

Landschaftsverband Rheinland

IHP 3.1

Handbuch Individuelle Hilfeplanung 2015

1. Einleitung	5
2. Die UN-Konvention	7
3. Die Klassifikation nach der ICF	8
3.1 Begrifflichkeiten der ICF	8
3.1.1 Körperfunktionen und -strukturen	8
3.1.2 Aktivität und Teilhabe	8
3.1.3 Umweltfaktoren	8
3.1.4 Personenbezogene Kontextfaktoren	9
3.1.5 Behinderung	9
3.1.6 Funktionsfähigkeit	9
3.2 Das bio-psycho-soziale Modell der ICF	10
3.2.1 Konzept der Aktivitäten	10
3.2.2 Teilhabe	11
3.3 Kodierung von Sachverhalten nach der ICF	12
3.3.1 Beurteilungsmerkmale der ICF	13
3.3.2 Zusammenfassung der ICF	15
3.3.3 Erwartungen in Bezug auf den IHP 3.1	15
4. Der Begriff der Behinderung in den SGB IX und SGB XII	16
5. Der IHP als Instrument der Bedarfserhebung und Bedarfsfeststellung	17
5.1 Die Zielebenen des IHP 3.1	18
5.2 Angestrebte Wohn- und Lebensform (Leitziele)	19
5.3 Was konkret erreicht werden soll (Handlungsziele)	19
5.4 Änderungs- und Erhaltungsziele	21
5.5 Maßnahmen und Ziele	21
5.6 Maßnahmen und Leistungen	22
5.7 Zielüberprüfung und Fortschreibung	22
5.8 Zentrale Begriffe	22
6. Die Bögen des IHP 3	23
6.1 Der Basisbogen	23
6.2 Der Gesprächsleitfaden	26
6.2.1 Der Analyseteil des IHP	30
6.2.2 Überprüfung der Zielerreichung und der durchgeführten Maßnahmen	33
6.3.2 Planung zukünftiger Maßnahmen	33
6.3 Bestimmung der notwendigen Leistungen	34
6.3.1 Sachleistung	35
6.3.2 Geldleistung	36
6.3.3 Persönliches Budget	36
7.1 Aufgaben der Hilfeplankonferenz	37

7. Hilfeplankonferenz und Bedarfsfeststellung	37
7.2 Datenschutz und Freiwilligkeit.....	39
7.2.1 Vorzustellende Hilfepläne	39
7.2.2 Beteiligung der Antragstellenden Personen	39
7.2.3 Durchführung der Hilfeplankonferenz.....	39
7.2.5 Dokumentation der Arbeitsergebnisse.....	39
8. Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gesellschaft	40
8.2 Bundesteilhabegesetz	41
8.3 Inklusiven Sozialraum mitgestalten	41
9. Verzeichnis der Abbildungen.....	42
10. Literaturverzeichnis	43

IMPRESSUM

Herausgeberin:

Die Direktorin des Landschaftsverbandes Rheinland
LVR-Dezernat Soziales
50663 Köln

September 2015

Autoren:

Eva-Maria Keßler, transfer – Unternehmen für soziale Innovation
Thomas Schmitt-Schäfer, transfer – Unternehmen für soziale Innovation
Herbert Gietl, LVR-Dezernat Soziales

Redaktion:

Dr. Annette Rahn, LVR-Dezernat Soziales
Dr. Dieter Schartmann, LVR-Dezernat Soziales

Layout und Druck:

Melina Mertens
LVR-Druckerei, Ottoplatz 2, 50679 Köln, Tel 0221 809-2418

1. Einleitung

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

Bei der Vorstellung der 1. Version im Jahr 2003 wurde bereits deutlich gemacht, dass es sich um ein „lernendes Instrument“ handelt, also auf der Grundlage der praktischen Erfahrungen eine Weiterentwicklung vorgesehen ist. Zum Jahresbeginn 2005 wurde die in Workshops und Diskussionsveranstaltungen entwickelte 2. Version, dann in 2010 die 3. Version eingeführt.

Der IHP 3 ist ein fachlich hochqualifiziertes und in der Behindertenhilfe im Rheinland anerkanntes, und auch auf einer überregionalen und wissenschaftlichen Ebene gewürdigtes Instrument zur Bedarfserhebung und -feststellung.

Die bislang gültige Fassung des Individuellen Hilfeplans, Version 3.0, stammt aus dem Jahr 2010. Aufgrund gesetzlicher Weiterentwicklungen (beispielhaft genannt sei § 45 a – eingeschränkte Alltagskompetenz; neue Regelbedarfe in der Sozialhilfe gemäß SGB XII) sowie nach Rückmeldungen der Leistungsanbieter im Rahmen von durchgeführten Workshops sowie der Mitarbeitenden in den Modellprojekten Rhein-Kreis-Neuss, Rhein-Sieg-Kreis und Mönchengladbach, nach Veranstaltungen mit Vertretungen der Kommunalen Spitzenverbände und der Verbände der Freien Wohlfahrtspflege sowie Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des LVR und nach Vorschlägen der Menschen mit Behinderungen, zeigten sich an einzelnen Stellen des IHP 3 redaktionelle Überarbeitungsnotwendigkeiten. Diese betreffen in erster Linie sinnvolle Ergänzungen zu den bereits zu erhebenden Fakten, aber auch ein-

zelne Umformulierungen zu Textpassagen, die missverstanden werden können.

Die Arbeitsgruppe zu der Überarbeitung setzte sich zusammen aus Vertreterinnen und Vertretern

- des Landkreistages NRW
- des Städtetages NRW
- der Liga der Freien Wohlfahrtspflege
- ausgewählter Leistungsanbieter
- der KoKoBe und der SPZ
- des Dezernates LVR-Klinikverbund und Verbund Heilpädagogischer Hilfen
- sowie Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern unterschiedlicher Funktionsgruppen des Dezernates Soziales

Die tragenden Elemente

- die Zielstruktur des IHP
- die Unterscheidungen der Analyseebenen
- ein Bogen zur Überprüfung von Zielen und zur Eignung der durchgeführten Maßnahmen
- fachliche Maßnahmen unterschiedlicher Art (tagesgestaltende Maßnahmen, hauswirtschaftliche Hilfen, Assistenzleistungen etc.) und nicht fachliche Maßnahmen
- Leistungen anderer Sozialleistungsträger sind erhalten geblieben.

Zusätzlich wurden mit berücksichtigt:

- UN-Behindertenrechtskonvention
- Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF)
- Erfordernisse aus Sicht der Verwaltung

Es hat sich als zentrale Aufgabe herausgestellt, das im Denkansatz der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderung und der ICF verankerte Verständnis von Behinderung abzubilden und als Grundlage aller Planung zu nehmen: Menschen mit Behinderung sind nicht als „Träger“ eines persönlichen Defizits anzusehen, sondern dabei zu unterstützen, die ihnen bei der gleichberechtigten Teilhabe am Leben in der Gesellschaft im Wege stehenden Barrieren zu überwinden. In diesem Sinne ist es angemess-

sen, sie als „Menschen vor Teilhabebarrieren“ zu sehen und alle Aktivitäten bzw. Maßnahmen unter dem Gesichtspunkt zu betrachten, ob sie hierzu verhelfen. Nun liegt der IHP 3.1 vor, dieses Handbuch führt in seine Anwendung ein. Zusätzlich wird es zu dem 01. Oktober 2015 beginnenden Einsatz des IHP 3.1 eine Vorstellungsreihe des LVR sowie verschiedene Arten von Schulungsaktivitäten geben.

Die sprachliche Gleichbehandlung der Geschlechter ist für eine erfolgreiche Gleichstellung von unerlässlicher Bedeutung. Ziel muss es sein, Frauen und Männer gleichermaßen anzusprechen und die Frauen grundsätzlich sprachlich sichtbar zu machen. Ge-

schlechtergerecht zu kommunizieren ist kein Formalismus, vielmehr ist geschlechtergerechte Sprache ein Mittel zu mehr Gleichberechtigung von Frauen und Männern auf der Ebene der Sprache und über den Weg der Sprache auch in anderen Bereichen zu finden.

Es geht nicht nur um die Sprache, sondern um geschlechtergerechte Bedarfserhebung und die Berücksichtigung der besonderen Bedürfnisse der Frauen mit Behinderung!

In Übereinstimmung mit den Anforderungen an Rechtschreibung, Verständlichkeit und Übersichtlichkeit werden in dem vorliegenden Handbuch geschlechtsneutrale Personenbezeichnungen verwendet.

2. Die UN-Konvention

Schätzungsweise 650 Mio. Menschen leben weltweit mit einer Behinderung. Nur in etwa 45 Staaten gibt es Vorschriften, die die Rechte behinderter Menschen besonders schützen. Die Generalversammlung der Vereinten Nationen hat deshalb 2001 beschlossen, dass Vorschläge für ein umfassendes internationales Übereinkommen zur Förderung und zum Schutz der Rechte von Menschen mit Behinderungen entwickelt werden sollten.

Bereits 5 Jahre später, am 13. Dezember 2006 hat die Generalversammlung das „Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen“ (UN-Behindertenrechtskonvention, UN-BRK) sowie das dazugehörige Zusatzprotokoll angenommen.

Die UN-BRK schafft keine Sonderrechte, sondern konkretisiert und spezifiziert die universellen Menschenrechte aus der Perspektive der Menschen mit Behinderungen vor dem Hintergrund ihrer Lebenslagen, die im Menschenrechtsschutz Beachtung finden müssen. Dazu greift sie auf die Allgemeine Erklärung der Menschenrechte sowie auf die wichtigsten Menschenrechtsverträge der Vereinten Nationen zurück und formuliert zentrale Bestimmungen dieser Doku-

mente für die Lebenssituation von Menschen mit Behinderungen.

Teilhabe behinderter Menschen ist ein Menschenrecht, kein Akt der Fürsorge oder Gnade. Die UN-BRK stellt dies klar und konkretisiert damit grundlegende Menschenrechte für die Lebenssituation von Menschen mit Behinderungen. Sie erfasst Lebensbereiche wie Barrierefreiheit, persönliche Mobilität, Gesundheit, Bildung, Beschäftigung, Rehabilitation, Teilhabe am politischen Leben, Gleichberechtigung und Nichtdiskriminierung. Grundlegend für die UN-BRK und die von ihr erfassten Lebensbereiche ist der Gedanke der Inklusion: Menschen mit Behinderung gehören von Anfang an mitten in die Gesellschaft.¹

Das Recht auf Selbstbestimmung wird durch die UN-Konvention entscheidend gestärkt und erfordert ein konsequentes Umdenken in der Gestaltung von Angeboten und Unterstützungsleistungen für Menschen mit Behinderungen. Der IHP 3.1 greift dies auf und richtet dementsprechend die für eine Bedarfsermittlung erforderlichen Fragen direkt an die betroffene Person. Zudem wird der Sozialraum stärker ins Blickfeld genommen und die Zuständigkeit vorrangiger Leistungsträger eingehend geprüft.

¹ Beauftragte der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen, 2010

3. Die Klassifikation nach der ICF

Das Instrument Individueller Hilfeplan basiert unter Beachtung des Sozialraumes geschlechter- und kultursensibel sowie ressourcenorientiert auf der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF). Die Ausprägung einer Behinderung ist danach nicht ausschließlich über Diagnosen gesteuert, das Umfeldes und die subjektive Wahrnehmung der antragstellenden Person sind von erheblicher Bedeutung.

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

Die ICF-Klassifikation stellt in einheitlicher und standardisierter Form eine von der WHO beschlossene Systematik zur standardisierten Beschreibung von Gesundheit und mit Gesundheit zusammenhängenden Zuständen in einer möglichst allgemein verständlichen Sprache zur Verfügung.

Die ICF ermöglicht eine Beschreibung von Krankheitsauswirkungen. Dabei können nicht nur die Schädigungen des Körpers und die Beeinträchtigungen der Funktionen beschrieben werden, sondern auch daraus resultierende Auswirkungen auf persönliche Aktivitäten und das Eingebundensein in das gesellschaftliche Leben (z.B. Erwerbsleben, Erziehung/Bildung, Selbstversorgung) unter Berücksichtigung des jeweiligen Lebenshintergrundes einer Person. Sie erweitert den Blick auf vorhandene Ressourcen und ist hilfreich beim Erkennen von möglichen Förderfaktoren und Barrieren.²

Voraussetzung zur Nutzung der ICF ist die Kenntnis ihrer „Philosophie“ und ihrer Grundbegriffe. Im Folgen-

den wird ein kurzer Überblick über die ICF gegeben. Die Kodierung von Sachverhalten oder die Verwendung der Items **ist in dem IHP 3.1 nicht erforderlich**.

3.1 Begrifflichkeiten der ICF

Das Gesundheitsproblem kann typischer Weise mit der ICD 10 beschrieben werden. Dieses multiaxiale Klassifikationsschema verzeichnet Krankheiten, Gesundheitsstörungen, Verletzungen oder Vergiftungen und andere Umstände wie Schwangerschaft oder Rekonvaleszenz. Es kann auch Informationen zur Pathogenese bzw. Ätiologie enthalten.

3.1.1 Körperfunktionen und -strukturen

Die ICF definiert Körperfunktionen als physiologische Funktionen der Körpersysteme. Beispiele für Messinstrumente von Körperfunktionen sind z.B. die Neutral-Nullmethode, Blutdruckmessung oder die Bestimmung der Ejektionsfraktion des Herzens. Körperstrukturen sind die anatomischen Bestandteile.

3.1.2 Aktivität und Teilhabe

Eine Aktivität ist die Durchführung einer Aufgabe oder einer Handlung durch eine Person. Teilhabe kennzeichnet das Einbezogensein in eine Lebenssituation.

Beeinträchtigungen der Aktivität sind Schwierigkeiten, die ein Mensch haben kann beim z.B. Lernen, Schreiben, Rechnen, Kommunizieren, Gehen, bei der Körperpflege oder beim Umgang mit Stress.

Eine Beeinträchtigung der Teilhabe ist ein Problem, das ein Mensch z.B. beim Einkaufen, Kochen, Wäsche pflegen, in Beziehungen, bei der Erziehung, bei der Arbeit oder in der Freizeit haben kann.

3.1.3 Umweltfaktoren

Umweltfaktoren stellen den gesamten Hintergrund des Lebens und der Lebenssituation eines Menschen dar. Sie können sowohl die Krankheit als auch die Krankheitsauswirkungen positiv oder negativ beeinflussen, d.h. sie können für den Einzelnen einen Förderfaktor oder eine Barriere darstellen.

² ICF-Praxisleitfaden, Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR)

Förderfaktoren (Ressourcen) können z.B. sein: barrierefreie Zugänge, Verfügbarkeit von Hilfsmitteln, Medikamenten und Sozialleistungen. Barrieren können in diesem Zusammenhang sein: schlechte Erreichbarkeit von Leistungserbringern, fehlende soziale und finanzielle Unterstützung.

3.1.4 Personenbezogene Kontextfaktoren

Personenbezogene Kontextfaktoren sind der spezielle Hintergrund des persönlichen Lebens und der Lebensführung dieser Person. Die Person ist gekennzeichnet durch Merkmale wie Geschlecht, Alter, Lebensstil, Gewohnheiten und Sozialisation. Insbesondere die personenbezogenen Faktoren können Krankheitsauswirkungen entscheidend sowohl positiv als auch negativ beeinflussen. Personenbezogene Kontextfaktoren sind in der ICF wegen der weltweit großen kulturellen Unterschiede bislang nicht ausgeführt. Ihre Berücksichtigung ist jedoch im Behandlungsprozess des Einzelfalls sehr oft zwingend notwendig.

3.1.5 Behinderung

Das Gesundheitsproblem einer Person und ihr persönlicher Hintergrund können sich gegenseitig beeinflussen. Resultiert daraus eine Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit, wird in der ICF von Behinderung gesprochen.

Der Behinderungsbegriff der ICF ist der Oberbegriff für jede Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit eines Menschen. Nach der ICF liegt eine Behinderung vor, wenn

- Körperfunktionen/-strukturen von denen abweichen, die für einen gesunden Menschen typisch sind oder
- eine Person nicht mehr das tut oder tun kann, was von einem Menschen ohne Gesundheitsproblem erwartet wird oder
- sie ihr Dasein in allen ihr wichtigen Lebensbereichen nicht mehr in der Art und dem Umfang entfalten kann, wie es von einem Menschen ohne gesundheitliche Beeinträchtigung erwartet wird.

Der Behinderungsbegriff der ICF ist damit umfassender als der Behinderungsbegriff des Sozialgesetzbuches. Nach § 2 SGB IX sind Menschen behindert, wenn

- ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit von dem abweichen, was für das Lebensalter als typischer Zustand bezeichnet werden kann und
- dieser Zustand mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate anhält und
- daher die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist.

Der Behinderungsbegriff der ICF bezeichnet also die negativen Aspekte der Interaktion zwischen einer Person mit einem Gesundheitsproblem und ihren Kontextfaktoren (Umwelt- und personenbezogene Faktoren).

3.1.6 Funktionsfähigkeit

Die ICF stellt auf die Funktionsfähigkeit einer Person ab. Funktionsfähigkeit ist dabei ein Oberbegriff, der alle Körperfunktionen und Aktivitäten sowie Teilhabe umfasst.

„Funktional gesund“³ kann so verstanden werden, dass eine Person trotz eines Gesundheitsproblems (ihre Körperfunktionen oder -strukturen entsprechen nicht allgemein anerkannten Normen)

- all das tut oder tun kann, was von einem gesunden Menschen erwartet wird
- und/oder
- sie sich in der Weise und dem Umfang entfalten kann, wie es von einem gesunden Menschen erwartet wird.

Mit dieser Betrachtung wird die rein bio-medizinische Ebene verlassen. Zusätzlich zu den bio-medizinischen Aspekten auf der Organebene (Körperfunktionen und -strukturen) werden Aspekte des Menschen als handelndes Subjekt (Aktivitäten) und als selbstbestimmtes und gleichberechtigtes Subjekt in der Gesellschaft (Teilhabe) einbezogen. Diese Komponenten werden in Wechselwirkung mit dem jeweils persönlichen Lebenshintergrund (Kontextfaktoren) gesehen.

³ Cibis W.: Der Begriff „Funktionale Gesundheit“ in der deutschsprachigen Fassung der ICF. Gesundheitswesen 2009; 71: 429–432

Die Folgen einer Erkrankung spiegeln damit kein individuelles Schicksal, sondern das Ergebnis möglicher Wechselwirkungen von krankheitsbedingten und kontextuellen Faktoren wider. Zum Kontext einer Person zählen alle äußeren Einflüsse (Umweltfaktoren) auf diese Person sowie deren persönliche Eigenschaften und Attribute (Personenbezogene Faktoren). Kontextfaktoren können positiv oder negativ wirken.

3.2 Das bio-psycho-soziale Modell der ICF

Die Funktionsfähigkeit einer Person ist das Ergebnis der Wechselwirkungen zwischen dem Gesundheitsproblem, den Körperfunktionen/-strukturen der Person, ihren Aktivitäten/Teilhabe und ihrem individuellen Lebenshintergrund (Umwelt und personbezogener Kontext).

Eine Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit kann neue Gesundheitsprobleme nach sich ziehen. Jedes Element des bio-psycho-sozialen Modells der ICF (Abb. 1) kann grundsätzlich als Ausgangspunkt für mögliche neue Probleme herangezogen werden.

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

3.2.1 Konzept der Aktivitäten

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

Leistungsfähigkeit:

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

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

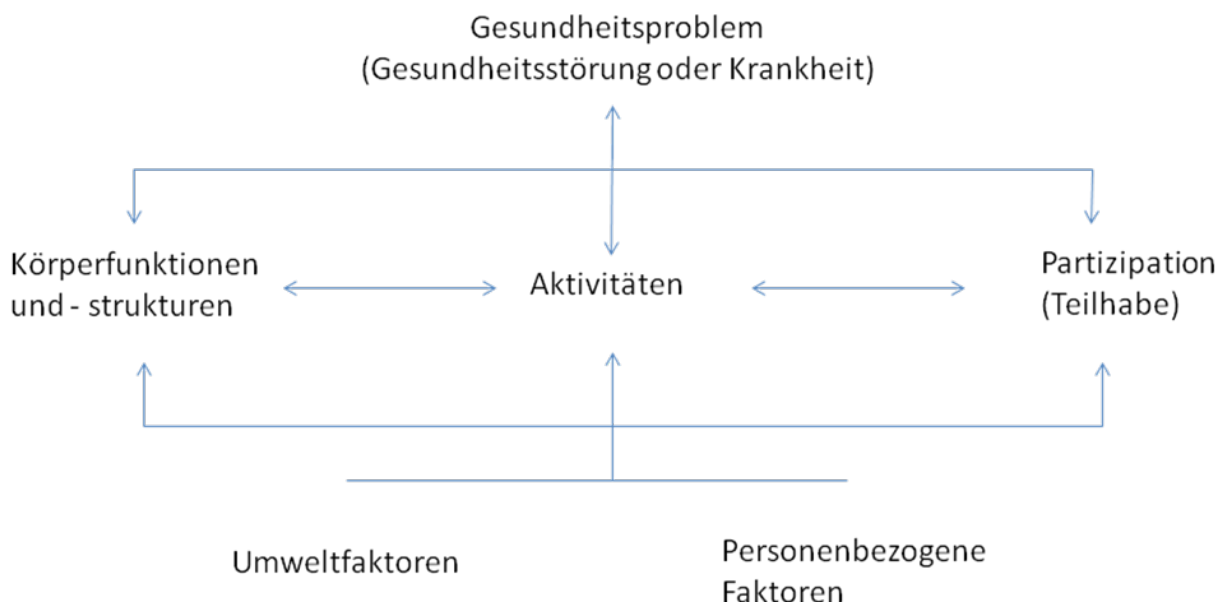


Abbildung 1: das bio-psycho-soziale Modell der ICF

Leistung:

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

Beispiel 1: Eine Person **wirkt** mit bei dem Anziehen des Pullovers, in dem sie z.B. die Arme hebt.

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

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

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

3.2.2 Teilhabe

Das Einbezogenensein kann aus zwei unterschiedlichen Perspektiven betrachtet werden.

Aspekt der subjektiven Erfahrung

- Zufriedenheit in den Lebensbereichen
- erlebte gesundheitsbezogene Lebensqualität
- erlebte Anerkennung und Wertschätzung

Diese Aspekte der Teilhabe kann in der Regel nur von der betroffenen Person selbst beurteilt werden.

Aspekt der Menschenrechte

- Zugang zu den Lebensbereichen zu haben
- in Lebensbereiche integriert zu sein
- das Dasein in Lebensbereichen zu entfalten
- ein unabhängiges, selbstbestimmtes und gleichberechtigtes Leben in den Lebensbereichen zu führen.

Diese Aspekte der Teilhabe werden in der Regel von Außenstehenden beurteilt.⁴

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

Beispiel:

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

⁴ nach Schuntermann 2007, S. 59ff

In der folgenden Tabelle werden wichtige Begriffe der ICF zusammengefasst.

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

Abbildung 2: Wichtige Begriffe der ICF, Schuntermann, 2007

3.3 Kodierung von Sachverhalten nach der ICF

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

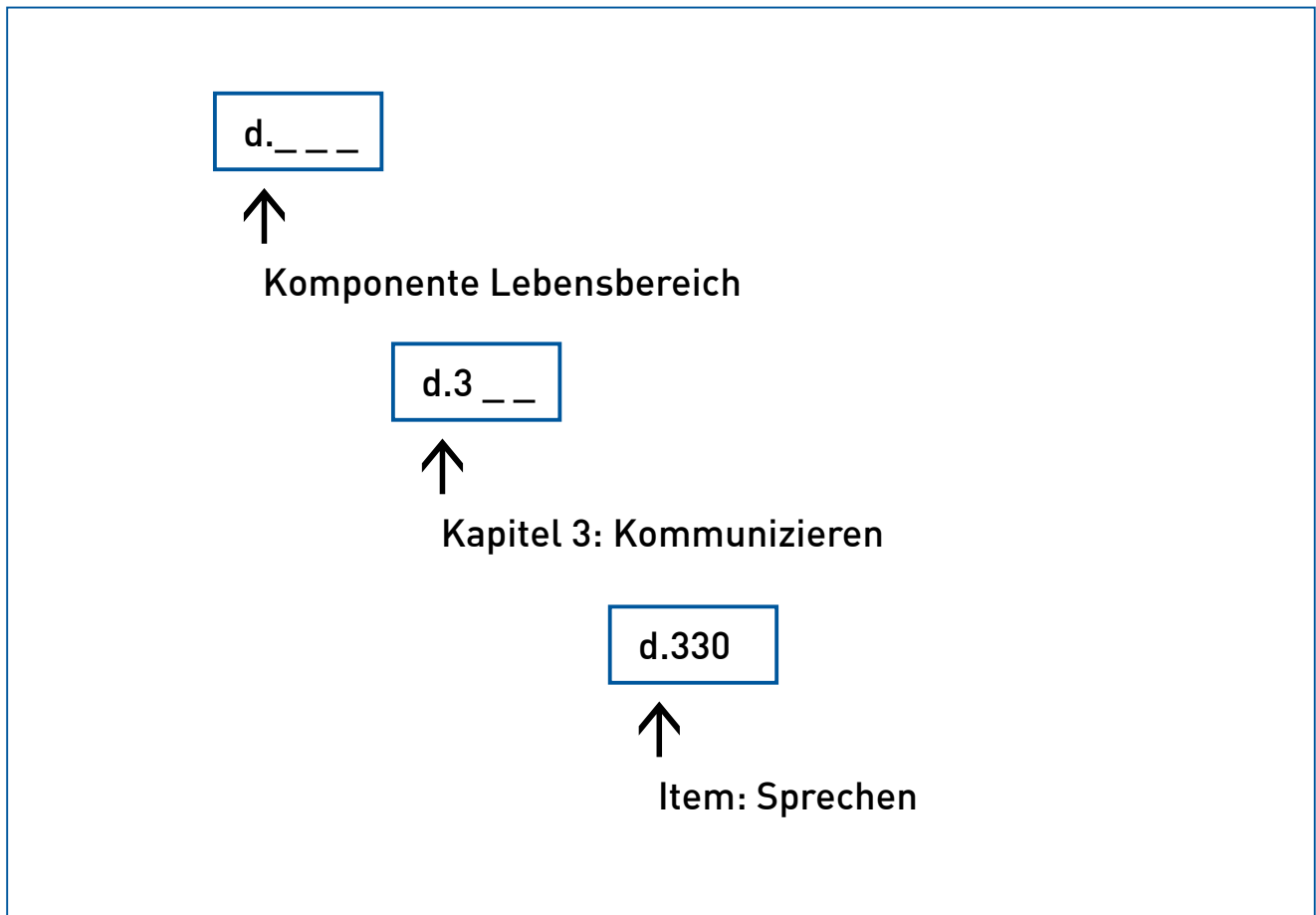
Die Komponenten Körperfunktionen, Körperstrukturen, Aktivitäten und Partizipation, sowie die Umweltfaktoren können eine Vielzahl an sogenannten Items enthalten, die z.B. einzelne Funktionen oder Aktivitäten neutral beschreiben.

Die Komponenten der ICF werden anhand eines Buchstaben kodiert:

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

Abbildung 3: Kodierung nach ICF, Schuntermann, 2007

Die Kapitel und Items sind jeweils mit Ziffern hinterlegt.



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

Wichtig: Die Kodierung von Sachverhalten oder die Verwendung der Items ist in dem IHP 3.1 nicht erforderlich. Die Listen der ICF sind vielmehr hilfreiche Instrumente, mit denen sich Situationen möglichst präzise beschreiben lassen. Es werden möglicherweise darin neue Aspekte entdeckt, die bisher vielleicht nicht bedacht waren.

3.3.1 Beurteilungsmerkmale der ICF

Die ICF arbeitet mit Beurteilungsmerkmalen, die den Zustand der funktionalen Gesundheit auf der untersten Ebene der Items beschreiben. Diese Beurteilungsmerkmale können sowohl bei den Körperfunktionen und -strukturen, bei den Aktivitäten, als auch bei Barrierefaktoren angewandt werden. Diese Beurteilungsmerkmale können ebenfalls kodiert und damit eine neutral beschriebene Situation bewertet werden.

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

Schuntermann 2007⁵

Die WHO entwickelte folgende Operationalisierung der Merkmale:

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

Diese Skalierung ist nicht vollständig. Sie enthält unterschiedliche Aspekte, zum einen den zeitlichen Aspekt, zum anderen den Aspekt der Beeinträchtigung der täglichen Lebensführung. Beides muss nicht zwangsläufig übereinstimmen – im Gegenteil, es ist

denkbar, dass ein Problem dauerhaft auftritt, aber die tägliche Lebensführung nur wenig beeinträchtigt (oder umgekehrt).

Eine Beurteilung des Schweregrades der Teilhabe im Sinne der ICF ist anspruchsvoll und darf nicht zu vor-schnellen Schlüssen führen.

„Zusammenfassend ist festzustellen, dass

1. derzeit kein eigenständiges Beurteilungsmerkmal für Beeinträchtigungen der Teilhabe an Lebensbereichen zur Verfügung steht, und
2. Teilhabe nicht mit Leistung einhergehen muss.“⁶

Es sei nochmals darauf hingewiesen: diese Beurteilungsmerkmale werden in dem IHP 3.1 nicht explizit nachgefragt. Allerdings dienen sie als Gesprächsgrundlage zur Klärung einer Situation.

Mögliche und wichtige Fragestellungen, mit denen der Schweregrad insbesondere der Aktivitäten und der Umweltfaktoren beurteilt werden kann, sind z.B.

„Wie oft tritt dieses Problem auf?“

„Was für Auswirkungen hat dieses Problem?“

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

⁵ Schuntermann 2007

⁶ Schuntermann 2007, S. 102 ff

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

3.3.2 Zusammenfassung der ICF

Die Philosophie der ICF markiert einen Paradigmenwechsel, weg von einer diagnose- und defizitorientierten Sicht hin zu einer umfassenden Betrachtung des ganzen Menschen⁷. Für die Hilfeplanung ist neben der Dokumentation der Krankheitsdiagnosen (ICD) auch eine standardisierte Erfassung der Krankheitsauswirkungen besonders in Bezug zu

- der Schädigung von Körperfunktionen und –strukturen
- der Störung der Aktivitäten und
- der Einschränkung der Teilhabe sowie
- der für die Bedarfsdeckung relevanten Kontextfaktoren

hilfreich.

Diese standardisierte Erfassung und die daraus gewonnenen umfänglichen medizinischen und psychosozialen Informationen lassen die komplexen Aus- und Wechselwirkungen der Krankheiten unter Berücksichtigung der für die Leistung suchenden Personen wichtigen Umweltbedingungen und ihres persönlichen Lebenshintergrundes zu der Erfassung eines möglichen Bedarfes erkennen.

Dabei müssen die sozialmedizinischen Fragestellungen, wie z.B. bei der Indikationsstellung für eine Leistung der Eingliederungshilfe, die ICF-Komponenten immer vor dem Hintergrund der beeinträchtigungsspezifischen Parameter, wie Schwere, Dauer, bisherige Therapie und Verlauf der zugrundeliegenden Erkrankung(en) beurteilt werden. Somit ist letztlich zu erfahren, was eine Person mit einer Beeinträchtigung selber tun kann und wo sie Unterstützung braucht.

3.3.3 Erwartungen in Bezug auf den IHP 3.1

Erwartet wird nicht:

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

Erwartet wird:

- ... , dass das bio-psycho-soziale Modell der Behinderung angewendet wird
- ... , dass der Zusammenhang zwischen der Schädigung der Körperstruktur bzw. der Beeinträchtigung der körperlichen Funktionen mit den Beeinträchtigungen der Leistungsfähigkeit deutlich wird
- ... , dass eine Unterscheidung in Leistung und Leistungsfähigkeit vorgenommen wird
- ... , dass Umweltfaktoren in Förder- und Barrierefaktoren unterschieden und benannt werden
- ... , dass bei der Betrachtung der Umweltfaktoren der Sozialraum gewürdigt wird
- ... , dass der Bedarf einer Person beachtet wird, eine Verengung auf die Angebote der Dienste und Einrichtungen unterbleibt
- ... , dass der Einfluss von Eigenarten und wichtigen Erfahrungen der Person auf die aktuelle Situation deutlich wird
- ... , dass die Philosophie der ICF mit der Sicht einer umfassenden Betrachtung des ganzen Menschen verwendet wird.

⁷ BAR 2006, S. 24

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

§ 2 Abs. 1, S. 1 SGB IX beschreibt, was unter einer „Behinderung“ zu verstehen ist. Dort heißt es: „Menschen sind behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist.“

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

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

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

Beeinträchtigungen von Körperfunktionen und Leistungsfähigkeit sowie die Beeinträchtigung gesellschaftlicher Teilhabe sind miteinander verbunden. Die Verbindung wird durch das Wort „daher“ hergestellt. Eine Behinderung im Sinne des § 2 Abs. 1 SGB IX liegt

somit dann vor, wenn die Beeinträchtigung gesellschaftlicher Teilhabe eine **Folge** von Beeinträchtigungen der Körperfunktionen und der Leistungsfähigkeit der betreffenden Person ist.

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

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

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

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

Ob eine Beeinträchtigung erheblich ist oder nicht, muss für jeden Einzelfall geprüft werden.

Eine erhebliche Beeinträchtigung gesellschaftlicher Teilhabe stellt in jedem konkreten Einzelfall der LVR als überörtlicher Träger der Sozialhilfe aufgrund seines gesetzlichen Auftrages fest. Die Beurteilungskri-

terien der ICF und die des Bundesgleichstellungsgesetzes dienen hierzu als wichtige Anhaltspunkte.

Das Konzept der ICF ist heute schon aktueller Maßstab im Bereich von Gesetzen, Verordnungen und Richtlinien.

en. Kaum ein entsprechendes Dokument kommt ohne Bezug auf die ICF aus. Dies gibt berechtigte Hoffnung auf eine bessere Abstimmung der Akteure im Feld von Richtlinien und Verordnungen, die nun auf ein gemeinsames und anerkanntes Konzept zurückgreifen können

5. Der IHP als Instrument der Bedarfserhebung und Bedarfsfeststellung

Um den psycho-sozialen Bedarf einer Person zu decken, ist zunächst ein Instrument zur Ermittlung notwendig, das diesen Bedarf und die angestrebte Wohn- und Lebensform ausweist. Als Gesprächsgrundlage und Planungsbogen wird das Instrument des IHP (Individueller Hilfeplan) eingesetzt. Der Individuelle Hilfeplan des LVR

- ist verbindlich für jeden neuen Leistungsantrag für Hilfen zum Wohnen und alle Folgeanträge
- dient der Feststellung des individuellen Hilfebedarfs unabhängig von der Art der Behinderung
- stellt den Menschen mit Behinderung in den Mittelpunkt: Anpassung der Angebote an den Bedarf und nicht umgekehrt
- verfolgt eine transparente Beziehungen zwischen den Beteiligten

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

Was ist ein Ziel?

- Ziele sind Vorstellungen über einen wünschenswerten anzustrebenden, zukünftigen Zustand
- Ziele im Hilfeplan sind demnach angestrebte Veränderungen der Lebenssituation, Kompetenzen und/oder Verhalten

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

Alleiniger Ausgangspunkt der Hilfeplanung sind somit die Ziele der leistungsberechtigten Person. Dies ist zum einen Ausdruck des Auftrages der Eingliederungshilfe, die Selbstbestimmung der Betroffenen zu fördern, hat jedoch noch weitere Gründe. Ziele motivieren, setzen Energie frei und erhöhen den Durchhaltewillen.

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

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

Nur wer sein Ziel kennt, findet den Weg.

(Laotse)



© Compact Verlag

 "Die Lupe"

Abbildung 5: Zielentwicklung

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

Der IHP 3.1 greift wie auch sein Vorgänger die gesetzliche Zielhierarchie auf.

5.1 Die Zielebenen des IHP 3.1

Der IHP 3.1 erarbeitet zwei Zielebenen, nämlich die der angestrebten Wohn- und Lebensform (Leitziele) und die des Bereiches „Was konkret erreicht werden soll“ (Handlungsziele).

Somit bildet der IHP 3.1 Zielhierarchien ab



Abbildung 6: Zielhierarchie, transfer 2010

Die angestrebte Wohn- und Lebensform (Leitziele)

beschreibt ausschließlich die Ziele der Menschen mit Behinderung. Daher wird sie aus dessen Perspektive formuliert. Kommentierungen oder Bewertungen dieser Ziele sind nicht erwünscht.

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

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

Für jede Zielebene gilt, dass Ziele sich ändern können.

5.2 Angestrebte Wohn- und Lebensform (Leitziele)

Leitziele geben als oberste Zielebene die Richtung der weiteren Planung vor. Sie drücken **immer** die Ziele und Vorstellungen der leistungsberechtigten Person in verschiedenen Lebensbereichen (z.B. Wohnen oder Arbeit) aus und werden zumindest – so die Leistungsberechtigten selbst sich nicht äußern können – aus deren Perspektive formuliert. Leitziele machen den erstrebten Zustand vorstellbar und sind daher stets positiv zu formulieren. Also nicht: „Ich will nicht mehr im Wohnheim leben.“ Sondern: „Ich will in meiner eigenen Wohnung leben.“

Leitziele geben Antwort auf Fragen wie: „Wie wollen Sie leben und arbeiten?“ oder „Wie wollen Sie Ihre Freizeit verbringen?“. Antworten darauf können nur von der leistungsberechtigten Person selbst gegeben werden, d.h., sie muss gefragt werden. Es ist eine fachliche Anforderung, so zu kommunizieren, dass die Leitziele der betroffenen Personen verstanden werden können. Daher kann es z.B. bei Menschen mit Lernschwierigkeiten oder bei Menschen mit umfassenden und vielfältigen Beeinträchtigungen, die nicht die Möglichkeit haben, sich über Lautsprache verständlich zu machen, erforderlich sein, „leichte Sprache“ oder Mittel der unterstützten Kommunikation zu verwenden. Hierbei soll auf einen Rahmen geachtet werden, der die Kommunikation mit der leistungsberechtigten Person in ihrer besonderen Situation erleichtert, z.B. wenn eine Person ihres Vertrauens hinzu gezogen wird. Als Unterstützung stehen weiter die Broschüren des LVR zu der Hilfeplanung in leichter Sprache zur Verfügung.

Die angestrebte Wohn- und Lebensform (Leitziele)

werden nicht terminiert. Sie können auch über einen längeren Zeitraum Bestand haben.

5.3 Was konkret erreicht werden soll (Handlungsziele)

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

Handlungsziele sind

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

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

- **Spezifisch**, d.h. die Ziele sind nicht allgemeiner Natur (Förderung der Selbstständigkeit), sondern Ausdruck der besonderen Situation des besonderen Einzelfalles.
- **Messbar**, d.h. eine Zielerreichung muss überprüfbar sein. Vorsicht vor unbestimmten Begriffen! („besser“, „mehr“, „weniger“)
- **Attraktiv (akzeptiert)**, d.h. das Ziel sollte erreicht werden wollen. Es wird von den Beteiligten (insbesondere den Leistungsberechtigten!) akzeptiert und angestrebt.
- **Realistisch**, d.h. es sollte erreicht werden können. Dies bezieht sich sowohl auf die Fähigkeiten der leistungsberechtigte Person, als auch auf die zur Umsetzung vorhandenen Ressourcen. Es geht darum, Erfolge zu organisieren, nicht Misserfolge.
- **Terminiert**, d.h. der Zeitpunkt der Zielerreichung bzw. der Zielüberprüfung wird in der Planung bereits festgelegt.

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

Bei der Zielformulierung gelten die folgenden Kriterien

- Ziele sind **positiv formuliert**. Negativformulierungen regen nicht dazu an, ein Ziel zu erreichen.
- Ziele müssen **selbst erreichbar bzw. beeinflussbar** sein. Ziele, die in Abhängigkeit zu anderen formuliert werden, sind häufig zum Scheitern verurteilt. Ziele sind so formuliert, dass sie jederzeit durch die Person selbst erreicht oder zumindest beeinflusst werden können.
- Ziele enthalten keinen Vergleich. Vergleiche sind z.B. in den Worten: mehr, weniger, keine, ... enthalten, Aussagen in dieser Art lassen offen, was tatsächlich zutrifft.

- Ziele sind sinnlich erfahrbar. Es muss entweder seh-, hör- oder fühlbar sein, ob ein Ziel erreicht sein wird.

Beispiel:

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

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

„Herr L. fährt am 30.März ... alleine zum Stadion.“ (Änderungsziel)

Diese Ziele benennen konkret, was bis wann erreicht werden soll.

Beispiel:

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

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

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

Ein Weiteres: es erscheint nur wenig sinnvoll, möglichst viele Ziele formulieren zu wollen. Dies kann nur dazu führen, dass viele Ziele nicht erreicht werden konnten.

5.4 Änderungs- und Erhaltungsziele

Sowohl Leitziele als auch Handlungsziele können Änderungs- und/oder Erhaltungsziele verfolgen.

In der Praxis wird häufig zwischen Änderungszielen und Erhaltungszielen unterschieden.

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

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

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

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

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

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

Beispiel:

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

- Frau A. hört ihre Musik in Zimmerlautstärke.

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

5.5 Maßnahmen und Ziele

Ziele und Maßnahmen müssen in Bezug gesetzt werden. Maßnahmen beschreiben auszuführende Tätigkeiten und Handlungen. Sie dienen als Mittel zur Zielerreichung. Sie sind optimal, um die vereinbarten Ziele zu erreichen.

Ziele sind angestrebte Zustände und werden als solche formuliert.

Der IHP 3.1 bildet **alle notwendigen Hilfen** ab, die ein Mensch braucht, um der angestrebten Wohn- und Lebensform näher zu kommen und die konkret vereinbarten Ziele zu erreichen. **Jede Maßnahme, die erbracht wird, muss einem Ziel zugeordnet werden.**

Dies wirft die Frage auf, wie kleinteilig oder wie groß die einzelnen Ziele beschrieben werden müssen. Wichtig ist, dass ein Dritter nachvollziehen kann, was erreicht werden soll und dass die Handlungsziele die S.M.A.R.T - Kriterien erfüllen.

5.6 Maßnahmen und Leistungen

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

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

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

besonderen Einzelfall die entsprechenden Voraussetzungen für Leistungen durch ihn gegeben sind.

Die Individuelle Hilfeplanung des LVR unterscheidet ausdrücklich zwischen Maßnahmen (**Was soll getan werden, um die Ziele zu erreichen?**) und Leistungen. Maßnahmen werden im Bogen "Planung" des IHP entwickelt, in dem die Frage beantwortet wird, was getan werden soll, um die Handlungsziele zu erreichen, wer dies tun und wo dies getan werden soll. In dem dann folgenden Bogen geht es um notwendige (nicht: wünschenswerte!) Leistungen. Hier werden die zuvor geplanten Maßnahmen in Leistungen überführt. Dies geschieht, indem für jede Maßnahme angegeben wird, wann sie erbracht werden soll, welche Form sie hat und wer die Leistungen erbringen soll. Ob es sich bei der so aus dem individuellen Hilfebedarf abgeleiteten Leistung um eine Leistung in Zuständigkeit des LVR handelt, entscheidet das Fallmanagement nach eingehender Prüfung des Sachverhaltes und eventueller Beratung in der Hilfeplankonferenz.

5.7 Zielüberprüfung und Fortschreibung

Handlungsziele sollen s.m.a.r.t. sein. Sie werden für einen überschaubaren Zeitraum vereinbart, in dem sie erreicht werden sollen. Nach Ablauf des Zeitraumes erfolgt die Fortschreibung des IHP 3.1 mit einer gemeinsamen Überprüfung der vereinbarten Ziele unter Beteiligung des Menschen mit Behinderungen.

5.8 Zentrale Begriffe

Die folgende Abbildung führt die zentralen Begriffe von Zielebenen und Zielarten auf.

	Erhaltungsziele	Änderungsziele
Leitziele		
Handlungsziele		

Abbildung 7: Zielebenen und Zielarten

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

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

6. Die Bögen des IHP 3

Die Bögen des IHP 3.1 gliedern sich in zwei Teile. Teil 1 besteht aus einem Basisbogen, Teil 2 aus dem Gesprächsleitfaden für das Hilfeplangespräch. Für eine bessere Nachvollziehbarkeit der Erläuterungen ist es sinnvoll, sich parallel die Bögen des IHP 3.1 zur Hand zu nehmen.

6.1 Der Basisbogen

Der Basisbogen enthält die Stammdaten der Antragstellenden bzw. leistungsberechtigten Person.

Angegeben wird, für welchen Zeitraum die individuelle Hilfeplanung gelten soll. Es wird danach gefragt, ob es sich um einen Erstantrag oder um einen Folgeantrag

handelt. Hier genügt ein einfaches Ankreuzen. Diese Angaben bilden den Bezugspunkt einer möglichen Bewilligung beantragter Leistungen. Deutlich wird im folgenden, dass die Individuelle Hilfeplanung des Landesverbandes Rheinland ein Instrument der antragstellenden bzw. leistungsberechtigten Person ist, mit der diese ihren Bedarf und mögliche Leistungsansprüche gegenüber dem LVR begründen kann. Daher wird davon ausgegangen, dass die individuelle Hilfeplanung von der antragstellenden bzw. leistungsberechtigten Person selbst bearbeitet wird, gegebenenfalls unter Beteiligung und/oder Unterstützung weiterer Personen oder technischer Hilfsmittel.



Individuelle Hilfeplanung des LVR		- Basisbogen -
Name ,	GP-Nr.	
IHP für den Zeitraum von		
bis		
Erstantrag <input type="checkbox"/>	Folgeantrag <input type="checkbox"/>	
Erstellt von der Antrag stellenden bzw. leistungsberechtigten Person unter Beteiligung von (Personen) unter Verwendung der Hilfsmittel (technische Unterstützung, Gebärdensprache, Lormen ...)		
Antrag stellende bzw. leistungsberechtigte Person		
Name	Vorname	Geburtsdatum
Beruf	Familienstand	GP-Nummer

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

Sofern die Geschäftspartner-Nummer (GP-NR) der antragstellenden Person bekannt ist, bitte hier auffüh-

ren, sofern nicht, vergibt der LVR eine GP-NR. Sowohl die GP-NR als auch der Name der antragstellenden Person werden bei dem Ausdruck oder der Speicherung des Bogensatzes automatisch in die vorgesehene Stelle der Kopfzeile kopiert.

Danach werden die Adressdaten eingetragen, also Postleitzahl, Ort und Straße sowie die Telefon- bzw. Faxnummer und die E-Mail-Adresse der leistungsberechtigten Person.

PLZ	Ort	Straße
Telefon	Fax	E-Mail

Die Kontaktdaten der unterstützenden Person werden in den folgenden Feldern eingetragen. Angegeben werden wiederum Name, Vorname, Postleitzahl, Ort, Straße sowie Telefonnummer und E-Mail-Adresse.

Für Rückfragen steht zur Verfügung		
Name		Vorname
PLZ	Ort	Straße
Telefon	Fax	E-Mail

Bei der rechtlichen Betreuung bzw. der bevollmächtigten Person wird neben den allgemeinen Angaben wie Name, Adresse, Telefonnummer und E-Mail auch nach dem Wirkungskreis der rechtlichen Betreuung gefragt.

Rechtliche Betreuung bzw. bevollmächtigte Person vorhanden ja nein		
Name	Vorname	
PLZ	Ort	Straße
Telefon	Fax	E-Mail
Wirkungskreis/Einwilligungsvorbehalt bitte unbedingt angeben		

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

Der Bogen fragt nach der Diagnose gemäß ICD - 10. Es wird darum gebeten, nicht nur diesen Schlüssel einzutragen, sondern auch den Klartext (Beispiel: F20; schizophrene Störung) hinzuzufügen.

Art der Behinderung im Sinne der Eingliederungshilfverordnung – aktuelle Arztberichte bitte beifügen			
körperliche Behinderung <input type="checkbox"/>	geistige Behinderung <input type="checkbox"/>	psychische Behinderung <input type="checkbox"/>	Suchterkrankung <input type="checkbox"/>
Diagnose(n) nach ICD-10			
Klartext der Diagnosen, vorrangige Diagnose			

Sind in den medizinischen Unterlagen mehrere Diagnosen aufgeführt, bitte die im Vordergrund stehende Diagnose hervorheben.

Anschließend wird abgefragt, welche Pflegestufe und ob eine eingeschränkte Alltagskompetenz lt. Gutachten des MDK anerkannt wurde. Bei einer anerkannten Pflegebedürftigkeit, die die Kriterien einer Pflegestufe I noch nicht erfüllt (unter 45 Minuten Pflegebedarf am Tag), wird das Kreuz an der entsprechenden Stelle bei Pflegestufe „0“ gesetzt.

Vorliegende Arztberichte und das Gutachten des MDK, Bescheide anderer Leistungsträger sowie bei Vorliegen eines GdB der Feststellungsbescheid des Versorgungsamtes werden dem Antrag beziehungsweise dem IHP beigelegt. Darauf macht der Bogen an dieser Stelle ebenfalls aufmerksam. Schließlich besteht dann die Möglichkeit, weitere Anmerkungen und Hinweise für die Fallbearbeitung zu geben.

Aktuelle Pflegestufe lt. Gutachten MDK:	Pflegestufe 0 <input type="checkbox"/>	I <input type="checkbox"/>	II <input type="checkbox"/>	III <input type="checkbox"/>	Keine <input type="checkbox"/>
	eingeschränkte Alltagskompetenz <input type="checkbox"/>				
Vorliegende Gutachten des MDK und Bescheide anderer bzw. vorrangiger Leistungsträger bitte beifügen Anmerkungen und Hinweise					
Aktueller Grad der Behinderung gemäß SGB IX Feststellungsbescheid des Versorgungsamtes bitte beifügen					

Den gesetzlichen Regelungen entsprechend besteht die Möglichkeit, die begehrte Leistung in Form eines persönlichen Budgets zu erhalten. Angegeben wird, ob die leistungsberechtigte Person über die Form einer Leistungsgewährung als persönliches Budget informiert worden ist. Trifft dies zu, wird an der entsprechenden Stelle ein Kreuz gesetzt. Anschließend kann im Klartext benannt werden, welche Leistungen als Teilbudget beansprucht werden und welche Leistungen vollständig in Form einer Geldleistung mit entsprechender Zielvereinbarung erbracht werden sollen

<input type="checkbox"/> Ich wurde darüber informiert, dass ich die Leistungen auch in Form eines Persönlichen Budgets in Anspruch nehmen kann.
<input type="checkbox"/> Ich beantrage folgende Leistungen <u>teilweise</u> als Persönliches Budget:
<input type="checkbox"/> Ich beantrage folgende Leistungen <u>vollständig</u> als Persönliches Budget:

Die weiteren Angaben auf dieser Seite des Basisbogens enthalten datenschutzrechtliche Hinweise. Mit ihrer Unterschrift bestätigt die antragstellende beziehungsweise leistungsberechtigte Person oder ihre rechtliche Vertretung

- dass sie den Zweck der Erhebung der personenbezogenen Daten – Ermittlung des individuellen Hilfebedarfs und der erforderlichen Leistungen – kennt,

- dass sie auf die Möglichkeit einer Weitergabe der Daten im Rahmen des Verwaltungsverfahrens nach §14 SGB IX hingewiesen worden ist
- und dass sie mit der Weitergabe der personenbezogenen Daten an den zuständigen Träger der Sozialhilfe einverstanden ist

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

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

Mit der Weitergabe der personenbezogenen Daten an den zuständigen Träger der Sozialhilfe bin ich einverstanden.

Ort, Datum

Unterschrift der Antrag stellenden Person

Unterschrift rechtliche Vertretung
bzw. bevollmächtigte Person

Der Basisbogen findet seinen Abschluss mit der Unterschrift der antragstellenden Personen beziehungsweise ihrer rechtlichen Vertretung.

Eine Information zu der zuständigen Hilfeplankonferenz (HPK) schließt sich an. Die Antrag stellende Person, ihre rechtliche Vertretung bzw. die bevollmächtigte Person erklärt mit einer aus Datenschutzgründen notwendigen **zweiten** Unterschrift, in welcher Form der Hilfeplan in der HPK vorgestellt werden soll und ob die Antrag stellende Person an der HPK teilnehmen möchte.

6.2 Der Gesprächsleitfaden

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

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

Die Angaben zu dem Hilfeplan und den Rahmendaten (u. a. Geburtsjahr, Familienstand, rechtliche Betreuung, Diagnosen und Pflegestufe) der Seite 1 des Basisbogens werden bei elektronischer Nutzung auf die erste Seite des Gesprächsleitfadens anonymisiert übertragen; sofern der Bogensatz per Hand gefüllt wird, sind die entsprechenden Daten nochmals aufzuführen.

Bitte dem Hinweis folgen, ab dieser Seite den Klarnamen des LB oder anderer Personen nicht mehr zu verwenden, da der Hilfeplan in dieser Form datenschutzrechtlich nur anonymisiert elektronisch gespeichert werden darf.

wichtiger Hinweis:
Bitte auf dieser und den folgenden Seiten keine personenbezogenen Daten (Name, Anschrift ...) eintragen, da der Hilfeplan in dieser Version datenschutzrechtlich nur anonymisiert elektronisch gespeichert werden darf.

Erstellt von der Antrag stellenden bzw. leistungsberechtigten Person

- unter Beteiligung von Dritten
- unter Verwendung von Hilfsmitteln (technische Unterstützung, Gebärdensprache, Lormen)

Geschlecht Geburtsjahr

Beruf Familienstand

Anzahl und Alter der Kinder Anzahl der Kinder im eigenen Haushalt

Eine rechtliche Betreuung ist eingerichtet ja nein

Wirkungskreis/Einwilligungsvorbehalt bitte unbedingt angeben
oder eine Bevollmächtigung ist erteilt ja nein

Art der Behinderung im Sinne der Eingliederungshilfeverordnung

körperliche Behinderung geistige Behinderung psychische Behinderung Suchterkrankung

Diagnose(n) nach ICD-10

Klartext der Diagnose(n), vorrangige Diagnose:

Aktuelle Pflegestufe lt. Gutachten MDK Pflegestufe: 0 I II III Keine
eingeschränkte Alltagskompetenz

Aktueller Grad der Behinderung gemäß SGB IX

Die Leistungen auch anderer Leistungsträger als die des Landschaftsverbandes Rheinland stehen im Mittelpunkt des nächsten Absatzes. Zu diesen gehören neben den Sozialversicherungen z.B. die örtlichen Träger der Sozialhilfe und die Jobcenter nach dem SGB II. Es findet sich eine Liste von möglichen Leistungen. Für jede dieser Leistungen kann durch Ankreuzen mitgeteilt werden, ob sie beantragt bzw. verordnet, bewilligt oder in der Vergangenheit abgelehnt oder nicht verordnet wurde. Es geht an dieser Stelle um die Leistungen, die im Zusammenhang mit dem aktuellen

Bedarf zu sehen sind. Leistungen, deren Beantragung länger als ein Jahr zurück liegen, sind daher in der Regel nicht mehr aufzuführen. Im rechten Teil des Bogens werden die entsprechenden Leistungsträger mit Anschrift aufgeführt.

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

	beantragt/ verordnet	bewilligt	abgelehnt	nicht be- antragt oder nicht ver- ordnet	Leistungs- träger
Zutreffendes bitte ankreuzen					
Hauswirtschaftliche Hilfen					
Leistungen zur Pflege nach SGB XI					
Zusätzliche Leistungen gemäß § 45 b SGB XI					
Häusliche Krankenpflege gemäß SGB V					
Andere, nämlich					
Leistungen zur medizinische Rehabilitation					
Soziotherapie					
Physiotherapie/ Ergotherapie/ Logopädie					
Psychotherapie					
Andere, nämlich					
Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben					
Werkstatt für behinderte Menschen					
Andere Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, nämlich					
Leistungen nach dem Sozialen Entschädigungs- recht, nämlich					
Leistungen der Jugendhilfe nach SGB VIII, nämlich					
Andere Leistungen, nämlich					
Bescheide der letzten 12 Monate vor Antragstellung bitte beifügen					

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

Der Gesprächsleitfaden des IHP 3.1 nimmt im folgenden Verlauf die Vorstellungen der leistungsberech-

tigten Person in den Fokus, wie sie ihr Leben führen und gestalten will. Die Fragestellung ist daher aus der Perspektive der Betroffenen heraus und in der Ich-Form gehalten. Es handelt sich um die Leitziele der leistungsberechtigten Personen und gleichzeitig um die Leitziele der Hilfeplanung. Als Leitziele der leistungsberechtigten Personen werden sie respektiert, daher ist eine auch fachliche Kommentierung oder Bewertung dieser Ziele unerwünscht.

I. Angestrebte Wohn- und Lebensform (Leitziele)

Es geht hier um die angestrebte Wohn- und Lebensform des Menschen mit Behinderung. Daher wird sie aus dessen Perspektive bzw. in der eigenen sprachlichen Äußerung formuliert. Eine Kommentierung oder Bewertung dieser Ziele ist unerwünscht. Bitte angeben: eigene sprachliche Äußerung oder stellvertretende Äußerung

Die angestrebte Wohn- und Lebensform wird für vier Bereiche konkreter erfragt:

- Wie und wo ich wohnen will. Hier geht es um alle Fragen des Wohnens, also wo ich wohnen will, wie ich wohnen (allein, mit mehreren, ...) will, mit wem ich zusammen wohnen will usw.
- Was ich den Tag über tun oder arbeiten will. Hier geht es um die Beschäftigung, die ein Mensch ausüben will. Diese muss nicht, kann aber in Erwerbstätigkeit, also in Arbeit gegen Geld, bestehen.
- Wie oder ob ich mit anderen Menschen zusammen leben will. Angesprochen sind hier die sozialen Beziehungen eines Menschen, seien es die Beziehungen zu den eigenen Eltern, zu den Geschwistern, zur Partnerin bzw. zum Partner, eigenen Kindern, zu Freunden und Bekannten oder auch dem weiteren sozialen Umfeld.
- Was ich in meiner Freizeit machen will. Freizeit ist die Zeit, die ich für mich zu einer freien Verwendung habe. Oftmals erfolgt hier eine Abgrenzung zur Erwerbsarbeit. Es gibt Auffassungen, die meinen, Freizeit könne nur haben, wer auch einer bezahlten Arbeit nachgeht. In IHP 3.1 ist die Zeit gemeint, die jemand für sich selbst in freier Verwendung verbringen will.
- Die Zeit, die ich brauche, um Aufgaben der alltäglichen Lebensführung zu bewältigen, gehört nicht hierzu. Dies sind Zeiten, die nicht in eigener freier Verwendung verbracht werden können. Möglicherweise ist dieser Bereich nicht trennscharf von der unter Punkt 2 angesprochenen Beschäftigungen tagsüber abzugrenzen. Dies ist auch nicht notwendig, weil es eher unbedeutend ist, an welcher Stelle auf diesem Bogen die Leitziele der leistungsberechtigten Personen stehen. Notwendig und wichtig ist dagegen, in diesem Bogen überhaupt abzubilden, wie die Betroffenen sich beschäftigen wollen.
- Was mir sonst noch sehr wichtig ist. Dies ist eine offene Kategorie, in der all die Leitziele abgebildet werden können, die bisher einem der vier zuvor genannten Bereiche nicht zugeordnet werden konnten. Hierzu gehören beispielsweise Fragen der Gesundheitsvorsorge wie – im Beispiel der Suchtkrankenhilfe – das Leitziel, abstinent zu leben.

6.2.1 Der Analyseteil des IHP

Nachdem die angestrebte Wohn- und Lebensform geklärt werden konnte, geht es in den nächsten Schritten um eine Analyse der aktuellen Situation. Diese Analyse beginnt mit einer eher allgemeinen Beschreibung der derzeitigen Situation. Die Leitfrage hierzu ist:

„**Wie und wo ich jetzt lebe**“ – dahinter verbergen sich alle Lebensbereiche wie das Wohnen, die Arbeit, soziale Beziehungen, die Gestaltung der Freizeit oder sonstige für das Fallverständnis wichtigen Punkte.

II. Wie und wo ich jetzt lebe (Beschreibung der aktuellen Situation: Wohnen, Arbeit, soziale Beziehungen, Freizeit und was sonst noch wichtig ist)
Ergänzende fachliche Sicht (Fakten, Rahmenbedingungen und Sachverhalte, die im konkreten Einzelfall von Bedeutung sind)

Der Bogen enthält zwei Perspektiven: zunächst sind die Betroffenen eingeladen, ihre persönliche Sichtweise der derzeitigen Situation zu beschreiben. Diese Sichtweise wird fachlich ergänzt. „Fachlich ergänzt“ bedeutet, dass Fakten und Sachverhalte, die im konkreten Einzelfall von Bedeutung sind, bisher in der Beschreibung aus Perspektive der Betroffenen jedoch noch nicht benannt wurden, aufgeführt werden. An dieser Stelle werden weder Bewertungen vorgetragen noch Maßnahmen oder Hilfestellungen beschrieben.

Die doppelte Perspektive – Sichtweise der leistungsberechtigten Personen und ergänzend die Benennung fachlicher Aspekte – wird im nächsten und den weiteren Punkten beibehalten. Gleichzeitig wird mit der besonderen inhaltlichen Struktur der ICF (siehe oben) gearbeitet.

Unter Punkt III wird gefragt, „**Was ich ohne große Probleme machen kann**“. In der Sprache der ICF heißt das „Aktivitäten“. Die Frage richtet sich wiederum zunächst an die leistungsberechtigte Person, deren Angaben ergänzt werden, sofern dies notwendig ist.

Die fachliche Ergänzung erfolgt nach den Aktivitätsbereichen der ICF. Dies sind

- Lernen und Wissensanwendung
- allgemeine Aufgaben und Anforderungen
- Kommunikation

- Mobilität,
- Selbstversorgung
- häusliches Leben
- Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen
- bedeutende Lebensbereiche
- Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben.

„Ohne große Probleme“ bezeichnet die Fähigkeit der Person zur Bewältigung der jeweiligen Aufgabe **ohne Unterstützung oder die Nutzung von Hilfsmitteln**. Gefragt wird somit nicht danach, was die Personen tatsächlich im konkreten Kontext tut (Leistung), sondern was sie tun könnte (Leistungsfähigkeit). Dieses Motiv ist schon aus der bisherigen IHP bekannt: es gilt die „Fiktion der grünen Wiese“.

Die Fragestellung beginnt mit dem subjektiven Empfinden und der Sichtweise der betroffenen Person. Im Gespräch wird man den einzelnen Punkten in den jeweiligen Aktivitätsbereichen, **insofern sie für das Fallverständnis von Bedeutung sind**, nachgehen. Keineswegs ist beabsichtigt, alle Kriterien und Merkmale der ICF abzarbeiten. Vielmehr sollen die Bereiche und Aspekte, die im konkreten Einzelfall von Bedeutung sind, erkannt und benannt werden. Welche dies sind, ist der konkreten Hilfeplanung im Einzelfall vorbehalten. Aktivitätsbereiche, die zur Beschreibung des Bedarfs bedeutungslos sind, bleiben außer Acht.

II. Wie und wo ich jetzt lebe (Beschreibung der aktuellen Situation: Wohnen, Arbeit, soziale Beziehungen, Freizeit und was sonst noch wichtig ist)
Ergänzende fachliche Sicht (Fakten, Rahmenbedingungen und Sachverhalte, die im konkreten Einzelfall von Bedeutung sind)

Bisher ist geklärt, wie die leistungsberechtigte Person leben will, wie sie derzeit lebt und was ihre Fähigkeiten sind. In dem nun folgenden Schritt geht es um die Frage: „Wer oder was mir schon jetzt hilft, so zu leben, wie ich will“. Dargestellt werden Hilfsmittel, räumliche Gegebenheiten und Leistungen, die der Verwirklichung der angestrebten Lebensform dienlich sind. Hierbei ist es völlig gleichgültig (im Sinne von: gleichgültig, gleichwertig), wer oder was die entsprechende Hilfestellung gibt.

In der Sprache der ICF ist an dieser Stelle nach den Förderfaktoren beziehungsweise fehlenden Barrieren in der Umwelt gefragt. Soweit dies von Bedeutung ist, ist daher in der fachlichen Beschreibung auf

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

IV. Wer oder was mir schon jetzt hilft, so zu leben, wie ich will (z. B. Unterstützung durch Hilfsmittel, durch räumliche Gegebenheiten oder Personen)
Ergänzende fachliche Sicht (Förderfaktoren z. B. durch ein verändertes Umfeld, Unterstützung durch Beziehungen)

Im nächsten Punkt geht es um die Frage „**Was ich nicht so gut oder gar nicht kann**“. Wiederum stehen die Fähigkeiten der betreffenden Person im Vordergrund der Aufmerksamkeit. Allerdings hat diesmal der Schwerpunkt der Betrachtung gewechselt, geht es doch hier um das, was – ohne Hilfestellung oder Unterstützung von außen (Fiktion der grünen Wiese) – nicht so gut

oder gar nicht gekannt ist. In der Sprache der ICF heißt das, es geht um Beeinträchtigungen der Aktivitäten. Wiederum beginnt der Abschnitt mit einer subjektiven Einschätzung der betroffenen Person. Insbesondere in der ergänzenden fachlichen Sicht werden anschließend die bereits vorgestellten Aktivitätsbereiche der ICF berücksichtigt.

V. Was ich nicht so gut oder gar nicht kann (z. B. was ohne Unterstützung durch Hilfsmittel oder Personen nicht gemacht werden kann)
Ergänzende fachliche Sicht (Beeinträchtigung der Aktivitäten, z. B. Lernen und Wissensanwendung, Kommunikation, Mobilität, Selbstversorgung, soziale Bezüge)

Nachdem die Beeinträchtigungen der Aktivität beschrieben sind, ist die Analyse des konkreten Einzelfalls nahezu abgeschlossen. Zwei Aspekte fehlen noch. Zunächst einmal wird mit der Frage **„Wer oder was mich hindert, so zu leben, wie ich will“** erneut der Blick auf Einflüsse der Umwelt gerichtet – in der Sprache der ICF sind dies die Barrieren. Es wird der Frage nachgegangen, ob es in der Umwelt Barrieren gibt, die der angestrebten Wohn- und Lebenssituation im Wege stehen. Barrieren sind das eine. Denkbar ist auch der zweite Fall, dass es im konkreten Einzelfall Förderfaktoren nicht gibt, die gemeinhin vorhanden

sind. Barrieren und fehlende Förderfaktoren können sowohl räumliche Gegebenheiten, einzelne Personen oder ganze Systeme sein. Soweit dies im konkreten Einzelfall von Bedeutung ist, ist in der fachlichen Beschreibung auf

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

VI. Wer oder was mich daran hindert, so zu leben, wie ich will (z. B. fehlende Unterstützung durch Hilfsmittel oder Personen, bestehende Hindernisse)
Ergänzende fachliche Sicht (fehlende Förderfaktoren/ Umweltfaktoren)

Unter der Fragestellung **„Was weiter wichtig ist (bisherige Erfahrungen, Eigenschaften der Person, Lebensweisen, ...), um mich oder meine Situation zu verstehen“** kann alles aufgeführt werden, was bisher inhaltlich keinen Platz fand und mit der betroffenen Person und ihrer Situation, aber nicht mit ihrem Gesundheitsproblem, zu tun hat. Im Sinne der ICF geht es hierbei um die nicht klassifizierten personenbezogenen Kontextfaktoren.

Wichtig: Merkmale, die Teil des Gesundheitsproblems sind, werden hier nicht aufgeführt! Diese erscheinen viel mehr unter Abschnitt V. Beispiel: Fehlender An-

trieb bei einer Person mit Depressionen ist ein Symptom dieser Krankheit und keine Charaktereigenschaft (personenbezogener Faktor) der Person.

Angesprochen sind beispielsweise

- herausragende, für das Fallverständnis bedeutungsvolle biografische Ereignisse (nicht der gesamte Lebenslauf!),
- Charaktereigenschaften und Eigenheiten der Person,
- Verhaltensweisen, die sich aus dem Alter oder der Geschlechtsidentität ergeben,
- besondere Lebensweisen oder Vorlieben

VII. Was weiter wichtig ist, um mich oder meine Situation zu verstehen (z. B. bisherige Erfahrungen, Eigenschaften der Person, Lebensweisen; kurze Darstellung des Lebenslaufes, der bedeutsamen Beeinträchtigungen und der medizinischen oder pädagogischen Vorgeschichte)
Ergänzende fachliche Sicht (personenbezogene Faktoren, z. B. Eigenheiten der Person, besondere Lebensweisen oder Vorlieben; nicht Merkmale der Gesundheitsbeeinträchtigung)

6.2.2 Überprüfung der Zielerreichung und der durchgeführten Maßnahmen

Der nun folgende Bogen – **Zielüberprüfung** – wird nur dann angewandt, wenn es sich um einen Folge-IHP handelt, denn es geht um die Überprüfung von in einem vorhergehenden Hilfeplan vereinbarten Zielen.

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

Der IHP 3.1 begreift sich als ein Planungsinstrument, mit dessen Hilfe erwünschte Wirkungen erzielt werden sollen. Somit kommt es eher darauf an, eine überschaubare Anzahl an guten Zielen zu formulieren als eine möglichst lange Liste von Zielen zu haben.

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

Für jedes Ziel aus der vorherigen Hilfeplanung wird überprüft, ob es erreicht, teilweise erreicht oder nicht erreicht wurde. Hier wird ein Kreuz in die entsprechende Spalte gesetzt. Unter Abschnitt IX wird angegeben, welche Einflüsse oder Ereignisse dazu beigetragen haben, dass das Ziel erreicht, teilweise erreicht oder nicht erreicht wurde. Die Vorstellung ist keineswegs, dass allein fachliche Interventionen einen angestrebten Zustand erhalten oder verändern können. Vielmehr ist die Hilfeplanung an dieser Stelle auch offen für Ereignisse und Einflüsse, die nicht geplant waren, aber eingetreten sind oder sich ereignet haben, z.B. die bislang nicht verfolgte, jetzt aber sich anbietende Gelegenheit zu dem Bezug einer Barriere freien Wohnung für eine Person, die einen Rollstuhl nutzen muss. „Was hat geholfen? Was hat nicht oder weniger gut geholfen?“ An dieser Stelle stehen die im vorigen Hilfeplan beschriebenen Maßnahmen im Mittelpunkt des Nachdenkens und der kritischen Betrachtung.

VIII. Was sollte zuletzt konkret erreicht werden? Bitte alle Ziele aus dem letzten IHP aufnehmen und Änderungen nach Vorstellung in der HPK einfügen	Das Ziel wurde			IX. Wie kam es zu diesem Ergebnis? Was hat geholfen? Was hat nicht oder weniger gut geholfen? (nicht nur die Hilfe durch Fachkräfte ist gemeint, sondern auch Ereignisse und Einflüsse, die nicht geplant waren.)
	erreicht	teilweise erreicht	nicht erreicht	
	Zutreffendes bitte ankreuzen			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

6.3.2 Planung zukünftiger Maßnahmen

Der Bogensatz wird mit der **Planung und Vereinbarung** zukünftiger Ziele fortgeführt. Dies geschieht immer noch im gemeinsamen Gespräch mit der leistungsberechtigten Person unter Beachtung ihres Wunsch- und Wahlrechtes und bei Förderung ihrer Selbstbestimmung. Das heißt, zunächst wird konkret vereinbart, was zukünftig erreicht werden soll. Diese Handlungsziele werden durchnummeriert und in Abschnitt X eingetragen. Sie werden s.m.a.r.t. formuliert

und in einer für die leistungsberechtigte Person überschaubaren Anzahl gehalten. Der Bogen begrenzt die Anzahl der möglichen, im Planungszeitraum zu erreichenden Ziele auf sechs. Damit soll deutlich werden, dass nicht möglichst viele Ziele zu vereinbaren sind, sondern möglichst attraktive und erreichbare Ziele.

In der nächsten Spalte wird angegeben, bis wann diese Ziele erreicht werden sollen. Nicht alle Ziele müssen zu demselben Zeitpunkt erreicht werden.

Ist geklärt, was in welchem Zeitraum erreicht werden soll, wird überlegt, was getan werden kann, um die Ziele zu erreichen. Es geht um Tätigkeiten, um das, was zu tun oder zu lassen ist, damit der angestrebte Zustand eintritt. Dabei kann **eine** Maßnahme helfen, unterschiedliche Ziele zu erreichen, möglich ist auch, dass verschiedene Maßnahmen notwendig sind, um ein Ziel zu erreichen oder, dass ein Ziel genau eine Maßnahme erfordert, um erreicht zu werden. Die Maßnahmen werden ebenso wie zuvor die Ziele durchnummeriert in Abschnitt XI eingetragen.

Im Anschluss kann die antragstellende Person angeben, von wem die Maßnahme erbracht werden soll. Dies ist als Wunsch der betroffenen Person zu verstehen. Diesen Wünschen“ soll entsprochen werden,

soweit sie angemessen sind.”⁸ Ob diesem Wunsch gefolgt werden kann, ist anschließend durch den LVR als Leistungsträger zu klären.

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

Nr.	X. Was soll zukünftig konkret erreicht werden? (Ziele s.m.a.r.t. formulieren mit einer für den LB überschaubaren Anzahl an Zielen)	Bis wann? Datum beantragter Zeitraum	Nr.	XI. Was soll getan werden, um die Ziele zu erreichen? (Tätigkeiten, damit der angestrebte Zustand eintritt)	Wer soll das tun?	Wo soll das gemacht werden?
-----	---	---	-----	--	--------------------------	------------------------------------

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

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

6.3 Bestimmung der notwendigen Leistungen

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

Im Text wird durchgängig zwischen „Maßnahmen“ und „Leistungen“ unterschieden. Maßnahmen sind Tätigkeiten oder Verrichtungen, etwas, was jemand tut, damit die leistungsberechtigte Person am gesellschaftlichen Leben teilhaben kann. „Leistungen“ sind etwas, was Sozialleistungsträger entweder selbst erbringen oder finanzieren müssen, um die Rechtsansprüche

⁸ § 9 SGB XII, Abs. 2, S. 1

von Bürgerinnen und Bürger erfüllen zu können. „Leistungen“ werden im Rahmen einer eigenen Zuständigkeit erbracht und sind an bestimmte Voraussetzungen gebunden. Bei dem Begriff „Leistung“ handelt es sich somit um ein rechtliches Konstrukt; „Maßnahme“ ist ein ganz konkretes Geschehen.

Als erstes wird nach der zeitlichen Lage der geplanten Maßnahmen gefragt. Von Interesse ist, ob Hilfe am Tage oder nachts erbracht werden muss, denn dies ist im Zusammenhang mit der Notwendigkeit ambulanter oder stationärer Unterstützung eine sehr wichtige

Information. Die zutreffende Variante wird angekreuzt. Hilfen am Tage sind die Hilfen, die nicht nachts erbracht werden. Was Arbeit nachts ist, definiert das Arbeitszeitgesetz (ArbZG) vom 06. Juni 1994. Danach ist Nacht die Zeit zwischen 23.00 Uhr und 06.00 Uhr. Diese Definition wird in dem IHP 3.1 zu Grunde gelegt.

Anschließend wird Auskunft über die Form der Leistung⁹ gegeben, Name und Anschrift des Leistungserbringers eingetragen, der die entsprechenden Leistungen erbringen soll.

Individuelle Hilfeplanung des LVR				Bogen II – notwendige Leistungen -			
GP-Nr.							
Nr.	zeitliche Lage (bitte ankreuzen)		Form der Leistung (bitte ankreuzen)				Name und Anschrift des vorgesehenen Leistungserbringers (bei mehreren Leistungserbringern bitte zu jeweiligen Leistungen zuordnen)
	am Tage	nachts	Sachleistung	Geldleistung	Persönliches Budget	Umfang in Stunden/Minuten; Einheiten/Woche	

Die geplante Form der Leistung¹⁰ wird wie die zeitliche Lage durch Ankreuzen markiert; es wird nach den in den Sozialgesetzbüchern genannten Leistungen unterschieden.

Auf eine Angabe der Art der Maßnahme verzichtet der IHP 3.1 an dieser Stelle, da die jeweiligen Tätigkeiten zu der Erreichung des angestrebten Zustandes in dem Punkt XI des Planungsbogens bereits benannt werden.

6.3.1 Sachleistung

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

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

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

¹⁰ Vgl. § 10 SGB XII

⁹ § 10 Abs. 1 SGB XII; § 17 Abs. 2 SGB IX

Sachleistungen sind aber auch Maßnahmen der Krankenpflege oder Ergotherapie usw. Diese Sachleistungen fallen beispielsweise in die Zuständigkeit einer Krankenversicherung. In diesen Fällen wird nur ein Kreuz gesetzt: eine Bestimmung des zeitlichen Volumens der geplanten Maßnahme an dieser Stelle ist weder sinnvoll noch erforderlich. Dargestellt wird die unmittelbar auf die leistungsberechtigte Person entfallende Zeit. Auch bei notwendigem Bereitschaftsdienst oder einer Nachtwache wird hier eingetragen, wie viel Zeit des Bereitschaftsdienstes bzw. der Nachtwache die berechtigte Person „nach Plan“ in Anspruch nimmt.

Denkbar sind Einzelfälle, in denen bereits das Vorhalten von Bereitschaft und Nachtwache eine stabilisierende Wirkung haben. Zu einer tatsächlichen Inanspruchnahme der vorgehaltenen Dienste kommt es in diesem Fall nicht.

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

Nicht abgefragt wird, ob es sich bei der geplanten Sachleistung um ein Einzel- oder ein Gruppenangebot handelt. Diese Frage wird erst später wichtig, wenn es um die Klärung geht, wie der individuelle Bedarf gedeckt werden soll (eben: individuell oder in einer Gruppe) und welche Vergütung dafür erforderlich ist. Der individuelle Bedarf ergibt sich aus der Lücke der „angemessenen Teilhabeziele“¹¹ zur derzeitigen Ist-Situation. Notwendige und geeignete Maßnahmen schließen diese Lücke. Der Umfang der Maßnahmen ist die Anzahl der benötigten Stunde pro Woche. In die Bedarfsermittlung fließen die derzeitige Situation, die Leistungsfähigkeit der betroffenen Person sowie fördernde und hinderliche Umweltfaktoren ein.

¹¹ DV 06/09 AF IV

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

Ob die Leistung in einer Gruppe erbracht wird, ist abhängig von dem Kontext der Leistungserbringung, also der Binnenstruktur des Leistungsangebotes wie beispielsweise der Größe der Wohngruppe, der Anzahl der leistungsberechtigten Personen.

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

6.3.2 Geldleistung

Die Geldleistung wird den Leistungsberechtigten unmittelbar zur Verfügung gestellt, um seinen individuellen Bedarf zu decken. Dieses Feld wird angekreuzt, wenn eine pauschale Leistung oder eine individuelle Zahlung zur Bedarfsdeckung geeignet ist, z.B. die Tagesgestaltenden Leistungen.

6.3.3 Persönliches Budget

Bei Inanspruchnahme eines Persönlichen Budgets wird den Leistungsberechtigten ebenfalls ein Geldbetrag zur Verfügung gestellt. Erforderlich ist darüber hinaus der Abschluss einer Zielvereinbarung zwischen Leistungsträger und Leistungsberechtigten.

Das Persönliche Budget wird sowohl in dem Basisbogen und in dem Bogen zur Bestimmung notwendiger Leistungen angesprochen. Der Basisbogen stellt auf die Information zu einem Persönlichen Budget ab. In Form des Persönlichen Budgets zu erbringende Leistungen werden zusammenfassend aufgeführt. Im Bogen zur Bestimmung notwendiger Leistungen werden

die zu erreichenden Ziele und die zur Zielerreichung notwendigen Maßnahmen entwickelt; es wird an dieser Stelle angekreuzt, wenn eine Leistungsgewährung in Form eines Persönlichen Budgets begehrt wird. Das heißt, hier wird der Bedarf inhaltlich bestimmt. Zur Bestimmung der Höhe des persönlichen Budgets kann es sinnvoll sein, den zeitlichen Umfang notwendiger Maßnahmen anzugeben. In diesen Fällen wird in der Spalte „Persönliches Budget“ ein Kreuz gesetzt

und zusätzlich der Umfang der Stunden pro Woche eingetragen.

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

7. Hilfeplankonferenz und Bedarfsfeststellung

Der Beratungs- und Entscheidungsprozess, der zur Bewilligung notwendiger Leistungen führt, wird in einem eigenen Bogen strukturiert, der in der Hilfeplankonferenz Verwendung findet.

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

Der netzbasierte Hilfeplan erfasst alle Daten unter strikter Einhaltung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen.

7.1 Aufgaben der Hilfeplankonferenz

Zentrale Aufgabe der Hilfeplankonferenz (HPK) ist die Zusammenführung der regionalen Fachkompetenz zur Förderung einer personenzentrierten, qualitätsgesicherten Unterstützungsleistung für Menschen mit Behinderung im Sinne des § 53 SGB XII, die psychosoziale Leistungen zur Teilhabe am Leben in der

Gemeinschaft benötigen. Der in den §§ 9 und 13 SGB XII normierte Vorrang ambulanter Leistungen vor teilstationären und stationären Leistungen wird beachtet. Darüber hinaus erfüllt die HPK vielfältige komplexe Aufgaben im Hinblick auf eine bedarfsgerechte und qualitativ gutes Unterstützungsangebot in den Regionen, der Teilhabe im Sozialraum und der Nachhaltigkeit von Hilfen. Sie kann im Sinne einer Gesamtplanung Empfehlungen für andere, nicht anwesende, Leistungsträger (z.B. Jobcenter, Jugendamt usw.) aussprechen.

Die HPK ist zuständig für alle Menschen mit Behinderung, die in der oben genannten Region wohnen oder beheimatet sind. Von dieser Regel kann abgewichen werden, wenn die Antragsteller/innen Beratung in einer anderen Region (z.B. am letzten Wohnort vor Einzug in ein Wohnheim) wünschen.

Die HPK verfolgt mit ihrer Arbeit das Ziel, dass Menschen mit Behinderung die für sie erforderliche Unterstützung an ihrem Lebensort erhalten.

Klientin/Klient <input type="checkbox"/> anonyme Vorstellung	Nachname	Vorname
	Straße	PLZ Ort
	Geburtsdatum	Aktenzeichen
	Behinderungsart	
bei HPK anwesend		
Zuständiger SB LVR		

Die Antragsteller/innen werden bei der Erstellung des Hilfeplanes über dessen mögliche Beratung in der HPK informiert und erklären schriftlich, ob diese Beratung unter Nennung ihres Namens stattfinden kann. Sind sie nicht mit einer namentlichen Behandlung in der Hilfeplankonferenz einverstanden, so kann ihr Antrag in anonymisierter Form vorgestellt werden, um das Anliegen inhaltlich prüfen und den Hilfebedarf feststellen zu können.

Die anonymisierte Form ist so zu gestalten, dass Rückschlüsse auf die Person nicht möglich sind.

In der HPK wird auf der Grundlage der Hilfepläne, die mit den Menschen mit Behinderung erarbeitet wurden, beraten

- welche Hilfen erforderlich sind
- welchen Umfang die Hilfen in Qualität und Quantität haben müssen und für welche Zeitraum sie zu erbringen sind
- wer die Hilfe erbringen soll
- wo die Hilfe erbracht werden soll.

Dabei ist das Wunsch- und Wahlrecht der Antragsteller angemessen zu berücksichtigen. Die HPK wird aus Fachleuten der Region gebildet, die für die Beratung im Einzelfall erforderlich sind.

Ergebnis				
Empfehlung	Leistung	Umfang	Beginn	Ende

Sind Hilfen erforderlich, die in der Region nicht oder derzeit nicht verfügbar sind, schlägt die HPK Übergangslösungen vor und schlägt Aktivitäten und Verantwortlichkeiten vor, die zur Befriedigung des

Hilfebedarfes in der Region erforderlich sind. Sind die notwendigen Leistungen in der Form eines Persönlichen Budgets beantragt, wird dies aufgeführt.

Persönliches Budget	
Herkunftsregion	
Versorgungsregion	
Gründe für die Betreuung außerhalb der Herkunftsregion	
Besondere Vereinbarungen	
Bemerkungen	

7.2 Datenschutz und Freiwilligkeit

Die Mitglieder der HPK verpflichten sich in schriftlicher Form zur Wahrung der Schweigepflicht sowohl gegenüber den Leistungsberechtigten als auch gegenüber allen anderen Beteiligten hinsichtlich der persönlichen Daten, die sie in schriftlicher oder mündlicher Form erhalten; die Mitglieder stellen sicher, dass die ihnen überlassenen Unterlagen vertraulich behandelt und sicher verwahrt werden.

7.2.1 Vorzustellende Hilfepläne

Vorzustellen sind alle Hilfepläne aus der Zuständigkeitsregion der HPK, mit denen Eingliederungshilfen beantragt und die vom LVR zur Beratung eingebracht werden. Hilfepläne ohne Beratungsbedarf werden vom LVR beschieden und können der HPK in Listenform (ohne Nennung der Namen) zur Kenntnis gegeben werden.

7.2.2 Beteiligung der Antragstellenden Personen

Die Hilfeplankonferenz strebt eine Beteiligung der Antragsteller/innen an der Fallvorstellung in ihrer Hilfeplankonferenz an und fördert diese. Bei der Ausgestaltung des Gremiums (Größe, Ort, Raum) wird dies berücksichtigt. Die Antragsteller/innen werden in geeigneter Form über die Hilfeplankonferenz informiert und eingeladen. Ihren Bedürfnissen wird dabei Rechnung getragen. Sie können sich von einer Person ihres Vertrauens begleiten oder vertreten lassen. Rechtliche Betreuer/innen sind entsprechend ihrer Wirkungskreise in angemessener Form am Hilfeplanverfahren zu beteiligen.

7.2.3 Durchführung der Hilfeplankonferenz

Die Verantwortung für die Durchführung und Sicherstellung der Hilfeplankonferenzen übernimmt der Landschaftsverband Rheinland entsprechend seinem gesetzlichen Auftrag gegenüber den leistungsberechtigten Menschen mit Behinderungen. Die Geschäfts-

führung der HPK liegt grundsätzlich beim LVR. Sollte die intensive Beratung in der aktuellen Hilfeplankonferenz nicht abgeschlossen werden können, erfolgt eine erneute Terminierung für die Fortsetzung der Beratung.

7.2.4 Bescheidung

Mit den datierten Unterschriften von Geschäftsführung HPK und FM ist die Protokollierung von Beratungen und Empfehlung der Hilfeplankonferenz abgeschlossen.

Der LVR als überörtlicher Träger der Sozialhilfe verpflichtet sich, i.d.R. in der Sitzung über seine Leistungen zu entscheiden, soweit alle erforderlichen Voraussetzungen vorliegen.

Gegebenenfalls kann ein Vorbehalt im Hinblick auf noch vorzunehmende sozialhilferechtliche Prüfungen, wie z.B. Einsatz von Einkommen und Vermögen, erfolgen.

Werden bei der Beratung weitere Hilfebedarfe erkennbar, die in die Zuständigkeit anderer Leistungsträger fallen, wird der Leistungsberechtigte zum weiteren Vorgehen beraten und die Antragsunterlagen werden in Abstimmung mit diesem gemäß §14 SGB IX weitergeleitet; es wird eine koordinierende Bezugsperson festgelegt, die den Leistungsberechtigten im weiteren Verfahren unterstützt.

7.2.5 Dokumentation der Arbeitsergebnisse

Die Arbeitsergebnisse der Hilfeplankonferenzen einer Region werden durch den LVR nach einheitlichem Muster dokumentiert; die Daten dienen u.a. den Regionalkonferenzen als eine Grundlage der regionalen Versorgungsplanung. Die Aufbereitung der Daten erfolgt beim Landschaftsverband Rheinland und wird den Teilnehmern der HPK jährlich zur Verfügung gestellt.

8. Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gesellschaft

Zu einem besseren Verständnis sei an dieser Stelle § 55 SGB IX wiedergegeben:

„(1) Als Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft werden die Leistungen erbracht, die den behinderten Menschen die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft ermöglichen oder sichern oder sie so weit wie möglich unabhängig von Pflege machen und nach den Kapiteln 4 bis 6 nicht erbracht werden.

(2) Leistungen nach Absatz 1 sind insbesondere

- Versorgung mit anderen als den in § 31 genannten Hilfsmitteln oder den in § 33 genannten Hilfen,
- heilpädagogische Leistungen für Kinder, die noch nicht eingeschult sind,
- Hilfen zum Erwerb praktischer Kenntnisse und Fähigkeiten, die erforderlich und geeignet sind, behinderten Menschen die für sie erreichbare Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen,

- Hilfen zur Förderung der Verständigung mit der Umwelt,
- Hilfen bei der Beschaffung, dem Umbau, der Ausstattung und der Erhaltung einer Wohnung, die den besonderen Bedürfnissen der behinderten Menschen entspricht,
- Hilfen zu selbstbestimmtem Leben in betreuten Wohnmöglichkeiten,
- Hilfen zur Teilhabe am gemeinschaftlichen und kulturellen Leben.“

Diese zentrale gesetzliche Regelung bestimmt die notwendigen Leistungen, um

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

Rehabilitationsträger	Leistungen zur medizinischen Rehabilitation	Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben	Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft
Gesetzliche Krankenversicherung	x		
Gesetzliche Rentenversicherung	x	x	
Bundesagentur für Arbeit		x	
Gesetzliche Unfallversicherung	x	x	x
Alterssicherung der Landwirte	x		
Träger der Kriegsopferversorgung und der Kriegsopferfürsorge im Rahmen des Rechts der sozialen Entschädigung bei Gesundheitsschäden	x	x	x
Träger der öffentlichen Jugendhilfe	x	x	x
Träger der Sozialhilfe	x	x	x

8.2 Bundesteilhabegesetz

Für eine gleichberechtigte Teilhabe aller Menschen ist eine Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe unter strikter Beachtung der UN-Behindertenrechtskonvention vorzusehen. Somit muss sich die Eingliederungshilfe als personenzentrierte Fachleistung für behinderungsbedingte Teilhabebedarfe verstehen. Einheitlicher Grundsätze für eine trägerübergreifende Bedarfsermittlung und Hilfeplanung sind zu etablieren.

Erwartungen an das zu etablierende Bundesteilhabegesetz lauten, „ ..., dass die gleichberechtigte, selbstbestimmte Teilhabe der Menschen mit Behinderung im Hinblick auf die UN-Behindertenrechtskonvention (BRK) weiter umgesetzt und ausgebaut wird. Sofern Teilhabe nicht durch generelle Maßnahmen hergestellt wird, sind individuelle Leistungen zur Überwindung von personenbedingten oder umweltbezogenen Barrieren in Betracht zu ziehen.“¹²

Für eine Erfassung der Teilhabebedarfe aller Menschen mit Behinderung ist § 2 SGB IX um die umwelt- und personenbedingten Kontextfaktoren im Sinne der BRK weiterzuentwickeln. Zu Menschen mit Behinderung zählen laut BRK diejenigen, die Funktionsbeeinträchtigungen haben, welche sie in Wechselwirkung mit verschiedenen Barrieren an der gleichberechtigten Teilhabe hindern (vgl. Art. 1 Satz 2 BRK). Ein neu gestalteter Behinderungsbegriff, daraus abzuleiten der berechnete Personenkreis der jeweiligen Leistungsträger anhand eindeutiger Kriterien, fehlt noch.

Für eine trägerübergreifende Bedarfsdeckung ist es erforderlich, möglichst viele relevante Leistungsträger von Teilhabeleistungen in ein trägerübergreifend geltendes Verfahren einzubeziehen. Eine Einbeziehung in Verfahrens- und Koordinationsvorschriften kann

nicht davon abhängen, ob der Leistungsträger neben den rehabilitativen auch für nicht rehabilitative Leistungen zuständig (z.B. der Kinder- und Jugendhilfe) oder in das System der Rehabilitationsleistungen noch gar nicht einbezogen ist (z.B. Pflegeversicherung). Im Sinne aller Menschen mit Behinderung, insbesondere der Kinder mit Behinderung und der Elternschaft von Menschen mit Behinderung sind auch diese Leistungsträger an der gemeinsamen Hilfeplanung zu beteiligen.

Die BRK hat in der Bundesrepublik Deutschland seit 2009 die Stellung eines Bundesgesetzes und verpflichtet auch den LVR. Die Umsetzung der BRK im LVR vollzieht sich seit 2014 entlang bestimmter Zielrichtungen und in einem Steuerungsverfahren, das in dem LVR-Aktionsplan „Gemeinsam in Vielfalt“ beschrieben ist

Eine solche Menschenrechtsorientierung meint einerseits, dass die Umsetzung der BRK für den LVR ein Querschnittsanliegen ist: Alle Bereiche des Verbandes sind grundsätzlich inhaltlich angesprochen und einbezogen. Jede Aktion und jede Entscheidung im LVR ist (auch) unter dem Aspekt der Rechte von Menschen mit Behinderungen im Sinne der BRK abzuschätzen und zu bewerten.

8.3 Inklusiven Sozialraum mitgestalten

Es wird sehr deutlich, dass der LVR insbesondere über seine Leistungen und seine Angebote zum selbstständigen Wohnen an der Gestaltung des inklusiven Sozialraums vor Ort nur mitwirken kann. Weitere, insbesondere kommunale Fachplanungen etwa zum Sozialen Wohnungsbau oder zum Öffentlichen Personennahverkehr legen die Notwendigkeit einer engen Kooperation und Abstimmung nahe.

Verzeichnis der Abbildungen

¹² DV, 13. Juli 2015

9. Verzeichnis der Abbildungen

Abbildung 1: Das bio-psycho-soziale Modell der ICF.....	185
Abbildung 2: wichtige Begriffe der ICF	18
Abbildung 3: Kodierung nach ICF.....	208
Abbildung 4: Beurteilungsmerkmale nach Icf.....	20
Abbildung 5: Zielentwicklung	28
Abbildung 6: Zielhierarchie.....	28
Abbildung 7: Zentrale Begriffe	35

10. Literaturverzeichnis

- Der IHP 3.1 schreibt die Vorgängerversion fort. Das Literaturverzeichnis wurde grundsätzlich beibehalten aber um neuere Quellen ergänzt.
- Apfelbacher, Werner; Reiners-Kröncke, Werner (1999): Sozialmanagement. Köln: Fortis-Verl.
- Armborst, Christian; Berlit, Uwe Prof. Dr.; Bieritz-Harder, Renate Prof. Dr., et al. (Hg.) (2008): Sozialgesetzbuch XII. Sozialhilfe; Lehr- und Praxiskommentar. 8. Aufl. Begründet von Johannes Münder; Christian Armborst. Baden-Baden: Nomos-Verl.-Ges. (Nomos-Kommentar).
- Beauftragung der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen (Hg.), Die UN-Behindertenrechtskonvention Konvention, Berlin November 2010
- Beck, Iris; Lübke, Andrea (2003): Individuelle Hilfeplanung. Anforderungen an die Behindertenhilfe. In: Geistige Behinderung, Jg. 42, H. 3, S. 222–235.
- Bieritz-Harder, Renate (2008): LPK-SGB XII § 54. In: Armborst, Christian; Berlit, Uwe Prof. Dr.; Bieritz-Harder, Renate Prof. Dr.; Birk, Ulrich-Arthur Prof. Dr.; Brühl, Albrecht Prof. Dr.; Conradis, Wolfgang Dr.; Geiger, Udo; Kraemer, Utz Prof. Dr.; Münder, Johannes Prof. Dr.; Niewaldt, Stephan; Roscher, Falk Prof. Dr.; Schoch, Dietrich (Hg.): Sozialgesetzbuch XII. Sozialhilfe; Lehr- und Praxiskommentar. 8. Aufl. Baden-Baden: Nomos-Verl.-Ges. (NomosKommentar), S. 402–424.
- Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe (Hg.) (24.11.2009): Orientierungshilfe zu den Schnittstellen der Eingliederungshilfe nach dem SGB XII zu anderen sozialen Leistungen. ("Schnittstellenpapier"). Münster.
- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation: Wegweiser. Eingliederung von Behinderten in Arbeit, Beruf und Gesellschaft. 8. Aufl. (1993). Frankfurt am Main: Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation.
- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (Hg.) (22.03.2004): Gemeinsame Empfehlung nach § 13 Abs. 1 i.V.m. § 12 Abs. 1 Nr. 4 SGB IX für die Durchführung von Begutachtungen möglichst nach einheitlichen Grundsätzen. Gemeinsame Empfehlung "Begutachtung".
- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (Hg.) (Februar 2008): ICF-Praxisleitfaden 2. in medizinischen Rehabilitationseinrichtungen. Frankfurt a. M. Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, Tagung: Sozialversicherung meets Sozialhilfe – Gemeinsam auf dem Weg zur Teilhabe 6.–7. Februar 2014 in Münster, DRV Westfalen
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Februar 2008): Persönliches Budget. Herausgegeben von Bundesministerium für Arbeit und Soziales. Berlin. (Bestell-Nr. D722).
- Bundesministerium für Familie, Senioren Frauen und Jugend (Hg.) (März 1999): Zielfindung und Zielklärung - ein Leitfaden. Qs - Materialien zur Qualitätssicherung in der Kinder- und Jugendhilfe. 1996-2001. Unter Mitarbeit von Wolfgang Dr. Beywl und Ellen Schepp-Winter. Bonn: Vereinigte Verlagsanstalten GmbH Düsseldorf (1.1996 - 36.2001; damit Ersch. eingest.).
- Cibis W.: Der Begriff „Funktionale Gesundheit“ in der deutschsprachigen Fassung der ICF.Gesundheitswesen 2009; 71: 429– 432
- Deinert, Olaf; Neumann, Volker (Hg.) (2009): Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen. Handbuch SGB IX. 2. Aufl. Unter Mitarbeit von Renate Prof. Dr. Bieritz-Harder, Dietrich Dr. Braasch und Jan Dr. Castendieck et al. Baden-Baden: Nomos.
- (09.05.2006): Rahmenzielvereinbarung zwischen der Landesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege und den Landschaftsverbänden zur Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe unter fachlichen und finanziellen Aspekten. Anhang 3. Herausgegeben vom Landschaftsverband Westfalen-Lippe, der AG der

Spitzenverbände der freien Wohlfahrtspflege Landes Nordrhein-Westfalen und dem Landschaftsverband Rheinland. Düsseldorf, Köln, Münster, 09.05.2006.

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

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

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

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

Deutscher Verein für Öffentliche und Private Fürsorge: Stellungnahmen 2015, Gleichberechtigung der Teilhabe verwirklichen, 13. Juli 2015

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

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

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

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

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

Evangelische Hochschule Darmstadt und Landschaftsverband Rheinland: Qualifizierte Hilfeplanung in der Eingliederungshilfe durch die Koordinierungs-, Kontakt- und Beratungsstellen und sozialpsychiatrischen Zentren im Rheinland, Oktober 2013

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

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

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

(2009): Sozialgesetzbuch XI. Soziale Pflegeversicherung ; Lehr- und Praxiskommentar. 3. Aufl. Begründet von Thomas Klie; Utz Krahrmer; Annett Böhm; Klie-Krahrmer. Baden-Baden: Nomos.

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

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

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

Landschaftsverband Rheinland, Dezernat Soziales und Integration: Infos zum Individuellen Hilfeplan für Menschen mit Behinderungen im Rheinland, Köln Dezember 2012

Landschaftsverband Rheinland, Dezernat Soziales und Integration: Peer Counseling im Rheinland, Fachtagung Partizipation und Selbstbestimmung – Peer Counseling auf den Weg gebracht, Köln Juni 2014

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

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

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

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

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

3. Aufl. Neuwied: Luchterhand.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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