücksichtigen. Im Bereich „... Orientierung“ sind ... nur Leistungs- und Unterstützungserfordernisse abzubilden, die außerhalb und/oder ergänzend zu alltäglichen Aufgaben anfallen.</p> <p>Räumliche Orientierung ist eine kognitive Fähigkeit. Das Item beinhaltet kognitive Fähigkeiten, sich Wege und Orte zu erschließen, die nicht bekannt/eingeübt sind. Kognitive Fähigkeiten des Wiedererkennens von Räumen und Wegen und des Planens von Wegen sind notwendig, um fremde Orte besuchen zu können.</p>			
	<p>„keine Hilfe erforderlich bzw. gewünscht“.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Sprachliche Unterstützung und sachbezogene Handreichung: <ul style="list-style-type: none"> • Sachliche Informationen • Erinnerungen • Aufforderungen • Begründungen • Stellen von Materialien/ Hilfsmittel ➤ Unterstützung des selbständigen Handelns ➤ Initiierung des selbständigen Handelns ➤ Motivationsarbeit (Hilfe nicht erwünscht): Einsicht erwecken /vermitteln 	<p>Eine stellvertretende Leistung ist nicht möglich. Kommunikations- und Orientierungstechniken können nicht stellvertretend erlernt werden. Unterstützende Anwesenheit und Begleitung wird in den jeweiligen Bedarfsbereichen abgebildet.</p>	<p>Eine individuelle, zielorientierte Hilfe ermöglicht dem Bewohner das Erkennen/Wahrnehmen räumlicher Strukturen.</p>

VI. Emotionale und Psychische Entwicklung	Es ist keine (personelle) Hilfe erforderlich bzw. gewünscht	Information, Assistenz, Hilfestellung	Stellvertretende Ausführung/Begleitung	Intensive Förderung/Anleitung; umfassende Hilfestellung
<p>26. Bewältigung von Angst, Unruhe, Spannungen ausgeprägte motorische Unruhe, ständiges Reden/Schreien, häufiges Zerreißen von Kleidung/Gegenständen, sich bedroht fühlen durch andere Menschen oder Veränderungen in der Umgebung</p> <p>Die Aufzählungen sind nicht abschließend.</p>	<p>Allgemeine Ausführungen zum Item</p> <p>Die Abgrenzungen/Überschneidungen zu anderen Items sind zu beachten und die verbundenen Bedarfe sind zu berücksichtigen.</p> <p>Angst, Unruhe, Spannungen können sich z.B. äußern als ausgeprägte motorische Unruhe, ständiges Reden/Schreien, häufiges Zerreißen von Kleidung/Gegenständen, sich bedroht fühlen durch andere Menschen oder Veränderungen in der Umgebung etc. Bei Heranwachsenden können darüber hinaus z.B. altersbedingte Ängste (z.B. nicht alleine bleiben können) sowie erhebliche Spannungen im Rahmen der psychosozialen Entwicklungsphasen (z.B. Pubertät) zu spezifischen Betreuungserfordernissen zählen.</p> <p>In diesem Item geht es ausschließlich um Bewältigungsstrategien, wobei sich die Auswirkungen in anderen Items abbilden können.</p>			
	<p>„keine Hilfe erforderlich bzw. gewünscht“, wenn das Nichtstun nicht zu Beeinträchtigungen der Gesundheit, der Lebensqualität und/oder der sozialen Beziehungen führt bzw. kein Schaden für die betreffende Person entsteht.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ gelegentliche Beruhigung, ➤ Erinnerung an Vereinbarungen, ➤ Information über fachliche Hilfen (Beratungsstellen, Psychologen etc.). 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Gestaltung der Umgebung, die auf individuelle Beeinträchtigungen Rücksicht nimmt, ➤ unterstützende Anwesenheit eines Betreuers, ➤ stellvertretende Konfliktschlichtung, ➤ stellvertretende Anbahnung fachlicher Hilfe (Beratungsstellen, Psychologen etc.) 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Erarbeiten von Kriseninterventionskonzepten (auch zur Krisenvermeidung), ➤ Erarbeiten von Umgangskonzepten bzw. alternativen Handlungsmöglichkeiten

VI. Emotionale und Psychische Entwicklung	Es ist keine (personelle) Hilfe erforderlich bzw. gewünscht	Information, Assistenz, Hilfestellung	Stellvertretende Ausführung/Begleitung	Intensive Förderung/Anleitung; umfassende Hilfestellung
<p>27. Bewältigung von Antriebsstörungen, etc. Interesselosigkeit, Apathie, Lethargie</p> <p>Die Aufzählungen sind nicht abschließend.</p>	<p>Allgemeine Ausführungen zum Item</p> <p>Die Abgrenzungen/Überschneidungen zu anderen Items sind zu beachten und die verbundenen Bedarfe sind zu berücksichtigen.</p> <p>Antriebsstörungen können sich äußern als Apathie, Interesselosigkeit, Lethargie. Hier besteht Hilfebedarf als intensive Zuwendung, Motivation und Bereitstellen äußerer Reize.</p> <p>In diesem Item geht es ausschließlich um Bewältigungsstrategien, wobei sich die Auswirkungen in anderen Items abbilden können.</p>			
	<p>„keine Hilfe erforderlich bzw. gewünscht“, wenn das Nichtstun nicht zu Beeinträchtigungen der Gesundheit, der Lebensqualität und/oder der sozialen Beziehungen führt bzw. kein Schaden für die betreffende Person entsteht.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Erinnerung an Vereinbarungen, ➤ Information über fachliche Hilfen (Beratungsstellen, Psychologen etc.) etc. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Gestaltung der Umgebung, die auf individuelle Beeinträchtigungen Rücksicht nimmt ➤ unterstützende Anwesenheit eines Betreuers ➤ stellvertretende Konfliktschlichtung ➤ stellvertretende Anbahnung fachlicher Hilfe (Beratungsstellen, Psychologen etc.) 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Erarbeiten von Kriseninterventionskonzepten (auch zur Krisenvermeidung), ➤ Erarbeiten von Umgangskonzepten bzw. alternativen Handlungsmöglichkeiten

VI. Emotionale und Psychische Entwicklung	Es ist keine (personelle) Hilfe erforderlich bzw. gewünscht	Information, Assistenz, Hilfestellung	Stellvertretende Ausführung/Begleitung	Intensive Förderung/Anleitung; umfassende Hilfestellung
<p>28. Bewältigung paranoider oder affektiver Symptomatik Wahnvorstellungen, depressiven und/oder manischen Störungen</p> <p>Die Aufzählungen sind nicht abschließend.</p>	<p>Allgemeine Ausführungen zum Item</p> <p>Die Abgrenzungen/Überschneidungen zu anderen Items sind zu beachten und die verbundenen Bedarfe sind zu berücksichtigen.</p> <p>Umgang mit Wahnvorstellungen, depressiven und/oder manischen Störungen etc.. Insbesondere die Variable „Bewältigung paranoider oder affektiver Symptomatik“ setzt das Vorliegen einer entsprechenden psychiatrischen Diagnose (z.B. Psychose, Depression) voraus.</p> <p>Eine fachärztliche Diagnose muss vorliegen.</p> <p>In diesem Item geht es ausschließlich um Bewältigungsstrategien, wobei sich die Auswirkungen in anderen Items abbilden.</p> <p>Bei Behinderungsbildern, deren Bedarfe sich nach den ICD 10 Codierungen F80 bis einschließlich F89 darstellen, ist das Gesamtbild schwierig darzustellen. Gerade bei Menschen mit autistischer Störung ist nicht automatisch ein Bedarf in diesem Item gegeben, sondern nur dann, wenn <u>zusätzlich</u> eine paranoide oder affektive Störung diagnostiziert wurde.</p>			
<p>„keine Hilfe erforderlich bzw. gewünscht“, wenn das Nichtstun nicht zu Beeinträchtigungen der Gesundheit, der Lebensqualität und/oder der sozialen Beziehungen führt bzw. kein Schaden für die betreffende Person entsteht.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ gelegentliche Beruhigung, ➤ Erinnerung an Vereinbarungen, ➤ Information über fachliche Hilfen (Beratungsstellen, Psychologen etc.). 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Gestaltung der Umgebung, die auf individuelle Beeinträchtigungen Rücksicht nimmt, ➤ unterstützende Anwesenheit eines Betreuers, ➤ stellvertretende Konfliktschlichtung, ➤ stellvertretende Anbahnung fachlicher Hilfe (Beratungsstellen, Psychologen etc.) 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Erarbeiten von Kriseninterventionskonzepten (auch zur Krisenvermeidung), ➤ Erarbeiten von Umgangskonzepten bzw. alternativen Handlungsmöglichkeiten 	

VI. Emotionale und Psychische Entwicklung	Es ist keine (personelle) Hilfe erforderlich bzw. gewünscht	Information, Assistenz, Hilfestellung	Stellvertretende Ausführung/Begleitung	Intensive Förderung/Anleitung; umfassende Hilfestellung
<p>29. Umgang mit und Abbau von erheblich selbst- und fremdgefährdenden Verhaltensweisen</p> <ul style="list-style-type: none"> • autoaggressives Verhalten, z.B. Kopf gegen die Wand, Hand gegen den Kopf schlagen, in Körperteile beißen, sich blutig kratzen, sich in die Augen stechen, Kotschmierern. • Verweigerung von Medikamenten, Ernährung, Ausscheidung • Suiziddrohung • Angriff auf andere Personen • Zündeln <p>Die Aufzählungen sind nicht abschließend.</p>	<p>Allgemeine Ausführungen zum Item</p> <p>Die Abgrenzungen/Überschneidungen zu anderen Items sind zu beachten und die verbundenen Bedarfe sind zu berücksichtigen.</p> <p>Hierzu zählen alle Verhaltensweisen, durch die ernsthafte Gefahren für die eigene Gesundheit oder die anderer Menschen entstehen.</p> <p>Zu fremd- oder autoaggressivem Verhalten zählt, sich oder anderen erhebliche Verletzungen zuzufügen, aus eigenem, willkürlichen Verhalten heraus.</p> <p>Bei der Erörterung was ernsthafte Gefahren sind, spielen folgende Faktoren eine Rolle: Folgen, Häufigkeiten, körperliche oder psychische Disposition des Bewohners</p> <p>Im Zusammenhang mit diesem Item stehen z.B. die Items 14, 16 und 19.</p> <p>Während Thema der Items 26 und 28 die Bewältigung der Ursachen ist, können sich deren Auswirkungen im Item 29 (fremd-/selbstverletzendes Verhalten) wiederfinden.</p> <p>Die Vermeidung von Gefahren die durch unwillkürliche Bewegungen, z.B. bei einer Spastik oder Epilepsie auftreten, können im Item 33 „Beobachtung und Überwachung des Gesundheitszustandes“ abgebildet werden.</p> <p>Eine vorliegende oder drohende Suchtgefährdung findet in Item 34 Berücksichtigung.</p>			
	<p>„keine Hilfe erforderlich bzw. gewünscht“, wenn das Nichtstun nicht zu Beeinträchtigungen der Gesundheit, der Lebensqualität und/oder der sozialen Beziehungen führt bzw. kein Schaden für die betreffende Person entsteht.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ gelegentliche Beruhigung, ➤ Erinnerung an Vereinbarungen, ➤ Information über fachliche Hilfen (Beratungsstellen, Psychologen etc.). 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Gestaltung der Umgebung, die auf individuelle Beeinträchtigungen Rücksicht nimmt ➤ unterstützende Anwesenheit eines Betreuers ➤ stellvertretende Konfliktschlichtung ➤ stellvertretende Anbahnung fachlicher Hilfe (Beratungsstellen, Psychologen etc.) 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Erarbeiten von Kriseninterventionskonzepten (auch zur Krisenvermeidung) ➤ Erarbeiten von Umgangskonzepten bzw. alternativen Handlungsmöglichkeiten

VII. Gesundheitsförderung und Erhaltung	Es ist keine (personelle) Hilfe erforderlich bzw. gewünscht	Information, Assistenz, Hilfestellung	Stellvertretende Ausführung/Begleitung	Intensive Förderung/Anleitung; umfassende Hilfestellung
<p>30. Ausführen ärztlicher oder therapeutischer Verordnungen Bereitstellung, Dosierung und Einnahme von Medikamenten, (Körper-)Übungen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Begleitung zu Therapien • Rezept und Verordnung einlösen • Einhaltung von ärztlich verordneten Diäten <p>Die Aufzählungen sind nicht abschließend.</p>	<p>Allgemeine Ausführungen zum Item</p> <p>Die Abgrenzungen/Überschneidungen zu anderen Items sind zu beachten und die verbundenen Bedarfe sind zu berücksichtigen.</p> <p>Das „Ausführen ärztlicher oder therapeutischer Verordnungen“ ... sind – im Unterschied zu den anderen Kategorien – nur für die Menschen relevant, für die aktuell und weiter vorhersehbar entsprechende Erfordernisse bestehen (z.B. Verordnung von Neuroleptika bei psychisch Kranken, sonstige regelmäßige Medikamentenverordnung, Fortführung krankengymnastischer Übungen im Alltag, Teilnahme an Psychotherapien etc.).</p> <p>Prophylaxe (Gesundheitsvorsorge) fällt nicht in dieses Item. Hier finden ausschließlich ärztliche und therapeutische Verordnungen Berücksichtigung. Prophylaxen finden Berücksichtigung im Item 34.</p> <p>Ein Hilfebedarf ergibt sich aus aktuell <u>und</u> weiter vorhersehbaren Erfordernissen (kein hypothetischer Bedarf) wie zum Beispiel: Bereitstellung, Dosierung und Einnahme von Medikamenten, Fortführung krankengymnastischer Übungen im Alltag, Begleitung zu Therapien, Einlösen von Rezepten, Vor- und Nachbereitung.</p> <p>Die Überwachung des Gesundheitszustandes im Rahmen ärztlicher oder therapeutischer Verordnungen ist hier zu berücksichtigen. Eine allgemeine Überwachung und Beobachtung des Gesundheitszustandes (z.B. regelmäßiges Wiegen) fällt in den Bereich des Items 33.</p>			
	<p>Keine Unterstützung beim Ausführen ärztlicher oder therapeutischer Verordnungen notwendig.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Sprachliche Unterstützung und sachbezogene Handreichung: <ul style="list-style-type: none"> • Sachliche Informationen • Erinnerungen • Aufforderungen • Begründungen • Stellen von Materialien/ Hilfsmittel ➤ Unterstützung des selbständigen Handelns ➤ Initiierung des selbständigen Handelns ➤ Motivationsarbeit (Hilfe nicht erwünscht): Einsicht erwecken /vermitteln 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Stellvertretende Ausführung von Tätigkeiten/Aktivitäten für die betreffende Person ➤ Begleitung, bzw. Transfer insbesondere wo Stellvertretung inhaltlich nicht möglich ist ➤ Unterstützende Anwesenheit (Aufsichtsleistung) 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Aktivitäten, die stets nur im Beisein einer Betreuerin/eines Betreuers stattfinden können

VII. Gesundheitsförderung und Erhaltung	Es ist keine (personelle) Hilfe erforderlich bzw. gewünscht	Information, Assistenz, Hilfestellung	Stellvertretende Ausführung/Begleitung	Intensive Förderung/Anleitung; umfassende Hilfestellung
<p>31. Absprache und Durchführung von Arztterminen Arztwahl, Terminvereinbarung, Aufsuchen der Praxis etc.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Begleitung zum Arzt, Gespräch mit dem Arzt <p>Die Aufzählungen sind nicht abschließend.</p>	<p>Allgemeine Ausführungen zum Item</p> <p>Die Abgrenzungen/Überschneidungen zu anderen Items sind zu beachten und die verbundenen Bedarfe sind zu berücksichtigen.</p> <p>Dieser Bereich erstreckt sich nicht nur auf Situationen akuter Erkrankung; hier ist vielmehr auch die Teilnahme an regelmäßigen Vorsorgeuntersuchungen zu berücksichtigen.</p>			
	<p>„keine Hilfe erforderlich bzw. gewünscht“, wenn das Nichtstun nicht zu Beeinträchtigungen der Gesundheit, der Lebensqualität und/oder der sozialen Beziehungen führt bzw. kein Schaden für die betreffende Person entsteht.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Sprachliche Unterstützung und sachbezogene Handreichung: <ul style="list-style-type: none"> • Sachliche Informationen • Erinnerungen • Aufforderungen • Begründungen • Stellen von Materialien/ Hilfsmittel ➤ Unterstützung des selbständigen Handelns ➤ Initiierung des selbständigen Handelns ➤ Motivationsarbeit (Hilfe nicht erwünscht): Einsicht erwecken /vermitteln 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Überwiegend stellvertretende Leistungen ➤ Stellvertretende Ausführung von Tätigkeiten/Aktivitäten für die betreffende Person ➤ Begleitung, bzw. Transfer insbesondere wo Stellvertretung inhaltlich nicht möglich ist ➤ Unterstützende Anwesenheit 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Aktivitäten, die stets nur im Beisein einer Betreuerin/eines Betreuers stattfinden können

VII. Gesundheitsförderung und Erhaltung	Es ist keine (personelle) Hilfe erforderlich bzw. gewünscht	Information, Assistenz, Hilfestellung	Stellvertretende Ausführung/Begleitung	Intensive Förderung/Anleitung; umfassende Hilfestellung
<p>32. Spezielle pflegerische Erfordernisse ^</p> <p>Dekubitusprophylaxe, Bedienung von Beatmungsgeräten, pflegerische Erfordernisse bei Sonden-ernährung etc.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Umgang mit Harnverhalt • Regelmäßige Versorgung von Wunden • Speichel absaugen <p>Die Aufzählungen sind nicht abschließend.</p>	<p>Allgemeine Ausführungen zum Item</p> <p>Die Abgrenzungen/Überschneidungen zu anderen Items sind zu beachten und die verbundenen Bedarfe sind zu berücksichtigen.</p> <p>„Spezielle pflegerische Erfordernisse“ sind im Unterschied zu den anderen Kategorien nur für die Menschen relevant, für die aktuell und weiter vorhersehbar entsprechende Erfordernisse bestehen.</p> <p>Unter diesem Item sind neben speziellen Behandlungsmaßnahmen grundsätzlich Prophylaxemaßnahmen aufzuführen, für die aktuell und weiter vorhersehbar entsprechende Erfordernisse bestehen. Voraussetzung für die Durchführung von Prophylaxemaßnahmen ist es, dass entsprechende Risikofaktoren feststellbar sind.</p> <p>Die Reinigung von Hilfsmitteln ist unter Item 5 „Ordnung im eigenen Bereich“ aufzuführen.</p> <p>Bei Benutzung von Hilfsmitteln ist zu unterscheiden, dass der Verwendungszweck dem jeweiligen Item zuzuordnen ist (Katheter Item 10, orthopädische Schuhe Item 13), hingegen die speziellen pflegerischen Erfordernisse (Prophylaxe und Behandlung) in diesem Item abgebildet werden.</p> <p>Falls die Prophylaxe nur als „Beobachtung“ durchgeführt wird, ist sie dem Item 33 zuzuordnen. Werden darüber hinaus Prophylaxemaßnahmen (z.B. Lagerung) notwendig, sind sie hier zuzuordnen.</p>			
	<p>„keine Hilfe erforderlich bzw. gewünscht“, wenn das Nichtstun nicht zu Beeinträchtigungen der Gesundheit, der Lebensqualität und/oder der sozialen Beziehungen führt bzw. kein Schaden für die betreffende Person entsteht.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Sprachliche Unterstützung und sachbezogene Handreichung: <ul style="list-style-type: none"> • Sachliche Informationen • Erinnerungen • Aufforderungen • Begründungen • Stellen von Materialien/ Hilfsmitteln ➤ Unterstützung des selbständigen Handelns ➤ Initiierung des selbständigen Handelns ➤ Motivationsarbeit 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Überwiegend stellvertretende Leistungen ➤ Stellvertretende Ausführung von Tätigkeiten/Aktivitäten für die betreffende Person 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Aktivitäten, die stets nur im Beisein einer Betreuerin/eines Betreuers stattfinden können

VII. Gesundheitsförderung und Erhaltung	Es ist keine (personelle) Hilfe erforderlich bzw. gewünscht	Information, Assistenz, Hilfestellung	Stellvertretende Ausführung/Begleitung	Intensive Förderung/Anleitung; umfassende Hilfestellung
<p>33. Beobachtung und Überwachung des Gesundheitszustandes Regelmäßige Kontrollen (z.B. bei Diabetes, Vitalzeichen-Kontrolle, Beobachtung bei Erkrankungen, Erkennen von Krankheitssymptomen etc.)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gewichtskontrolle • Kontrolle auf Druckstellen <p>Allgemeine Ausführungen zum</p> <ul style="list-style-type: none"> • Überwachung bei chronischen Erkrankungen, z.B. Diabetes, Epilepsie • Blutdruckmessen/ Blutzuckermessen <p>Die Aufzählungen sind nicht abschließend.</p>	<p>Allgemeine Ausführungen zum Item</p> <p>Die Abgrenzungen/Überschneidungen zu anderen Items sind zu beachten und die verbundenen Bedarfe sind zu berücksichtigen.</p> <p>Neben ggf. regelmäßig erforderlichen Kontrollen (z.B. bei Diabetes, Kontrolle des Blutdrucks etc.) zählt zu dieser Kategorie auch das Erkennen von Krankheitssymptomen bzw. die Anleitung, selbst solche Symptome erkennen und benennen zu können.</p> <p>Die Überwachung des Gesundheitszustandes im Rahmen ärztlicher oder therapeutischer Verordnungen (Item 30) ist hier nicht zu berücksichtigen.</p> <p>„keine Hilfe erforderlich bzw. gewünscht“, wenn das Nichtstun nicht zu Beeinträchtigungen der Gesundheit, der Lebensqualität und/oder der sozialen Beziehungen führt bzw. kein Schaden für die betreffende Person entsteht.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Sprachliche Unterstützung und sachbezogene Handreichung: <ul style="list-style-type: none"> • Sachliche Informationen • Erinnerungen • Aufforderungen • Begründungen • Stellen von Materialien/ Hilfsmittel ➤ Unterstützung des selbständigen Handelns ➤ Initiierung des selbständigen Handelns ➤ Motivationsarbeit (Hilfe nicht erwünscht): Einsicht erwecken /vermitteln 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Überwiegend stellvertretende Leistungen ➤ Stellvertretende Ausführung von Tätigkeiten/Aktivitäten für die betreffende Person <p>Bei Heranwachsenden in sehr jungem Alter ist regelmäßig eine solche aufmerksame Beobachtung (Hilfebedarf „C“) erforderlich.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Aktivitäten, die stets nur im Beisein einer Betreuerin/eines Betreuers stattfinden können

VII. Gesundheitsförderung und Erhaltung	Es ist keine (personelle) Hilfe erforderlich bzw. gewünscht	Information, Assistenz, Hilfestellung	Stellvertretende Ausführung/Begleitung	Intensive Förderung/Anleitung; umfassende Hilfestellung
<p>34. Gesundheitsfördernder Lebensstil Kenntnisse über gesunde Ernährung, körperliches Training/Bewegung, Vermeiden gesundheitsschädiger Verhaltensweisen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ausreichender Schlaf <p>Die Aufzählungen sind nicht abschließend</p>	<p>Allgemeine Ausführungen zum Item</p> <p>Die Abgrenzungen/Überschneidungen zu anderen Items sind zu beachten und die verbundenen Bedarfe sind zu berücksichtigen.</p> <p>Hier sind allgemein als Maßstäbe die weithin bekannten Grundsätze einer gesundheitsbewussten Lebensführung anzulegen (Bewegung, Verzicht auf oder stark eingeschränkter Konsum von Genussmitteln (Alkohol, Nikotin etc.) usw., wobei es nicht das Ziel sein kann, dass Menschen mit Behinderungen diese Maßstäbe vorbildlich (und damit anders als der Durchschnitt der Bevölkerung) beherzigen.</p> <p>Abzuwägen sind daher tatsächliche und offenkundige Gefahren einer Gesundheitsschädigung, denen durch entsprechende Hilfe begegnet werden muss. Wenn Menschen mit Behinderung sich solchen Hilfen verschließen, kann als Hilfebedarf vermutlich nur die Kategorie „B“ (Information...) eingesetzt werden.</p> <p>Das Bereitstellen abwechslungsreicher gesunder Kost und normale Angebote zur Bewegung werden nicht als individuell erbrachte Leistung bewertet (Grundgedanken der Konzeption). Hier geht es um Hilfe die erforderlich ist, wenn schädigendes Verhalten begründet nicht verantwortet und toleriert werden kann.</p> <p>Auch im Rahmen eines gesundheitsfördernden Lebensstils ist es erforderlich, die Art und Menge der Nahrung den gesundheitlichen Gegebenheiten entsprechend auszuwählen. Wenn der Bewohner hierzu Kenntnisse erwerben und umsetzen möchte, ist der Hilfebedarf hier im Item abzubilden.</p>			
	<p>„keine Hilfe erforderlich bzw. gewünscht“, wenn das Nichtstun nicht zu Beeinträchtigungen der Gesundheit, der Lebensqualität und/oder der sozialen Beziehungen führt bzw. kein Schaden für die betreffende Person entsteht.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Sprachliche Unterstützung und sachbezogene Handreichung: <ul style="list-style-type: none"> • Sachliche Informationen • Erinnerungen • Aufforderungen • Begründungen • Stellen von Materialien/ Hilfsmittel ➤ Unterstützung des selbständigen Handelns ➤ Initiierung des selbständigen Handelns ➤ Motivationsarbeit (Hilfe nicht erwünscht): Einsicht erwecken/vermitteln 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Stellvertretende Ausführung von Tätigkeiten/Aktivitäten für die betreffende Person ➤ Begleitung, bzw. Transfer insbesondere wo Stellvertretung inhaltlich nicht möglich ist 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Aktivitäten, die stets nur im Beisein einer Betreuerin/eines Betreuers stattfinden können

Anhang 4 – HMB-W Hilfebedarfsbewertung

Quelle: Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales Berlin. o. J.

Bereich / Aktivität	Hilfebedarf / quantitative Bewertung (Punkte) A	Hilfebedarf / quantitative Bewertung (Punkte) B	Hilfebedarf / quantitative Bewertung (Punkte) C	Hilfebedarf / quantitative Bewertung (Punkte) D
Alltägliche Lebensführung				
1. Einkaufen	0	2	3	4
2. Zubereitung von Zwischenmahlzeiten	0	2	3	4
3. Zubereitung von Hauptmahlzeiten	0	2	3	4
4. Wäschepflege	0	2	3	4
5. Ordnung im eigenen Bereich	0	2	3	4
6. Geld verwalten	0	2	3	4
7. Regeln von finanziellen und (sozial-)rechtlichen Angelegenheiten	0	2	3	4
Individuelle Basisversorgung				
8. Ernährung	0	4	6	8
9. Körperpflege	0	4	6	8
10. Toilettenbenutzung / persönliche Hygiene	0	4	6	8
11. Aufstehen / zu Bett gehen	0	2	3	4
12. Baden / Duschen	0	2	3	4
13. Anziehen / Ausziehen	0	2	3	4
Gestaltung sozialer Beziehungen				
14. im unmittelbaren Nahbereich	0	4	6	8
15. zu Angehörigen und gesetzlichen Betreuern	0	4	6	8
16. in Freundschaften / Partnerschaften	0	4	6	8
Teilnahme am kulturellen und gesellschaftlichen Leben				
17. Gestaltung freier Zeit / Eigenbeschäftigung	0	2	3	4
18. Teilnahme an Freizeitangeboten / kulturellen Veranstaltungen	0	2	3	4
19. Begegnung mit sozialen Gruppen / fremden Personen	0	2	3	4
20. Erschließen außerhäuslicher Lebensbereiche	0	2	3	4
21. Entwickeln von Zukunftsperspektiven / Lebensplanung	0	2	3	4
Kommunikation und Orientierung				
22. Kompensation von Sinnesbeeinträchtigungen und Kommunikationsstörungen; Unterstützung der Kulturtechniken	0	4	6	8
23. Zeitliche Orientierung	0	4	6	8
24. Räumliche Orientierung in vertrauter Umgebung	0	4	6	8

25. Räumliche Orientierung in fremder Umgebung (einschließlich Verkehrssicherheit)	0	4	6	8
Emotionale und psychische Entwicklung				
26. Bewältigung von Angst, Unruhe, Spannungen	0	2	3	4
27. Bewältigung von Antriebsstörungen, Interesselosigkeit, Apathie	0	4	6	8
28. Bewältigung von paranoider oder affektiver Symptomatik	0	4	6	8
29. Umgang mit und Abbau von erheblich selbst- und fremdgefährdenden Verhaltensweisen	0	4	6	8
Gesundheitsförderung und -erhaltung				
30. Ausführen ärztlicher oder therapeutischer Verordnungen	0	2	3	4
31. Absprache und Durchführung von Arztterminen	0	2	3	4
32. Spezielle pflegerische Erfordernisse	0	2	3	4
33. Beobachtung und Überwachung des Gesundheitszustandes	0	2	3	4
34. Gesundheitsfördernder Lebensstil	0	2	3	4

Hilfebedarfsgruppe nach "Metzler" Gruppendifferenzierung

bis 38 Punkte	Gruppe 1
39 Punkte bis 76 Punkte	Gruppe 2
77 Punkte bis 114 Punkte	Gruppe 3
115 Punkte bis 152 Punkte	Gruppe 4
153 Punkte bis 188 Punkte	Gruppe 5

Anhang 5 – Vorlage Sozialbericht

Sozialbericht

Name

Vorname

Geburtsdatum

Anschrift

Bewilligungszeitraum

Stundenzahl wöchentlich

Ziele laut Bewilligungsbescheid:

Betreuer/in:

Falleinführung:

Zusammenfassung der Anamnese und ggf. des psychopathologischen Befundes

Lebensbereiche

I. Alltägliche Lebensführung

Entwicklung im Berichtszeitraum (Zielerreichung)

Vorschläge für Ziele im weiteren Bewilligungszeitraum

II. Individuelle Basisversorgung

Entwicklung im Berichtszeitraum (Zielerreichung)

Vorschläge für Ziele im weiteren Bewilligungszeitraum

III. Gestaltung sozialer Beziehungen

Entwicklung im Berichtszeitraum (Zielerreichung)

Vorschläge für Ziele im weiteren Bewilligungszeitraum

IV. Teilnahme am kulturellen / gesellschaftlichen Leben

Entwicklung im Berichtszeitraum (Zielerreichung)

Vorschläge für Ziele im weiteren Bewilligungszeitraum

V. Kommunikation und Orientierung

Entwicklung im Berichtszeitraum (Zielerreichung)

Vorschläge für Ziele im weiteren Bewilligungszeitraum

VI. Emotionale und psychische Entwicklung

Entwicklung im Berichtszeitraum (Zielerreichung)

Vorschläge für Ziele im weiteren Bewilligungszeitraum

VII. Gesundheitsförderung

Entwicklung im Berichtszeitraum (Zielerreichung)

Vorschläge für Ziele im weiteren Bewilligungszeitraum

Perspektivbewilligung: