

„Von der Bedarfsfeststellung zur Teilhabeplanung“

Hilfeplanung in der Bundesrepublik Deutschland

Masterthesis

zur Erlangung des akademischen Grades

Master of Arts

am Fachbereich Sozialwesen
der Hochschule Fulda

eingereicht von: Dipl.- Soz. Päd. (FH) Peter Hoffmann
Kastanienweg 3 06132 Halle(Saale)

Studiengang: Soziale Arbeit, Gemeindepsychiatrie

Matrikel Nr.: 124583

Erstbetreuer: Frau Prof. Dr. Gromann

Zweitbetreuer: Herr Prof. Dr. Peukert

Abstract

Zur Leistung bedarfsgerechter Hilfen in der Eingliederungshilfe ist eine individuelle personenbezogene Bedarfsfeststellung und Hilfeplanung erforderlich.

Dazu gibt es in der Praxis verschiedene Verfahren, die jedoch meist auf eine bestimmte Zielgruppe zugeschnitten sind oder sich nur für die Bedarfsfeststellung bzw. Hilfeplanung eignen.

Mit dem Integrierten Teilhabeplan Hessen (ITP Hessen) wird ein neues Instrument vorgestellt, welches zielgruppenübergreifend für die Bedarfsfeststellung und personenbezogene Hilfeplanung eingesetzt werden soll.

Die diesbezügliche Eignung des ITP wurde im Rahmen eines Praxistests sowie einer Folge-Befragung überprüft.

Die Ergebnisse beider Untersuchungen lassen vermuten das der ITP Hessen, trotz Mängeln in der Handhabbarkeit, die in ihn gesetzten Erwartungen erfüllen kann.

Es ist zu empfehlen, auch die weiteren Einführungsphasen wissenschaftlich begleiten zu lassen.

Inhalt

0.	Einleitung	7
1.	Grundlagen	12
1.1	Gesetzliche Regelungen	12
1.2	Hilfebedarf	15
2.	Verfahren zur Bedarfsfeststellung und Hilfeplanung	17
2.1	Das H.M.B. Verfahren	17
2.2	Der IBRP	21
2.3	weitere Verfahren	26
2.3.1	Das Erhebungsverfahren in Sachsen-Anhalt	26
2.3.2	Der Teilhabeplan Rheinland-Pfalz	27
2.4	Aktuelle Verfahrensweise in der Bundesrepublik	29
2.4.1	Instrumente zur Bedarfsermittlung und Hilfeplanung	29
2.4.2	Steuerung der Einzelfallhilfe	31
3.	Der personenzentrierte Ansatz	35
4.	ITP Hessen	39
4.1	Allgemeine Beschreibung	39
4.2	Ebenen der Teilhabeplanung	40
4.3	Teilhabeplanung als Prozess	42
4.4	Aufbau des Erhebungsbogens	43
4.5.	Zeiteinschätzung und Vergütung	49
4.6	Verfahrensablauf und Steuerung	52

5.	Evaluation	54
5.1	Problembenennung	54
5.1.1	Ausgangssituation	54
5.1.2	Erkenntnistheoretischer Zugang	54
5.1.3	Hypothesenbildung und Forschungsfrage	55
5.2	Gegenstandsbenennung	56
5.3	Datenerhebung	57
5.4	Auswertung und Ergebnisse	59
5.4.1	Erst-Befragung im September 2008	59
5.4.2	Folge-Befragung im Juni 2009	61
5.4.2.1	Grundsätzliche Problematik	61
5.4.2.2	Datenauswertungen	62
5.4.3	Diskussion und Kritik	71
6.	Zusammenfassung	75
	Literaturverzeichnis	81

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Abb. 1:	Das sozialhilferechtliche Leistungsdreieck	8
Abb. 2:	Auszug aus dem Auswertungsraster des H.M.B.-W Verfahrens	20
Abb. 3:	Integrierte Hilfeplanung als Prozess	22
Abb. 4:	Struktur der Zuständigkeiten in der Eingliederungshilfe in der BRD	31
Abb. 5:	Der Selbstorganisationszirkel als wesentliches Element der Teilhabeplanung	42
Abb. 6:	ITP Hessen S. 3	47
Abb. 7:	Mittelwerte „Zurechtkommen“ EVIM/JJ	63
Abb. 8:	Prozentränge „Zurechtkommen“ Erst-Befragung EVIM/JJ	63
Abb. 9:	Prozentränge „Zurechtkommen“ Folge-Befragung EVIM/JJ	64
Abb. 10:	Mittelwert „Zurechtkommen“ LWV	64
Abb. 11:	Prozentränge „Zurechtkommen“ Erst-Befragung LWV	65
Abb. 12:	Prozentränge „Zurechtkommen“ Folge-Befragung LWV	65
Abb. 13:	Mittelwert „Eignung“ EVIM/JJ	66

Abb. 14:	Prozentränge „Eignung“ Erst-Befragung EVIM/JJ	67
Abb. 15:	Prozentränge „Eignung“ Folge-Befragung EVIM/JJ	67
Abb. 16:	Mittelwert „Eignung“ LWV	68
Abb. 17:	Personenzentrierte Hilfeplanung	69
<hr/>		
Tab. 1:	Codierung im H.M.B. Verfahren	19
Tab. 2 u. 3:	Auszug aus dem IBRP Bogen „H“	25
Tab. 4:	Übersicht über die Instrumente zur Bedarfsermittlung und Hilfeplanung	30
Tab. 5:	Zuständigkeitsregelungen in der Eingliederungshilfe nach Bundesländern	32
Tab. 6:	Steuerungsprozesse in den Bundesländern	33/34
Tab. 7:	Zeitschienen der Zuordnung der Leistungen nach Lebensbereichen	49
Tab. 8:	Darstellung der Zuordnungsstufen für 1. Mittlung	51
Tab. 9:	Leistungsgruppen/-stufen 2. Mittlung	51

0. Einleitung

In Deutschland sind nach Gitschmann derzeit fast 680.000 Menschen mit Behinderungen auf Leistungen der Eingliederungshilfe angewiesen. Das sind etwa 0.8% der Bevölkerung.

Dem gegenüber steht ein jährliches Finanzvolumen von ca. 12 Mrd. Euro, welches 45 % der Reha-Gesamtausgaben ausmacht.

Im Bereich der Eingliederungshilfe, so Gitschmann weiter, ist seit Jahren ein dynamischer Anstieg der Fallzahlen und Ausgaben zu verzeichnen.

So wuchs die Zahl der Leistungsberechtigten seit 1990 um 100% während die Ausgaben sogar um 190% zunahmen.

Die dabei vorhandenen Leistungsstrukturen, stellte er weiter fest, „entsprechen weder dem allgemeinen Vorrang ambulanter vor stationärer Versorgung, noch den Wünschen der Menschen mit Behinderungen: 447.000 Personen werden in Einrichtungen versorgt; außerhalb sind es nur 232.000 Personen“ (Gitschmann 2009, S.2).

In diesem Spannungsfeld bewegen sich 3 Hauptakteure.

- Die Leistungsberechtigten,
- die Leistungsträger und
- die Leistungserbringer.

Leistungsberechtigt sind Menschen, die nach § 53 Abs. 1 SGB XII

„durch eine Behinderung im Sinne von § 2 Abs. 1 Satz 1 des Neunten Buches wesentlich in ihrer Fähigkeit, an der Gesellschaft teilzuhaben, eingeschränkt oder von einer solchen wesentlichen Behinderung bedroht sind“.

Diese haben einen Rechtsanspruch auf Leistungen der Eingliederungshilfe.

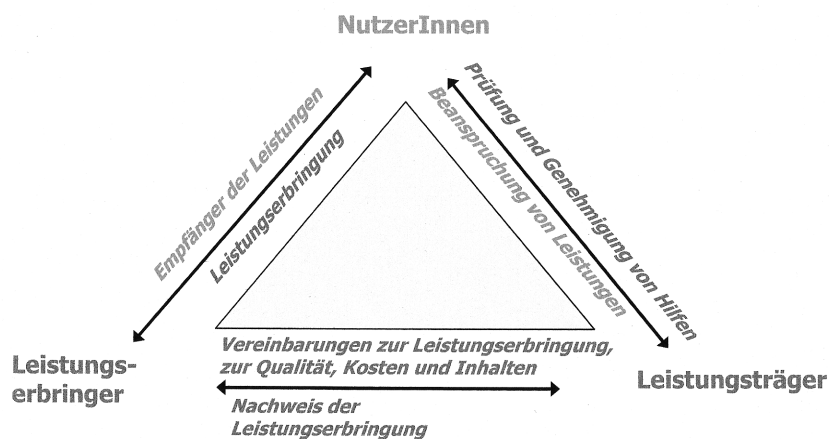
„Personen mit einer anderen körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung können Leistungen der Eingliederungshilfe erhalten“ (§ 53 Abs.1 SGB XII).

Leistungsträger sind die in den §§ 18 bis 28 Sozialgesetzbuch 1. Buch (SGB I) genannten Körperschaften, Anstalten und Behörden.

Hiernach sind im Rahmen der Eingliederungshilfe die überörtlichen Träger der Sozialhilfe die zuständigen Leistungsträger. Diese tragen zugleich die Verantwortung für die Kosten und die Umsetzung der gesetzlichen Vorschriften. Unter den **Leistungserbringern** sind die Erbringer sozialer Dienstleistungen zu sehen.

Diese 3 Akteure stehen in einem bestimmten Verhältnis zueinander.

Im Bereich der klassischen Eingliederungshilfe wird dieses Verhältnis durch das so genannte „sozialhilferechtliche Leistungs-dreieck“ widergespiegelt.



Prof. Dr. Gudrun Dobsław, Hochschule Fulda, Fachbereich Sozialwesen – 25.4./ 26.4.2008

6

Abb. 1 Das sozialhilferechtliche Leistungs-dreieck ¹

Dieses entsteht, sobald der Leistungsträger eine Leistung auf die der Leistungsberechtigte einen Anspruch hat nicht selbst erbringt, sondern sich dazu eines Dritten (des Leistungserbringers) bedient.

Die Beziehungen zwischen Leistungsberechtigten und Leistungserbringer sind dabei privatrechtlicher Natur während das Verhältnis zwischen den Leistungsberechtigten und den Leistungserbringern öffentliches Recht darstellt.

Das Verhältnis zwischen Leistungsträger und Leistungserbringer wird in der Regel durch einen öffentlich rechtlichen Vertrag (z.B. Rahmenvertrag nach § 79 SGB XII) geregelt.

¹ Die Leistungsberechtigte = NutzerInnen

Bei der Leistungserbringung im Rahmen eines persönlichen Budgets entfällt die Beziehung zwischen Leistungsträger und Leistungserbringer. Hier sind die Leistungsberechtigten (NutzerInnen) Partner für Leistungserbringer und Leistungsträger, wobei sich der Charakter der jeweiligen Vertragsverhältnisse nicht ändert.

Die dargestellten Beziehungen, bedürfen dabei der Steuerung und insbesondere der Steuerung des Einzelfalls.

Die überörtlichen Sozialhilfeträger (Leistungsträger) sollten in diesem Prozess als „sozialstaatliche Dienstleistungsverwaltungen“ auftreten, die -orientiert am personenzentrierten Ansatz und in Kooperation mit den Klienten und den Leistungserbringern- individuelle Rehabilitationsverläufe zu konzipieren, zu finanzieren und zu steuern haben.

Einzelfallsteuerung beinhaltet die ganzheitliche und umfassende Betrachtung des Einzelfalls und ermöglicht die Berücksichtigung des Wunsch- und Wahlrechtes behinderter Menschen im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben. Sie soll zielgenaue Hilfen ermöglichen und helfen, die finanziellen Ressourcen effizient einzusetzen.

Diesen Ansprüchen kann der Leistungsträger nur gerecht werden, wenn ihm für die Einzelfallsteuerung geeignete Instrumente zur Verfügung stehen.

Die Entscheidung über den Bedarf sollte in einem geordneten Verfahren erarbeitet werden an dem die Klienten ebenso wie Leistungserbringer und Leistungsträger zu beteiligen wären.

Da eine solche Entscheidung in einer fachlich angemessenen Weise zu treffen ist, bedarf es dazu eines einheitlichen Instrumentes, mit dem sowohl der Bedarf ermittelt als auch der Rehabilitationsverlauf beschrieben werden kann.

Um also dem eingangs genannten Dilemma (kleiner Personenkreis, hohe Kosten, nicht bedarfsgerechte Leistungserbringung) zu entgehen, bedarf es neuer Ansätze in der Steuerung der Hilfeleistungen und insbesondere im Prozess der Bedarfserhebung und Hilfeplanung.

In der vorliegenden Arbeit sollen daher bisherige Hilfesysteme in Deutschland betrachtet werden.

Im Weiteren geht es um die Frage, ob das derzeit neueste Hilfeplanverfahren der integrierte Teilhabeplan Hessen (ITP Hessen) den Herausforderungen der Zukunft in Bezug auf eine personenzentrierte Hilfeerbringung gerecht werden kann.

Im Kapitel 1 geht es darum, die Grundlagen für die Hilfebedarfsfeststellung darzustellen.

Dabei werden zum einen die gesetzlichen Grundlagen betrachtet, aber es wird auch der Frage nachgegangen werden, was unter Hilfebedarf in Hinsicht auf Leistungen der Eingliederungshilfe zu verstehen ist.

Im Kapitel 2 erfolgt die Beschreibung von Verfahren zur Bedarfsfeststellung und Hilfeplanung.

Dabei stehen das H.M.B-Verfahren, auch Metzler-Verfahren genannt und der „Integrierte Behandlungs- und Rehaplan“ (IBRP) im Mittelpunkt der Betrachtungen. Darüber hinaus wird der Frage nach aktuellen Verfahrensweisen in der Bundesrepublik in Bezug auf die Instrumente der Bedarfsermittlung und der Hilfeplanung nachgegangen. Den Abschluss des Kapitels bildet eine Übersicht über Zuständigkeitsregelungen und Steuerungsprozesse in den verschiedenen Bundesländern.

Im 3. Kapitel soll kurz auf die Frage des „Personenzentrierten Ansatzes“ eingegangen werden, wobei es hier um Begriffsklärung und Empfehlungen geht und nicht um Beispiele der praktischen Anwendung.

Mit dem Integrierten Teilhabeplan Hessen (ITP Hessen) wird in Kapitel 4 ein neues Instrument vorgestellt, welches in Hessen zielgruppenübergreifend für die Bedarfsfeststellung und personenbezogene Hilfeplanung eingesetzt werden soll.

Im Kapitel 5 soll letztlich der Frage nachgegangen werden, ob der ITP Hessen sich als Instrument zur Teilhabeplanung für den gesamten Personenkreis der Menschen mit wesentlichen Behinderungen eignet und vor allen, ob hier dem personenzentrierten Ansatz Rechnung getragen wird.

In die dazu erfolgte Evaluation fließen die Daten aus einer ersten Erhebung (im Rahmen eines Praxistests) sowie die im Rahmen dieser Arbeit neu erhobenen Daten ein.

Mein Dank gilt der Hochschule Fulda, durch deren Organisation ich im Rahmen der Datenerhebung erhebliche Unterstützung fand und ohne die, die Evaluation nur schwer möglich gewesen wäre.

Ebenso bedanke ich mich bei dem Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Landeswohlfahrtsverbandes Hessen sowie den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern vom Evangelischen Verein Innere Mission und dem Suchthilfeverbund Jugendberatung und Jugendhilfe e.V. für ihre Bereitschaft zur Mitwirkung.

Meinen Betreuern Frau Professor Dr. Gromann und Herrn Prof. Dr. Peukert danke ich für die fachliche Unterstützung und Betreuung der Arbeit.

Besonderer Dank gilt meiner Familie für ihre geduldige Unterstützung und Rücksichtnahme.

1. Grundlagen

1.1 gesetzliche Regelungen

Das Bundessozialhilfegesetz (BSHG) regelte von 1962 bis 2004 die Art und den Umfang der Sozialhilfeansprüche für bedürftige Bürger der Bundesrepublik Deutschland.

Es unterschied dabei zwischen Hilfen zum Lebensunterhalt und Hilfen in besonderen Lebenslagen.

Während Hilfe zum Lebensunterhalt bedarfsgerechte soziale Leistungen zur Sicherstellung des Existenzminimums darstellte, beinhaltete die Hilfe in besonderen Lebenslagen in erster Linie Leistungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen sowie Leistungen zur Pflege.

Das BSHG stellte bis 2004 die gesetzliche Grundlage der Behindertenhilfe dar.

Die Steuerung der Angebote der Behindertenhilfe erfolgte dabei über vereinbarte Platzzahlen und Entgeltvereinbarungen mit den Anbietern.

Es galt zunächst das Selbstkostendeckungsprinzip. Danach wurde von den Sozialhilfeträgern „den Einrichtungsträgern Personal- und Sachkosten in Höhe der nachgewiesenen Selbstkosten entsprechend der Vorgaben in den Pflegesatzvereinbarungen erstattet“ (Nomos Kommentar 1994 zu § 93 SGB XII RdNr. 18).

1994 wurde dies abgeschafft und durch den Abschluss von im voraus abzuschließenden Vereinbarungen ersetzt.

Da die Abrechnung nach dem Selbstkostendeckungsprinzip über sog. Selbstkostenblätter, in denen die Kostenpositionen einzeln belegt worden sind, versprach man sich aus der Änderung eine Senkung des zeitlichen und verwaltungsmäßigen Aufwandes.

Zum anderen waren die Einrichtungen nunmehr gezwungen ihre Kosten im Voraus zu kalkulieren und mit dem Sozialhilfeträger zu vereinbaren.

„Die prospektiven Vereinbarungen beinhalteten >>Risiken der Unterdeckung<< und >>Chancen einer Überdeckung<< bei den Einrichtungsträgern“ (ebd.), wobei das als sinnvoller Übergang zu >>mehr Markt<< angesehen worden ist.

Schon im § 46 BSHG war die Erstellung von Gesamtplänen zur Eingliederung behinderte Menschen vorgesehen. Dieser lautete, der „Träger der Sozialhilfe stellt so frühzeitig wie möglich einen Gesamtplan zur Durchführung der einzelnen Maßnahmen auf“ (§ 46 Abs.1 BSGH). Diese Vorschrift, die später unverändert in das Sozialgesetzbuch 12. Teil (SGB XII) übernommen wurde, fand jedoch in der Praxis zunächst nur wenig Anwendung (vgl. Kronenberger, S.1). Der Nomos Kommentar 1994 bemerkt hierzu:

“Gesamtpläne werden im Bereich der Sozialhilfe viel zu zurückhaltend erstellt“ (Nomos Kommentar 1994 zu § 46 SGB XII Rd.Nr.8).

Nach Kronenberger kann nur vermutet werden, dass die Sozialverwaltung sich zum damaligen Zeitpunkt noch nicht in der Rolle eines Dienstleisters sah, sondern eher administrative Fallbearbeitung durchführte (vgl. Kronenberger, S.1).

Als Folge der Abschaffung des Selbstkostendeckungsprinzips wurde 1998 eine Veränderung der Finanzierungsprinzipien in das Gesetz aufgenommen.

Mit Inkrafttreten der Novellierung des BSHG zum 01.01.1999 regelte der § 93

Abs. 2 BSHG, dass -, sofern Leistungen in einer Einrichtung erbracht werden,- der Sozialhilfeträger gesetzlich nur noch dann zur Übernahme der Vergütung verpflichtet ist, wenn mit den Einrichtungsträgern

- Leistungsvereinbarungen,
- Vergütungsvereinbarungen und
- Prüfungsvereinbarungen bestehen.

Diese Vereinbarungen sollten in Form eines Rahmenvertrages nach § 93d Abs. 2 BSHG für die jeweiligen Bundesländer einheitlich geregelt werden.

Die Vergütung für die erbrachten Leistungen besteht nach § 93a BSHG aus einer Pauschale für Unterkunft und Verpflegung (Grundpauschale), einer Pauschale für die Maßnahmen (Maßnahmepauschale) und einen Betrag für die betriebsnotwendige Anlagen, einschließlich ihrer Ausstattung (Investitionsbetrag).

Die Maßnahmepauschale wird nach Gruppen für Hilfeempfänger mit vergleichbarem Hilfebedarf kalkuliert¹. Dies erfolgte inhaltlich auch deshalb, um Kosten an Erbringung von Betreuungsleistungen für besonders bedürftige Hilfeempfänger zu koppeln. Einrichtungen hatten häufig den verhandelten Betreuungsschlüssel auf alle Gruppen gleich verteilt.

Gruppen mit oder für schwerst- und mehrfach behinderten Menschen waren deshalb vom anfallenden Arbeitsaufwand personell oft unterversorgt.

Dieser Wechsel in der „Finanzierungslogik“ von der Angebotskalkulation hin zu einer Kopplung mit dem Bedarf machte nötig, dass dieser eingeschätzt werden musste. Zu Beginn der Diskussion stand jedoch die Gruppe als „Versorgungseinheit“ hier im Mittelpunkt.

Mit dem Übergang vom BSHG zum Sozialgesetzbuch 12. Buch (SGB XII) wurde durch die Vorschriften der §§ 76 Abs.2 und 79 Abs.1 SGB XII dieser Weg fortgesetzt.

Die Vergütung für Leistungen sollen sich somit weiterhin aus einer Grundpauschale, einer Maßnahmepauschale und gegebenenfalls einem Investitionsbetrag zusammensetzen.

„Die Maßnahmepauschale wird nach Gruppen für Leistungsberechtigte mit vergleichbarem Hilfebedarf kalkuliert“ (§ 76 Abs. 2, Satz 3 SGB XII), wobei der Gesetzgeber keine Kriterien für die Bildung solcher Gruppen vorgibt.

Vielmehr regelt er im § 79 Abs.1 SGB XII, dass die überörtlichen Träger der Sozialhilfe und die kommunalen Spitzenverbände auf Landesebene Rahmenverträge schließen, in denen u.a. „Inhalt und Kriterien für die Ermittlung und Zusammensetzung der Maßnahmepauschalen die Merkmale für die Bildung von Gruppen mit vergleichbarem Hilfebedarf nach § 76 Abs.2 sowie die Zahl dieser zu bildenden Gruppen“ zu regeln sind (§ 79 Abs.1 Nr.2 SGB XII).

Somit waren Leistungsträger und Leistungserbringer spätestens seit 1999 gehalten, Instrumente zur Feststellung des Hilfebedarfs zu entwickeln und anzuwenden.

¹ im BSHG bereits seit 1996 formuliert, sollte die Kalkulation der Maßnahmepauschale nach Gruppen für Leistungsberechtigte mit vergleichbarem Hilfebedarf 1999 umgesetzt werden.

In Bezug auf das Gesamtplanverfahren war ab Mitte der 90er Jahre ein deutlicher Bewusstseinswandel zu verzeichnen und die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe (BAGÜS) formulierte 1999 eine Empfehlung zum Gesamtplan“, welche sich jedoch auf formale und rechtliche Aspekte beschränkt (Kronenberger, S.1).

Nach diesen Empfehlungen „soll der Gesamtplan alle Maßnahmen umfassen, die im Einzelfall erforderlich sind, um eine vollständige und dauerhafte Eingliederung zu erreichen“ (BAGÜS 1999, S.2).

Zu seinen Aufgaben, so in den Empfehlungen weiter, gehört es auch Übereinstimmung zwischen den Beteiligten über das Ziel der Eingliederung und die Umsetzung vereinbarter Maßnahmen zu erreichen (vgl. ebd.)

Die BAGÜS gibt darüber hinaus Empfehlungen zur Ermittlung des Hilfebedarf.

So sollen, neben ärztlichen Gutachten auch fachpädagogische Stellungnahmen, Sozialberichte und „Ermittlungsverfahren mit kompetenzorientiertem Ansatz“ in die Ermittlung des Hilfebedarfs einbezogen werden (BAGÜS 1999, S.4).

Den überörtlichen Sozialhilfeträgern wird empfohlen, „einen eigenen möglichst multidisziplinär besetzten fachlichen Beratungsdienst einzusetzen“, der die Sachbearbeitung in fachlicher Hinsicht unterstützen soll (ebd.)

Im weiteren gibt die BAGÜS Empfehlungen zum Inhalt von Gesamtplänen und der Beteiligung Anderer sowie Zusammenarbeit mit anderen Leistungsträgern.

1.2 Hilfebedarf

Während Bedürfnisse allgemein als subjektive und objektive Mangelzustände im Leben der Menschen definiert werden können ist der Bedarf als ein konkretes Bedürfnis anzusehen.

Damit individuelle Bedürfnisse zu Bedarfen werden ist ein Zusammenhang erforderlich, der geprägt ist „durch individuelle Faktoren, durch situative Bedingungen und nicht zuletzt durch sozialstättliche Vorgaben“(Schädler 2007, S. 163).

Der spezielle Begriff des Hilfebedarfs lässt sich aus dem Sozialstaatsgebot unserer Verfassung ableiten, die das Recht von Bürgerinnen und Bürgern auf bedarfsgerechte Hilfeleistungen festschreibt (vgl. Schädler 2007, S.163).

Ich möchte mich hier zunächst auf die Arbeitsdefinition von Kulig beziehen. Hilfebedarf ist danach „die Gesamtheit der personalen und materiellen Unterstützung, die ein Mensch benötigt, um am Leben in der Gemeinschaft teilnehmen zu können“ (Kulig 2006, S. 75).

Hilfebedarf, so Kulig weiter, hat immer zwei Aspekte, einen Qualitativen und einen Quantitativen.

Der qualitative Aspekt bezieht sich auf die inhaltliche Dimension des Hilfebedarfes. Er umfasst konkrete Maßnahmen der Planung und Umsetzung zur Unterstützung in verschiedenen Lebenssituationen und lässt sich nur individuell bestimmen.

Der quantitative Aspekt beschreibt, unabhängig von konkreten Maßnahmen, die Umfangsdimension des Hilfebedarfes. Es geht „um ein „wie viel“ an Hilfen, die eine Person zur Teilnahme am Leben in der Gesellschaft benötigt“ (ebd., S. 76).

Dieser individuelle Hilfebedarf ist Grundlage für Art und Umfang von sozialen Leistungen.

„Diesen individuellen Hilfebedarf eines Menschen mit Behinderungen festzustellen, ist somit nicht nur eine fachliche Aufgabe, die erforderlich ist, um Hilfen individualisiert erbringen zu können“, sondern zugleich eine wesentliche staatliche Aufgabe, die im Rahmen eines Verwaltungsverfahrens zu erbringen ist (Schädler 2007, S.164).

Die im § 79 SGB XII geforderte Vereinbarung über den Inhalt und die Kriterien für die Ermittlung der Zusammensetzung der Maßnahmepauschale betrifft außer Vereinbarungen über den zu betreuenden Personenkreis auch Festlegungen zur Erbringung der Hilfeleistung (Art, Ziel, Qualität) und letztlich auch Festlegungen zur sächlichen und personellen Ausstattung.

Im Rahmenvertrag des Landes Sachsen Anhalt, wie auch in anderen Landesrahmenverträgen, spiegeln sich diese Vereinbarungen in Leistungstypen wieder.

Betrachtet man nun die Ausführungen von Kulig zum qualitativen und quantitativen Hilfebedarf, so liegt der Schluss nahe, dass die Leistungstypen eher auf den qualitativen Aspekt abzielen, d.h. die „Unterschiede zwischen den einzelnen Leistungstypen sind qualitativ“ (Münder Kommentar zu § 76 SGB XII Rdn.18), während die Gruppen von Leistungsberechtigten mit vergleichbarem Hilfebedarf den quantitativen Bedarf erfassen.

Es ist jedoch fraglich ob sich ein individueller Hilfebedarf im Rahmen eines solches Systems ermitteln oder bedarfsgerecht decken lässt (vgl. ebd.).

Es ist also als eine zentrale Herausforderung anzusehen, wie individuelle Hilfebedarfe von Menschen mit Behinderungen ermittelt und festgestellt werden können.

„Dabei wird zu prüfen sein, inwieweit personenorientierte Hilfeansätze dadurch gefördert werden können, dass Hilfebedarfe vermehrt in Kategorien von „individuell benötigter Unterstützungszeit“ ermittelt werden, die dann entsprechend der erforderlichen professionellen Voraussetzungen verpreislicht werden kann (Schädler 2007, S.164).

2. Verfahren zur Bedarfsfeststellung und Hilfeplanung

2.1 Das H.M.B. Verfahren

Das bestehende Modell wurde 1998 von Frau Dr. Heidrun Metzler, Leiterin der Forschungsstelle „Lebenswelten behinderter Menschen“ der Universität Tübingen, im Auftrag von vier Fachverbänden der Behindertenhilfe¹ für den Bereich der Menschen mit geistigen Behinderungen entwickelt. Intention war, ein Verfahren für die „Bildung von Gruppen mit vergleichbarem Hilfebedarf“ nach § 93 BSHG (heute: „Gruppen von Leistungsberechtigten mit vergleichbarem Bedarf“ nach § 75 SGB XII) zu finden.

¹Anthroposophische Heilpädagogik; Evangelische Behindertenhilfe; Katholische Behindertenhilfe; Bundesverband der Lebenshilfe

Es erfolgte dabei eine Orientierung an den sogenannten ADL- Skalen (activities of daily living), die im angloamerikanischen Raum für den Bereich der Pflegewissenschaften entwickelt worden sind.

In den von Moskowitz und McCann 1957 entwickelten Instrumenten wurde mittels verschiedener Items der Unterstützungsbedarf von pflegebedürftigen Menschen ermittelt (vgl. Werner, S. 34/35)

Das Erhebungsverfahren nach Frau Dr. Metzler besteht aus 3 wesentlichen Teilen: dem eigentlichen Fragebogen,

dem Auswertungsraster und

einer Legende (Hinweise zum Verständnis des Fragebogens zum „Hilfebedarf“[©])

In den Grundsätzen zur Anwendung heißt es: „Der Hilfebedarf eines Menschen lässt sich nur beurteilen, wenn seine **aktuelle Lebenssituation** einschließlich seiner Selbsthilfemöglichkeiten bekannt und **Ziele** der Unterstützung vereinbart sind“

(Metzler 2001, S.1) Anlage 1.

Das setzt eine Einbeziehung der Menschen mit Behinderung bzw. seiner Interessenvertreter in das Verfahren voraus (vgl. ebd.).

Das Verfahren H.M.B. (Hilfebedarf von Menschen mit Behinderung im Bereich Wohnen, auch als Metzler-Verfahren bezeichnet) betrachtet dabei nicht die Einschränkungen eines Menschen, sondern die Einbussen bei Aktivitäten des täglichen Lebens. Diese sind in verschiedene Bereiche gegliedert, die für alle Menschen in unserer Gesellschaft bei der privaten Lebensführung relevant sind:

- Alltägliche Lebensführung
- Individuelle Basisversorgung
- Gestalten sozialer Beziehungen
- Teilnahme am kulturellen und gesellschaftlichen Leben
- Kommunikation und Orientierung
- Emotionale und physische Entwicklung
- Gesundheitsförderung (vgl. Kröger, S.67)

Für diese 7 Bedarfsbereiche enthält der Fragebogen 34 Items. Je Item gibt es ein 3 stufiges Aktivitätsprofil und 4 Konstellationen, die den Umfang des jeweiligen Hilfebedarfs widerspiegeln sollen.

- A** keine Hilfe erforderlich/gewünscht
- B** Beratung/Assistenz/Hilfestellung
- C** Anleitung/ teilweise stellvertretende Ausführung
- D** umfassende Hilfestellung, intensive Anleitung u. Begleitung

Das Aktivitätsprofil

- **(1) kann,**
- **(2) kann mit Schwierigkeiten,**
- **(3) kann nicht,**

dient der inneren Plausibilitätsprüfung und geht nicht in die weitere Bedarfsfeststellung ein.

Es lassen sich jedoch Widersprüche aufdecken.

Wenn beispielsweise für eine Aktivität die Hilfestufe **C** festgestellt wird und gleichzeitig das Aktivitätsprofil **(1) kann** aussagt, so wäre hier eine Prüfung erforderlich.

Die Darstellung des Hilfebedarf erfolgt durch die Einstufung **A** bis **D** in den einzelnen Bedarfsbereichen.

Um diesen zu quantifizieren wird eine Codierung in Punktwerte vorgenommen.

Da den einzelnen Items unterschiedliche Bedeutung zukommt unterscheidet man hier zwischen „major“ Items (hier besteht ein Bedarf an sofortiger Hilfe) und „minor“ Items (zeitlich planbare Hilfen).

Die Codierung ergibt sich aus folgender Tabelle:

“minor” Items		“major” Items	
Bedarfsstufe	Codierung	Bedarfsstufe	Codierung
A	0	A	0
B	1	B	4
C	2	C	6
D	3	D	8

Tab. 1 Codierung im H.M.B.-Verfahren

Für die Codierung im Verfahren wird ein auf den vorgenannten Punkten basierendes Auswertungsraster verwendet (Anlage 1).

Bereich / Aktivität	Hilfebedarf / quantitative Bewertung (Punkte)			
	A	B	C	D
Alltägliche Lebensführung				
1. Einkaufen	0	2	3	4
2. Zubereitung von Zwischenmahlzeiten	0	2	3	4
3. Zubereitung von Hauptmahlzeiten	0	2	3	4
4. Wäschepflege	0	2	3	4
5. Ordnung im eigenen Bereich	0	2	3	4
6. Geld verwalten	0	2	3	4
7. Regeln von finanziellen und (sozial-)rechtlichen Angelegenheiten	0	2	3	4
Individuelle Basisversorgung				
8. Ernährung	0	4	6	8
9. Körperpflege	0	4	6	8
10. Toilettenbenutzung / persönliche Hygiene	0	4	6	8
11. Aufstehen / zu Bett gehen	0	2	3	4
12. Baden / Duschen	0	2	3	4
13. Anziehen / Ausziehen	0	2	3	4

Abb.2 Auszug aus dem Auswertungsraster des H.M.B.-Verfahrens

Die Zuordnung zu den Hilfebedarfsgruppen erfolgt dann über Punktwertkorridore.

0 – 38 Punkte	Gruppe 1	39 – 76 Punkte	Gruppe 2
77 – 114 Punkte	Gruppe 3	115 – 152 Punkte	Gruppe 4
153 – 188 Punkte	Gruppe 5		

Das H.B.M.-Verfahren ermöglicht eine Zuordnung von Leistungsberechtigten zu festgelegten Gruppen, wobei sich die Bedarfsermittlung vorrangig an den Defiziten in Bezug auf die Aktivitäten des täglichen Lebens orientiert.

Es besteht die Gefahr, dass eine Berücksichtigung des Kontext nicht stattfindet.

Fähigkeiten, Ressourcen und aktivierbare Hilfen im Umfeld finden keine Würdigung im Fragebogen. Ebenso wird der tatsächliche zeitliche Aufwand der Betreuungsleistung nicht erfasst.

Vielmehr ergibt sich, dass aus dem ermittelten Punktwert, über die Bildung einer Hilfebedarfsgruppe, die Zuordnung zu einer bestimmten Wohnform (Leistungstyp) erfolgt und somit letztlich „die Hilfe über die Art des Wohnens“ (Gromann, 2000 S.3) bestimmt wird.

Die ermittelten Hilfebedarfsgruppen lassen eine direkte Verpreislichung nicht zu.

Aber genau das sollte mit einer Umsetzung des § 93 BSHG eigentlich erreicht werden. Ziel „war es nicht den Hilfebedarf in Form von beschriebenen Modulen zu pauschalisieren, sondern die Vergütung von Gruppen von Leistungsberechtigten mit vergleichbarem Hilfebedarf zu pauschalisieren“ (Kröger, S.67).

Der Hauptkritikpunkt ist aus meiner Sicht jedoch die Tatsache, dass über das H.M.B. Verfahren keine Ziele festgelegt werden und somit die eigentlich damit verbundenen Leistungen und Maßnahmen nicht ermittelt werden können.

Insofern stellt das H.M.B.-Verfahren nach Frau Dr. Metzler kein Hilfeplanverfahren dar.

2.2 Der IBRP

Ein zweites Verfahren zur Bedarfsfeststellung und Hilfeplanung ist der „Integrierte Behandlungs- und Rehaplan“ (IBRP) Anlage 2.

Dieser wurde von einer Expertenkommission der Aktion Psychisch Kranke in Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit als Instrument zur Hilfeplanung für die Zielgruppe der Menschen mit wesentlichen seelischen Behinderungen entwickelt und dient dem Ziel der Entwicklung eines integrierten individuellen Leistungsprogramms (vgl. Gromann 2002, S.1).

Integrierte Behandlungs- und Rehaplanung ist dabei „als eine handlungsorientierte, prozesshafte Diagnostik und Arbeitsmethode zu verstehen, die systematisch das Einbeziehen der Klientinnen und Klienten fordert und fördert“ (ebd. S.4).

Der IBRP soll eine strukturierte Ermittlung und Darstellung des individuellen Hilfebedarfs ermöglichen.

Dabei erfolgt die Einbeziehung von anamnestischen Angaben, Diagnosen, Informationen zur aktuellen Situation des Klienten und Angaben zum Umfeld, ebenso wie die Vereinbarung von Zielen und Vorstellungen zur Realisierbarkeit von gewünschten Entwicklungen (vgl. Kauder 2004, S.31).

Kunze beschreibt den IBRP als Instrument, welches im Sinne eines Problemlösezyklus vier Schritte anwendet:

- Die Problemdefinition,
- die Zieldefinition,
- Mittel zur Zielerreichung und die
- Überprüfung der Zielerreichung (vgl. Kunze, 2004; S. 109).

Abbildung 2 zeigt die Teilschritte eines solchen Verfahrens.

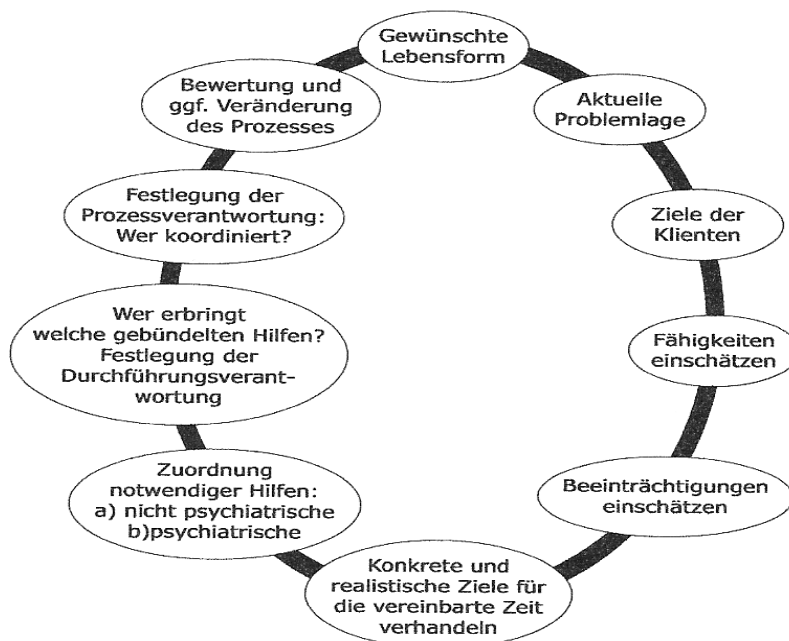


Abb.3 Integrierte Hilfeplanung als Prozess Quelle: Gromann 2002 S.3

Den Ausgangspunkt der Hilfeplanung bilden danach die Vorstellungen des Klienten über seine **gewünschte zukünftige Lebensform**.

Hier ist sowohl die Frage nach der Wohnform als auch nach der Gestaltung des Tages relevant.

Im Rahmen der **Problemanalyse** ist dann zu klären, welche Ressourcen und welche Hemmnisse für die Ziele des Klienten wesentlich sein könnten.

Dabei sind die Lebens- und Krankheitsgeschichte, die Fähigkeiten und Fertigkeiten des Klienten, das familiäre Umfeld sowie die konkreten Umweltbedingungen mit einzubeziehen.

Ausgehend von der gewünschten Lebensform und unter Berücksichtigung möglicher Problemlagen werden dann konkrete **Ziele** formuliert.

Im Rahmen der **Ermittlung des Hilfebedarfes** wird zunächst geprüft, inwieweit eine weitgehende Ausschöpfung von sog. nichtpsychiatrischen Hilfen möglich ist (vgl. Kauder 2004, S. 4).

Art und Umfang der erforderlichen psychiatrischen Hilfen ergeben sich durch die Zuordnung zu einer der Stufen der Hilfeintensität im Übersichtsbogen des IBRP A1 Seite 4 (Anlage 2).

Die Art der erforderlichen psychiatrischen Hilfen ist hier wie folgt aufgeführt:

- 0 keine Hilfe
- a Information und Beratung
- b Erschließung von Hilfen im Umfeld
- c individuelle Planung, Beobachtung, Rückmeldung
- d begleitende, übende Unterstützung
- e regelmäßiges individuelles Angebot

Die erforderlichen nichtpsychiatrischen und psychiatrischen Hilfen werden nun **zusammenfassend** aufgeführt und entsprechend zugeordnet.

Im Rahmen von „Verlaufskontrollen“ ist es möglich den Prozess zu **bewerten** und gegebenenfalls zu **verändern**.

Das bedeutet, dass die Hilfeplanung an sich verändernde Bedingungen angepasst werden sollte.

Die ermittelten Maßnahmen werden den folgenden Leistungsbereichen zugeordnet:

- ambulante psychiatrische Grundversorgung
- spezielle Therapieverfahren
- sozialpsychiatrische Leistungen zur Selbstversorgung
- sozialpsychiatrische Leistungen zur Tagesgestaltung, Kontaktfindung und Teilnahme am öffentlichem Leben
- sozialpsychiatrische Leistungen im Bereich Arbeit und Ausbildung
- Koordination, Hilfeplanung und Abstimmung

Um von der Feststellung des Hilfebedarfs zu einer Verpreislichung bzw. zu einer Bestimmung des Personalbedarfs zu kommen ist es zunächst erforderlich, die notwendigen Hilfen im Rahmen des so genannten Komplexleistungsprogramms, Leistungsbereichen zuzuordnen.

Die Leistungserbringung im Komplexleistungsprogramm soll für eine koordinierte und abgestimmte Zusammenarbeit aller an der Hilfeerbringung Beteiligten sorgen.

Die ermittelten Hilfemaßnahmen werden den folgenden Leistungsbereichen zugeordnet:

- ambulante psychiatrische Grundversorgung
- spezielle Therapieverfahren
- sozialpsychiatrische Leistungen zur Selbstversorgung
- sozialpsychiatrische Leistungen zur Tagesgestaltung, Kontaktfindung und Teilnahme am öffentlichem Leben
- sozialpsychiatrische Leistungen im Bereich Arbeit und Ausbildung
- Koordination, Hilfeplanung und Abstimmung

Die ermittelten Bedarfe werden dabei zunächst den vorgenannten Leistungsbereichen zugeordnet und es erfolgt dann eine Zeiteinschätzung auf der Basis der Tabelle „Zeitbedarf für direkte Klientenbezogene Tätigkeiten“ für diese Bereiche.

Das bedeutet, dass der Aufwand für die psychiatrischen Hilfen in den einzelnen Leistungsbereichen durchschnittlich und prospektiv eingeschätzt werden müssen.

Aus der Addition der Zeiten ergibt sich ein Zeitwert für das gesamte Komplexleistungsprogramm, der sich dann einer Zeitstufe zuordnen lässt.

Die sich so ergebenden Zeitstufen stehen für den individuellen Hilfebedarf und können entsprechend verpreislicht werden.

Der IBRP findet ausschließlich für den Bereich der Menschen mit wesentlichen seelischen Behinderungen Anwendung.

Er ist gleichzeitig „Instrument zur Klärung des individuellen Bedarfs und zur Klärung notwendiger Leistungen (Hilfeplanung)“

(Schmitt-Schäfer/Büch 2009, S. 26).

Die Ermittlung des Zeitbedarfs erfolgt mit Hilfe des „Personalbemessungsbogens H“ des IBRP (Anlage 2)

	Leistungsbereich	Zeitstufen	IST-Wert gegenwärtige Betreuungssituation	Soll- Wert erforderliche Betreuungsleistung
1	ambulante psychiatrische Grundversorgung	I - VI		
2	spezielle Therapieverfahren	II - VI		
3	sozialpsychiatrische Leistungen zur Selbstversorgung	IV - XII		
4	sozialpsychiatrische Leistungen zur Tagesgestaltung, Kontaktfindung u. Teilnahme am öffentl. Leben	IV - XII		
5	sozialpsychiatrische Leistungen im Bereich Arbeit und Ausbildung	IV - XII		
6	Koordination, Hilfeplanung und Abstimmung	III - VI		
7	Summe in Minuten			
8	Komplexleistungsprogramm gesamt	VIII - XIII		

Zeitbedarf für direkte Klientenbezogene Tätigkeiten

Zeitbedarf/Woche

Stufenbezeichnung	Minuten von- bis	mittl. Zeitwert in Min.
I	8-11	10
II	16-12	14
III	17-23	20
IV	24-33	28
V	34-47	40
VI	48-67	57
VII	68-95	80
VIII	96-135	113
IX	136-190	160
X	191-269	226
XI	270-380	320
XII	381-538	452
XIII	539-761	640
XIV	762-1076	905

Tab. 2 u. 3 Auszug aus dem IBRP Bogen "H"

2.3 Weitere Verfahren

2.3.1 Das Erhebungsverfahren in Sachsen-Anhalt

Es gibt weitere Instrumente zur Hilfeplanung, die jedoch aus meiner Sicht im Wesentlichen auf die vorgenannten Instrumente aufbauen, wobei hier zunächst nur auf 2 Verfahren eingegangen werden soll.

So stellt beispielsweise der Erhebungsbogen zur Bildung von Gruppen für Leistungsberechtigte des Landes Sachsen-Anhalt (Anlage 3) ein Instrument dar, welches sich an das H.B.M.-Verfahren anlehnt.

Dabei wurde der Erhebungsbereich breiter gefasst als beim H.M.B.-Verfahren.

Die Bedarfserhebung erfolgt in den Bereichen

- Arbeit und Beschäftigung
- Lebenspraktische Anleitung
- besondere psychosoziale Angebote
- pflegerische Hilfen
- Bildung und
- Freizeit

Die wesentlichsten Unterschiede bestehen jedoch darin, dass der Erhebungsbogen:

- durch die Verwendung von Punkten, die Gewichtung der Items gegeneinander und eine einfache elektronische Weiterverarbeitung sowie die Bildung von Mittelwerten erlaubt,
- konsequent an den Milieus Arbeit und Wohnen orientiert ist,
- in der modifizierten Form auch für Menschen mit wesentlichen seelischen Behinderungen Anwendung findet und
- Sozialwissenschaftlich geprüft und hinsichtlich der Gütekriterien als positiv eingeschätzt worden ist.

Im Vergleich zum H.M.B.-Verfahren ist der Erhebungsbogen breiter angelegt. Durch die prinzipielle Gleichstellung von verbaler (motivationaler) und praktischer Hilfe über alle Items wird der tatsächlich anfallende Hilfebedarf adäquater abgebildet als im H. M. B. -Verfahren. Experteninterviews haben hier gezeigt, dass die Motivation ein zentraler Bestandteil der Hilfe in vielen Lebensbereichen und Aktivitäten ist und

keinesfalls als ein isoliertes Phänomen betrachtet werden kann (vgl. Kulig, S.175).

Gleichwohl gilt auch hier die Kritik, dass sich die Bedarfsermittlung vorrangig an den Defiziten in Bezug auf die Aktivitäten des täglichen Lebens orientiert und mangels Zielfestlegung keine echte Hilfeplanung ermöglicht.

Zum anderen folgt aus festgestellten Hilfebedarfsgruppe lediglich die Zuordnung zu einem Leistungstyp. Die Vergütung (Maßnahmepauschale) ergibt sich dann aus dem für den jeweiligen Leistungstyp vereinbarten Personalschlüssel.

Es besteht also auch bei diesem System die Gefahr, dass die Hilfe über die Art des Wohnens bestimmt wird.

Durch die Integration des Erhebungsbogens in das neueingeführte Gesamtplanverfahren (dieses orientiert sich am Prozess der integrierten Hilfeplanung) sollen die genannten Problempunkte kompensiert werden.

2.3.2 Der Teilhabeplan Rheinland-Pfalz

Der Teilhabeplan (THP) stellt ein Instrument dar, welches sich am IBRP orientiert.

In Rheinland-Pfalz wurde bereits im Jahr 2003 in allen Einrichtungen der Eingliederungshilfe der individuelle Hilfebedarf über das IHP-Verfahren (individuelle Hilfeplanung) ermittelt.

2007 erfolgte dann die Weiterentwicklung des Instrumentes zum Teilhabeplan (THP).

Er ist ein Instrument welches zur Klärung des individuellen Bedarfs und der notwendigen Teilhabeleistungen verwendet wird.

Die Hilfeplanung mit dem THP ist, ebenso wie beim IBRP, als zirkulärer Prozess, ausgehend von den Grundsatzzielen des betroffenen Menschen, anzusehen.

Die Analyse von Interessen, Fähigkeiten, Ressourcen und Hindernissen erfolgt in 5 Bereichen.

- Basis und Selbstversorgung
- Alltagsbewältigung, Tages- u. Freizeitgestaltung
- Umgang mit der eigenen Person
- Arbeit/Beschäftigung/Ausbildung/Schule
- Soziales und Verwaltung der eigenen Angelegenheiten

Die Verpreislichung der Leistungen erfolgt auf Grundlage einer personenzentrierten Leistungsfinanzierung, wobei der THP die zeitliche Grundlage für die Höhe der Finanzierung liefert (vgl. Diehl, 2008).

Im Unterschied zum IBRP ist der Teilhabeplan zielgruppenübergreifend angelegt. Er findet somit sowohl für Menschen mit wesentlichen geistigen oder körperlichen Behinderungen als auch für den Personenkreis der Menschen mit seelischen Behinderungen Anwendung.

2.4 Aktuelle Verfahrensweise in der Bundesrepublik

2.4.1 Instrumente zur Bedarfsermittlung und Hilfeplanung

Betrachtet man die derzeitigen Verfahrensweisen zur Bedarfsfeststellung in der Bundesrepublik Deutschland so wird deutlich, dass bundeslandabhängig, unterschiedliche Verfahren eingesetzt werden.

Das gilt sowohl für den Bereich der stationären/ teilstationären und ambulanten Leistungen wie auch für die unterschiedlichen Zielgruppen.

So wird lt. Schmitt-Schäfer/Büch für eine Bedarfsermittlung bei teilstationären und stationären Leistungen für Menschen mit einer geistigen und/oder körperlichen Behinderung in 9 von 16 Bundesländern das H.M.B.-Verfahren angewandt.

3 Bundesländer haben eigene Verfahren zur Bedarfsfeststellung entwickelt und 2 Bundesländern setzen Verfahren einer Individuellen Hilfeplanung als Instrument zur Bedarfsfeststellung ein.

In Berlin, Bremen, Hamburg, Sachsen-Anhalt und Schleswig Holstein sind diese Bedarfsfeststellungsverfahren Teil der dort angewandten Gesamtplanverfahren.

Im ambulanten Bereich wird in den 3 Stadtstaaten das H.M.B.-Verfahren eingesetzt, ist jedoch auch hier Bestandteil der jeweiligen Gesamtplanverfahren. 3 Bundesländer setzen im ambulanten Bereich Verfahren der integrierten Hilfeplanung/ Teilhabeplanung ein und 3 Bundesländer verwenden eigene Verfahren.

Nach Schmitt-Schäfer/Büch verfügen 5 Länder in diesem Bereich über keine Verfahren und aus Thüringen und Mecklenburg Vorpommern liegen dazu keine Angaben vor.

Für die Zielgruppe der Menschen mit wesentlichen seelischen Behinderungen wird im stationärem/ teilstationärem Bereich in 5 Bundesländern der IBRP (in Länderspezifischen Versionen) verwendet.

3 Bundesländer setzen eigene Verfahren ein und in 2 Ländern wird das H.M.B.-Verfahren auch für diesen Personenkreis zur Bedarfsermittlung eingesetzt.

Nordrhein-Westfalen und Rheinland-Pfalz wenden hier die Verfahren der Integrativen Hilfeplanung bzw. Teilhabeplanung an.

In Bayern erfolgt die Bedarfsfeststellung für den Personenkreis der Menschen mit wesentlichen seelischen Behinderungen im Rahmen ihres Gesamtplanverfahrens.

Für Sachsen, Mecklenburg-Vorpommern und Thüringen ist die Verfahrensweise nicht bekannt.

Für den Bereich der ambulanten Versorgung, der genannten Zielgruppe, findet der IBRP ebenfalls in 5 Bundesländern Anwendung. Ebenso setzen auch hier 3 Länder auf eigene Verfahren. Nordrhein-Westfalen und Rheinland-Pfalz wenden hier ebenfalls die Verfahren der Integrativen Hilfeplanung bzw. Teilhabeplanung an und Bayern nutzt das Gesamtplanverfahren.

In 2 Bundesländern gibt es für den ambulanten Bereich keine Instrumente der Bedarfsermittlung und für 3 Länder liegen keine Informationen vor (vgl. Schmitt-Schäfer/Büch 2009, S 27).

	Menschen mit einer geistigen und/ oder körperlichen Behinderung				Menschen mit einer seelischen Behinderung einschließlich Sucht			
	Bedarfsermittlung		Planung notwendiger Leistungen		Bedarfsermittlung		Planung notwendiger Leistungen	
	ambulant	stationär	ambulant	stationär	ambulant	stationär	ambulant	stationär
Baden-Württemberg ¹	-	H.M.B.	-	-	-	H.M.B.	-	-
Bayern	-	H.M.B.	-	-	Ges. Plan	Ges. Plan	Ges. Plan	Ges. Plan
Berlin	H.M.B.	H.M.B.	Ges. Plan	Ges. Plan	BBRP	BBRP	BBRP Ges. Plan	BBRP Ges. Plan
Brandenburg ¹	-	H.M.B.	-	-	-	H.M.B.	-	-
Bremen	H.M.B.	H.M.B.	Ges. Plan	Ges. Plan	IBRP	IBRP	Ges. Plan	Ges. Plan
Hamburg	H.M.B.	H.M.B.	Ges. Plan	Ges. Plan	IBRP	IBRP	Ges. Plan	Ges. Plan
Hessen	IHP	H.M.B.	IHP	Ges. Plan	IBRP	IBRP	IBRP Ges. Plan	IBRP Ges. Plan
Mecklenburg-Vorpommern								IBRP
Niedersachsen	-	H.M.B.	-	-				
Nordrhein-Westfalen	IHP	HMB IHP	IHP	IHP	IHP	IHP	IHP	IHP
Rheinland-Pfalz	THP	THP	THP	THP	THP	THP	THP	THP
Saarland	eig. Verf.	eig. Verf.	eig. Verf.	eig. Verf.	eig. Verf.	eig. Verf.	eig. Verf.	eig. Verf.
Sachsen	-	H.M.B.	-	-			-	-
Sachsen-Anhalt	eig. Verf.	eig. Verf.	Ges. Plan	Ges. Plan	eig. Verf.	eig. Verf.	Ges. Plan	Ges. Plan
Schleswig-Holstein	eig. Verf.	eig. Verf.	Ges. Plan Hilfeplan	Ges. Plan Hilfeplan	eig. Verf.	eig. Verf.	Ges. Plan Hilfeplan.	Ges. Plan Hilfeplan
Thüringen								

Tab. 4 Übersicht über die Instrumente zur Bedarfsermittlung und Hilfeplanung
Quelle: Schmitt-Schäfer/Büch 2009, S. 27

¹ Gesamtplan durch örtliche Sozialhilfeträger

2.4.2 Steuerung der Einzelfallhilfe

Im Rahmen der Steuerung der Einzelfallhilfe spielt nicht nur deren Planung (Bedarfserfassung und Hilfeplanung) eine Rolle, sondern es ist auch zu beachten wie geplant wird und wie sich die Zuständigkeiten regeln.

Zunächst ist festzustellen, dass es für die Steuerung der Einzelfallhilfe unterschiedlich geregelte Zuständigkeiten gibt.

Das nachfolgende Schema zeigt die in Deutschland praktizierten Zuständigkeitsregelungen.

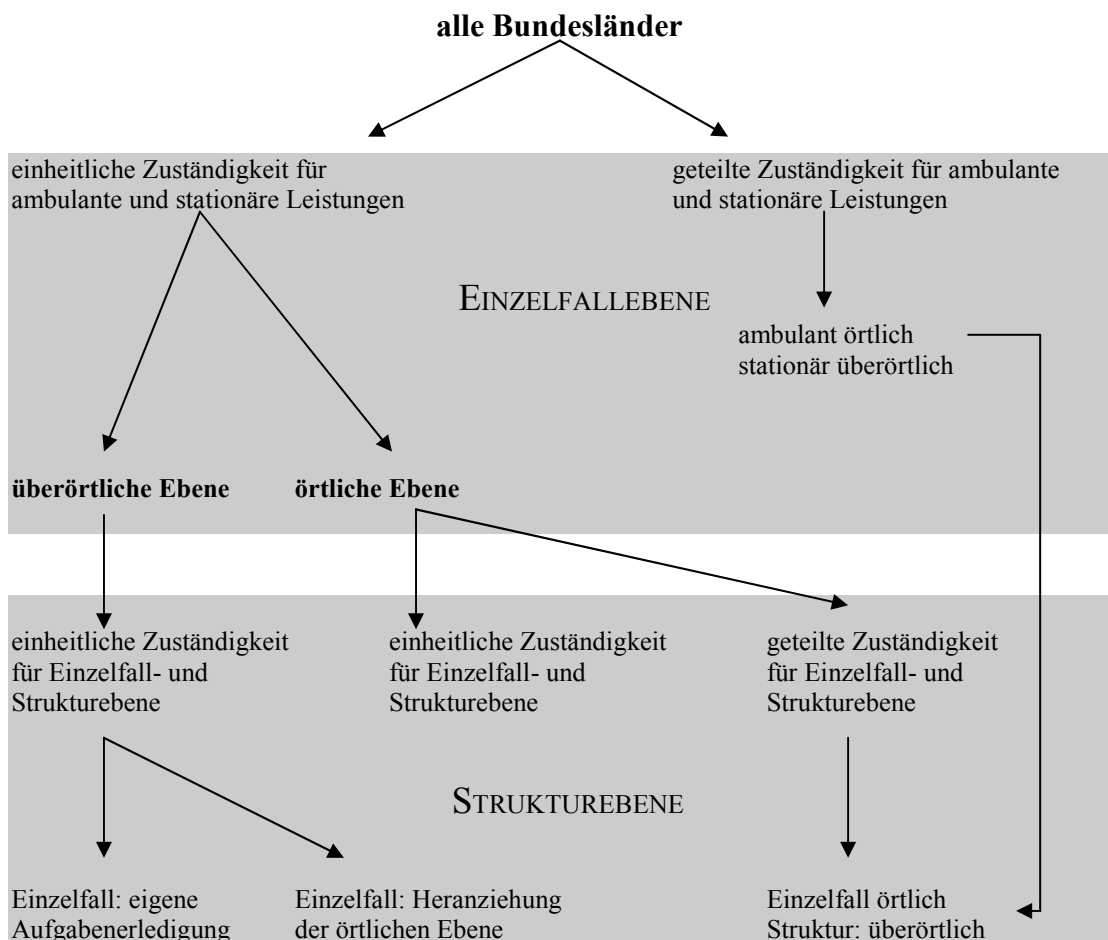


Abb. 4. Struktur der Zuständigkeiten in der Eingliederungshilfe in der BRD
 Quelle: Schmitt-Schäfer/Büch 2009, S. 23

Den Recherchen von Schmitt-Schäfer/ Büch ist zu entnehmen, dass 10 von 16 Bundesländern die Verantwortung für den Einzelfall und die Angebotsstruktur in eine Hand gelegt hat. Dabei wurden die Aufgaben 7-mal auf der Ebene des Überörtlichen Sozialhilfeträgers angesiedelt.

Von diesen sieben Ländern führen 5 die Aufgaben selbst durch, während Sachsen-Anhalt und Niedersachsen die kommunale Ebene (örtliche Sozialhilfeträger) zur Durchführung dieser Aufgaben heranzieht.

In den 6 Bundesländern in denen die Einzelfall- und Strukturverantwortung auf unterschiedlichen Ebenen angesiedelt sind, werden die Einzelfälle ausschließlich auf der örtlichen Ebene bearbeitet. Der überörtliche Sozialhilfeträger trifft hier die Strukturentscheidungen und schließt Leistungsverträge ab.

Zuständigkeit der..	örtlichen Ebene		überörtlichen Ebene	
	im Einzelfall	bzgl. der Angebotsstruktur	im Einzelfall	bzgl. der Angebotsstruktur
Baden-Württemberg	ja	ja		
Bayern	unterschiedlich	unterschiedlich	unterschiedlich	unterschiedlich
Berlin	ja	nein	nein	ja
Brandenburg	ja	ja		
Bremen	ja	nein	nein	ja
Hamburg	ja	nein	ja	ja
Hessen			ja	ja
Mecklenburg-Vorpommern	ja	nein	nein	ja
Niedersachsen			ja	ja
Nordrhein-Westfalen			ja	ja
Rheinland-Pfalz	ja	nein	nein	ja
Saarland			ja	ja
Sachsen			ja	ja
Sachsen-Anhalt			ja	ja
Schleswig-Holstein	ja	ja		
Thüringen	ja	nein	nein	ja

Tab. 5 Zuständigkeitsregelungen in der Eingliederungshilfe nach Bundesländern
Quelle: Schmitt-Schäfer/Büch 2009, S. 24

Ebenso unterschiedlich wie die Zuständigkeiten regeln die Bundesländer, wie und in welcher Form sie ihre Steuerungsverantwortung im Rahmen der unterschiedlichen Bedarfsermittlungs- und Hilfeplanverfahren wahrnehmen.

Die Analyse der Darstellung dieser Steuerungsprozesse in den einzelnen Bundesländern (Schmitt-Schäfer/Büch, 2009 S. 41-108) zeigt, dass die Abläufe in allen beschriebenen Bundesländern unterschiedlich gestaltet sind.

Ein gleichgelagertes Bild ergibt sich aus dem jährlichen Erfahrungsaustausch im Rahmen der Bundestreffen der Medizinisch Pädagogischen Fachdienste.

Insofern ist auch ein Vergleich zwischen den einzelnen Ländern als problematisch anzusehen.

Insgesamt stellen die Steuerungselemente der Leistungsträger, im Rahmen der Einzelfallhilfe, einen sehr komplexen Sachverhalt dar, so dass die nachfolgende Tabelle nur als grobe Übersicht zu verstehen ist (vgl. Schmitt-Schäfer/Büch 2009, S.41-108).

Bundesland	Steuerungselemente der Leistungsträger im Bereich Einzelfallhilfe
Baden-Württemberg	- Bedarfsfeststellung und Hilfeplanung durch örtlichen Sozialhilfeträger (40 unterschiedliche Gesamtplanverfahren). - Im Rahmen der Zielvereinbarung werden Leistungsberechtigte, Angehörige und Leistungserbringer mit einbezogen.
Bayern	- Einheitliches Gesamtplanverfahren - Bedarfsfeststellung bei Menschen mit geistigen und körperlichen Behinderungen durch den Sozialhilfeträger und für Menschen mit seelischen Behinderungen im Rahmen des HBW Verfahrens durch die Leistungserbringer. Bei komplexen Hilfebedarfen kann HPK eingeführt werden.
Berlin	- Gesamtplan ist zentrales Steuerungsinstrument, Steuerung erfolgt durch Fallmanager des Sozialhilfeträgers. - Hilfeplan- oder Fallkonferenz soll bei Bedarf durch Fallmanager initiiert werden.
Brandenburg	- Gesamtplanverfahren einschließlich der Feststellung des Bedarfs in Verantwortung des örtlichen Sozialhilfeträgers. - Einladung zu Fallkonferenzen im Rahmen der Fallführung durch den Sozialhilfeträger.
Bremen	- Gesamtplanverfahren wird in Zuständigkeit des Gesundheitsamtes durchgeführt.
Hamburg	- Gesamtplanverfahren wird durchgeführt. - Zuständig ist der Sozialpädagogische Fachdienst des Sozialhilfeträgers.
Hessen	- Aktive Fallführung durch den Leistungsträger, Fachbereiche für die jeweiligen Zielgruppen. - Gesamtplanverfahren. - Einführung einer integrierten Teilhabeplanung (ITP Hessen).

Bundesland	Steuerungselemente der Leistungsträger im Bereich Einzelfallhilfe
Mecklenburg-Vorpommern	<ul style="list-style-type: none"> - Vertragliche Ausgestaltung über Landesrahmenverträge ist hauptsächliches Steuerungsinstrument. Modellprojekt „Sozialpsychiatrie“ hier wurde für psychisch kranke Menschen der IBRP zur Erstellung eines Gesamtplans eingeführt. - Sehr unterschiedliche Beteiligung der Leistungsberechtigten.
Niedersachsen	<ul style="list-style-type: none"> - Fachstelle für Eingliederungshilfe als Modellprojekt. - nicht verbindlicher Leitfaden zur Hilfeplanung. - Hilfeplankonferenzen im Rahmen Sozialpsychiatrischer Verbände.
Nordrhein Westfalen	<p>Zwei Landschaftsverbände</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Landschaftsverband Westfalen Lippe b) Landschaftsverband Rheinland <p>a)</p> <p>Individuelles Hilfeplanverfahren , Hilfeplangespräch als Teamsitzung in der sog. Clearingstelle, der Leistungsberechtigte sowie andere Personen können beteiligt bzw. hinzugezogen werden.</p> <p>b)</p> <p>Individuelle Hilfeplanung (in leichter Sprache) durch Leistungserbringer aktive Einbeziehung der Leistungsberechtigten.</p> <p>Gesamtplanverfahren und Hilfeplankonferenzen.</p>
Rheinland- Pfalz	<ul style="list-style-type: none"> - IHP als Teil des Gesamtplans. - Teilhabekonferenzen finden auf kommunaler Ebene statt und haben personenbezogenen und einen strukturellen Auftrag. - Die Leistungsberechtigten werden vom Leistungsträger in die Teilhabekonferenz eingebracht.
Saarland	<ul style="list-style-type: none"> - standardisierter verbindlicher Gesamtplan. - Hilfeplanausschuss (Leistungsträger und Leistungserbringer) im Bereich „Wohnen“, dieser gibt Empfehlungen zu Art, Umfang, Erbringung und Koordination der Leistungen. Beteiligung der Leistungsberechtigten durch Anhörung.
Sachsen	<p>Hilfebedarfsfeststellung und Zuordnung zu Leistungstypen erfolgt durch den Leistungsträger.</p>
Sachsen-Anhalt	<ul style="list-style-type: none"> - Gesamtplanverfahren wird eingeführt. - Landkreise sind im Rahmen der Heranziehung fallführend. - Bei Bedarf Gesamtplangespräche.
Schleswig-Holstein	<ul style="list-style-type: none"> - vollständige Kommunalisierung, Fallführung durch Case Manager. - Koordinierungsstelle „für soziale Hilfen“ die unterstützende und beratende Aufgaben hat. Leitidee: „Bedarfsgerechte Hilfen durch fachlich unvoreingenommene Beratung“, Hilfeplanung durch Sozialpädagogen. Hilfeplangespräche unter Beteiligung Leistungserbringer, Leistungsträger und Leistungsberechtigter. Federführend ist Leistungsträger.
Thüringen	<ul style="list-style-type: none"> - nach Landesrahmenvertrag individuelle Hilfeplanung, Einbeziehung der Leistungsberechtigten - Gesamtplanverfahren

Tab. 6 Steuerungsprozesse in den einzelner Bundesländern

Bei den Leistungsträgern der meisten Bundesländer sind darüber hinaus Medizinisch-pädagogische oder Reha- Pädagogische Fachdienste installiert.

Auch hier sind die Aufgaben sehr unterschiedlich angelegt und reichen von der Einzelfallbearbeitung über Unterstützung und fachliche Beratung der Sachbearbeitung bis hin zur Mitwirkung in konzeptionellen Fragen und bei der Sozialplanung.

3. Der personenzentrierte Ansatz

„Eine zeitgemäße Behindertenhilfe ist an die Voraussetzung geknüpft, dass diese Hilfen personenzentriert geleistet werden“ (Schönhut-Keil 2007).

Für sie sind mehr Selbstbestimmung und Autonomie, Selbsthilfe und Partizipation statt Fürsorge wichtige Punkte in Hinsicht auf personenzentrierte Hilfen.

Theunissen schrieb bereits 1995, dass Behinderte Menschen als kompetente Experten in eigener Sache, als Akteure ihrer eigenen Entwicklung anzusehen sind und die professionellen Helfer sie darin zu unterstützen haben (vgl. Theunissen 1995, S. 18). Es geht also nicht darum, ob Menschen in Konzepte von Einrichtungen passen, sondern um die Frage: „Welche Hilfe Menschen mit Behinderungen brauchen, um so leben zu können wie sie es möchten“ oder wie Kruckenberg schreibt, „den Hilfebedürftigen Menschen in den Mittelpunkt zu stellen, ...d.h. das Hilfesystem so zu entwickeln, dass“ dieses „sich auf seine individuellen Bedürfnisse ausrichtet und dabei die Grenzen von festgefahrenen Gewohnheiten, festgelegten Angeboten und einengenden Finanzierungen überwindet“ (Kruckenberg 2004, S. 39).

Die Idee des personenzentrierten Ansatzes, also ein Wechsel von einem instituts- zu einem personenzentrierten Hilfesystem ist dabei nicht neu.

So führte Kunze im Rahmen einer Tagung der APK im Juni 2003 aus, dass der personenzentrierte Ansatz nicht in Deutschland erfunden worden sei und er diesem bereits in den USA und England kennen gelernt hätte.

Auch im Rahmen der Wiener Psychiatriereform seien schon Anfang der 80-iger Jahre Psychosoziale Dienste geschaffen worden, die nach diesen Prinzipien arbeiten (vgl. Kunze 2003, S.17).

„Die Herausforderung für Deutschland“, so Kunze weiter, bestehe darin, dass ausgehend von den gewachsenen Strukturen finanzielle und organisatorische Rahmenbedingungen geschaffen werden müssen, um personenbezogene Hilfen realisieren zu können (vgl. ebd.).

Eine Forderung, die in der Fachwelt schon seit längerer Zeit gestellt worden ist, und die seit der Verabschiedung des SGB IX auch ihre gesetzliche Verankerung fand.

Im Rahmen der 84. Arbeits- und Sozialministerkonferenz (ASMK) im November 2007 befassten sich die zuständigen Minister der Länder mit dieser Thematik.

In einem Beschluss wurde festgestellt, dass die zuständigen Ministerinnen und Minister der Länder es für eine „wichtige und gesamtgesellschaftliche Aufgabe“ halten „Menschen mit Behinderungen die gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu ermöglichen: Selbstbestimmung ermöglichen, Teilhabe verwirklichen, Gleichstellung durchsetzen, sind Leitmotive des politischen Handelns der Länder“ (ASMK, S.1).

Ziel ist, so die ASMK weiter, „den Paradigmenwechsel in der Politik für und mit Menschen mit Behinderung zu verstärken. Im Mittelpunkt steht der Mensch mit Behinderungen als Subjekt und nicht als Objekt fürsorglichen Handelns“ (ebd.)

Deutlich hoben die Teilnehmer hervor, dass trotz des eingeleiteten Paradigmenwechsels die Teilhabemöglichkeiten des genannten Personenkreises noch nicht umfassend gesetzlich geregelt und tatsächlich gesichert sind.

Im Rahmen einer Gesamtstrategie, die das Ziel einer gleichberechtigten Teilhabe verfolgt wird durch die Teilnehmer der ASMK die Orientierung an nachfolgenden Grundsätzen angesehen:

- Stärkung von Selbstbestimmung, Eigenverantwortung und Selbsthilfepotentialen
- Annäherung der Lebensbedingungen von Menschen mit Behinderungen an die allgemeinen Lebensbedingungen (Wohnen in eigener Wohnung, Arbeiten

auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt, Vorrang ambulanter Leistungen vor stationären Leistungen)

- Zuständigkeit aus einer Hand für ambulante, teilstationäre und stationäre Leistungen
- Zielorientierte Gestaltung der Zugänge zum Teilhabesystem durch individuelle Teilhabeplanungen, lokale Koordination und Planung von Teilhabestrukturen
- Verbesserte Steuerung und Wirkungskontrolle durch die Kostenträger, um eine am individuellen Bedarf orientierte Hilfe zu sichern
- Förderung und Unterstützung bürgerschaftlichen Engagements für Teilhabebedarfe von Menschen mit Behinderungen
- Schaffung gesetzlicher Rahmenbedingungen und Alternativen für eine dauerhafte Unterstützung von nicht werkstattbedürftigen Menschen mit Behinderungen, die eine stärkere Eingliederung in den allgemeinen Arbeitsmarkt fördern
- Einhaltung des Nachranggrundsatzes gegenüber anderen Leistungssystemen
- Leistungsgewährung, die sich am individuellen Teilhabebedarf des Menschen mit Behinderung orientiert und nicht mehr auf Leistungsform, Leistungsort und Leistungsanbieter abstellt
- Angemessene Beteiligung des Bundes an den Kosten der Eingliederungshilfe Erprobung neuer Formen der Leistungsfinanzierung (ASMK, S. 2-3).

„Den „Paradigmenwechsel“ hin zur personenbezogenen Leistungserbringung für Menschen mit Behinderungen im Alltag zu verwirklichen bedeutet, einen umfassenden Wandel der gesamten Leistungssystematik zu gestalten“ (Bremauer 2009, S.9).

Der Deutsche Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. vertritt dazu in einem Entwurfspapier die Auffassung, dass Bedarfsfeststellung und Hilfeplanung nicht nur im sozialhilferechtlichen Kontext betrachtet werden dürfen. Für Menschen mit Behinderungen wäre es wesentlich, **Teilhabe** verwirklichen zu dürfen.

Für die Akzeptanz von Bedarfsfeststellungsverfahren ist es daher aus der Sicht des Deutschen Vereins wichtig, dass die Leistungsberechtigten „ihren Aufenthaltsort

ohne wesentliche Änderung der Unterstützungsleistungen wechseln können, dass die Verfahren transparent, wissenschaftsbasiert und ICF orientiert sind, dass ein ausreichendes Maß an Mitbestimmung möglich und in der Konzeption der Verfahren angelegt ist (Deutscher Verein, S.1).

Auch die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe (BAGüS) hält eine konsequente Entwicklung im Bereich der Eingliederungshilfe für erforderlich und lässt sich dabei von folgenden Grundsätzen leiten:

- Selbstbestimmung und Teilhabe der Betroffenen,
- ambulant vor stationär,
- Ortsnähe, Vernetzung und Kooperation,
- Entprofessionalisierung (wo dies möglich ist).

Auch sie vertritt die Auffassung, dass das Individualisierungsprinzip „nur dann für behinderte Menschen transparent und nachvollziehbar“ wird „wenn die jeweiligen Leistungen nach dem SGB XII.....unabhängig an welchem Ort sich der behinderte Mensch aufhält bzw. welcher Dienste oder welche Einrichtungen er sich bedient, in gleicher Höhe und nach gleichen Voraussetzungen erbracht werden (BAGüS 2007, S.3).

Diese Forderungen müssen für den gesamten Personenkreis der Menschen mit wesentlichen Behinderungen, unabhängig von der Behinderungsart, gelten.

Insofern ist es auch erforderlich für die Bedarfsfeststellung bzw. die Hilfeplanung ein Instrument zu nutzen, welches zum einen den Anforderungen der Personenzentrierung genügt und sich gleichermaßen für die gesamte Zielgruppe, d.h. für Menschen mit wesentlichen geistigen, körperlichen oder seelischen Behinderungen sowie für Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen eignet.

Unter diesen Gesichtspunkten soll nunmehr das derzeit neueste Instrument zur Bedarfs- und Hilfeplanung der integrierte Teilhabeplan (ITP Hessen) näher betrachtet werden.

4. Der ITP Hessen

4.1 Allgemeine Beschreibung

Bis 2008 wurden in Hessen – abhängig von der Art der Behinderung - unterschiedliche Instrumente zur Hilfeplanung und Bedarfsfeststellung verwendet. Es gab keine systematische Verbindung von individuellem Bedarf, Hilfeplanung, Leistungen und Vergütung; auch die Finanzierung gestaltete sich unterschiedlich.

Die Verbandsversammlung des LWV Hessen hat am 17.12.2008 die Weiterentwicklung der personenzentrierten Hilfen inklusive der Leistungsvergütungen für alle Zielgruppen in der Eingliederungshilfe (§ 53, SGB XII) beschlossen.

Zu den Kernelementen dieses Konzeptes gehört der neu entwickelte Integrierte Teilhabeplan (ITP Hessen), (Anlage 4) der die aktive Teilnahme der leistungsberechtigten Personen bzw. ihrer Betreuer sicherstellen soll.

Mittels der Verwendung dieses , auf der ICF basierenden, neu entwickelten und für alle Behinderungsarten einheitlichen Instrumentes sollen:

- bei den Leistungsberechtigten Selbsthilfepotenziale gefördert und individuell bedarfsgerechte Leistungen in allen Lebensbereichen ermöglicht werden,
- mittels der standardisierten schriftlich fixierten Form der Teilhabeplanung der verwaltungstechnische Aufwand zwischen den beteiligten Institutionen verringert, die Kooperation aller Beteiligten erleichtert und die Qualitätsentwicklung unterstützt werden,
- mit Hilfe des individuellen ITP eine einheitliche Finanzierungssystematik als bedarfsgerechte, personenzentrierte und zeitbasierte Leistungsvergütung eingeführt werden und
- die bestehenden Hilfeplankonferenzen weiterhin neben der Kooperation und Erarbeitung von Leistungsanteilen, der Qualitätsentwicklung und – Sicherung der Teilhabeplanung auch der Rückkopplung von Bedarfen in die Sozialplanung dienen.

Der ITP Hessen setzt demzufolge auf „eine verbindliche, individuelle, alle Hilfen integrierende und zielorientierte Teilhabeplanung“, wobei die Abstimmung mit Betroffenen, Leistungserbringern und Leistungsträgern „in der Region im Rahmen von Teilhabekonferenzen abgestimmt werden soll“.

(Gromann 2009a, S.1).

Im Rahmen des ITP werden Empfehlungen zu Zeiteinschätzungen gegeben, mit denen die individuellen Ziele umgesetzt werden sollen.

Die Zeiteinschätzung erfolgt dabei in den Leistungsbereichen:

- Übergreifende persönliche Ziele (inkl. Koordination)
- Selbstversorgung/ Wohnen
- Arbeit/Beschäftigung/ Tagesstruktur
- Freizeit/ Persönliche Interessen/ Teilhabe am gesellschaftlichem Leben
- Grundpflege (SGB IX Wert und behinderungsbedingter Mehraufwand)
- freier Leistungsbereich (z.B. Nachbetreuung im Lebensbereich 1)

Über Mittlungen erfolgt eine Zuordnung zu unterschiedlichen Leistungsgruppen (Zeitkorridoren), aus denen sich letztlich eine Vergütung ergibt.

„Die Kosten bestimmen sich folglich nicht mehr nach der Hilfeform (z.B. Wohnheim oder Betreutes Wohnen), sondern nach den vereinbarten Inhalten und dem dafür zu erbringendem Umfang der Leistungen“ (Gromann 2009a S.1).

4.2 Ebenen der Teilhabeplanung

Nach Gromann muss Teilhabeplanung 4 Ebenen möglich machen:

- Individuelle Planung im Dialog mit dem Betroffenen (orientiert an Lebenssituation, Wünschen und Zielen)
- Erarbeitung der professionellen und nachbarschaftlichen Dienstleistungen für die Umsetzung der Ziele (Teilziele)
- Koordinierende Vermittlung und Abstimmung sowie eine
- angemessene und wirtschaftliche Finanzierungsgrundlage (vgl. Gromann 2009a, S.1)

Für den Bereich der ersten Ebene gilt, dass im Gegensatz zu den in der Hilfeplanung angewandten Einschätzungsskalen, Teilhabeplanung als Prozess zu verstehen ist. In den Dokumenten der Teilhabeplanung werden folglich keine Leistungen festgehalten, sondern sie sind als Arbeitsmittel in einem fortlaufenden Prozess zu betrachten.

An diesen Prozess werden folgende Forderungen gestellt:

- Zielorientierung
- Beziehungsorientierung
- Ressourcenorientierung
- integrative Ausrichtung in Bezug auf Methoden und Lebensfelder
- Ausrichtung auf die Zukunft
- Unterstützung der persönlichen Zukunftsplanung und
- Erforderlichkeit eines übersichtlichen Instrumentes.

Der Bereich der 2. Ebene ist als inhaltlicher Schwerpunkt anzusehen.

Hier ist die Frage des Bedarfs zu klären, welcher sich aus dem Lebensumfeld, den aktuellen Problemlagen und den ermittelten Barrieren erkennen lässt.

Die Planung der Hilfen geschieht dabei nicht durch eine standardisierte Übertragung (z.B. Punktwerte), da dies in der Regel zu einer Festschreibung des gegenwärtigen Zustandes führen und sich die Erbringung der Leistung ausschließlich an Maßnahmen orientieren würde.

Es erfolgt vielmehr eine offene Beschreibung des gesamten Vorgehens.

Im Bereich der dritten Ebene geht es darum, dass Teilhabeplanung über den eigenen Bereich hinausgehen muss.

Diesem Bereich sind die koordinierenden Bezugspersonen, die teamübergreifend arbeiten müssen, ebenso zuzuordnen, wie die kontinuierliche Begleitung und Dokumentation des Prozesses. Bereits bei der Beschreibung des Vorgehens muss Koordinierung und Abstimmung berücksichtigt werden, was wiederum bedingt, dass hierfür brauchbare EDV Lösungen zur Verfügung stehen.

Eine Angemessene und wirtschaftliche Finanzierungsgrundlage bildet die Ebene 4 (vgl. Gromann 2009a, S.1)

4.3 Teilhabeplanung als Prozess

Die nachfolgenden Ausführungen zu 4.3 und 4.4 orientierten sich überwiegend am Erfassungsbogen sowie am Manual ITP (Anlage 7).

Teilhabeplanung kann nur gelingen, wenn die Klienten aktiv einbezogen werden.

Das heißt, dass auch für die Erstellung des ITP Wege gesucht werden müssen, wie sich Klienten und evtl. Vertraute aus dem persönlichen Umfeld am Planungsprozess beteiligen können.

Da die gemeinsame Planung im Wesentlichen aus Gesprächen besteht ist es erforderlich, Möglichkeiten zu finden, um auch Personen mit kommunikativen Einschränkungen aktiv in den Planungsprozess einbinden zu können (vgl. Gromann 2009b, S.3).

Gemeinsame Planung bedeutet jedoch auch, dass die Mitarbeiter den Klienten ihre Sicht, ihre Einschätzung der Situation deutlich machen müssen, die durchaus von der Einschätzung der Klienten abweichen kann. Das erfordert eine offene aber auch sensible Atmosphäre (vgl. ebd.).

Der Prozess der Integrierten Teilhabeplanung ist als fortlaufender Prozess anzusehen und lässt sich wie folgt darstellen:



Abb. 5 Der Selbstorganisationszirkel als wesentliches Element der Teilhabeplanung Quelle: Manual ITP

Die in der Abb. 5 dargestellten Schritte sind im Formular des ITP in nachfolgende Abschnitte unterteilt:

- Sozialdaten
- bisherige und aktuelle Behandlungs-/Betreuungssituation
- Ziele von
- Stichworte zur aktuellen Situation/ Umweltfaktoren
- Vereinbarte Zielbereiche der Hilfen
- Fähigkeiten und Beeinträchtigungen
- Aktivierbare Hilfen im Umfeld
- Art der erforderlichen professionellen Hilfen
- Personenbezogene Ressourcen
- Klärung des Bedarfs im Bereich Arbeit/ Beschäftigung/ Tagesstruktur
- Vorgehen
- Zeitlicher Umfang und Erbringung durch
- bisherige Erfahrungen und Koordination der Teilhabeplanung; Datenschutz
- Überprüfung des ITP nach der vereinbarten Zeit

Der ITP ist dabei nicht als Fragebogen, sondern „als eine Art Gesprächsleitfaden zu verstehen“, bei welchem „ die Beteiligten auch auf die Unterlagen sehen oder Übersichten als Gesprächsanregung nutzen“ (Gromann 2009b, S. 4).

Dazu ist es erforderlich, die Systematik des Erhebungsbogens zu kennen.

4.4 Aufbau des Erhebungsbogen

Der Erhebungsbogen besteht aus 8 Seiten.

Zunächst sind hier unter Ziffer **1** die „**Sozialdaten**“ sowie unter Ziffer **2** die „**Bisherige und aktuelle „Behandlungs-/ Betreuungssituation**“ zu erfassen.

Bei der Beschreibung der „**Ziele von**“, **Ziffer 3**, sind zunächst langfristige motivierende Wünsche und Ziele zu erfassen, wobei diese auch durchaus „unvernünftig“ oder „unrealistisch“ erscheinen dürfen.

Im ITP Manual wird hier von sogenannten Leitsternen gesprochen.

Da die gewünschte Lebensform alle Lebensbereiche umfasst, sind im weiteren Angaben zur Wohnsituation und zur Arbeitssituation/Tagesstruktur erforderlich.

Es geht dabei um die Erfassung des aktuellen Standes der Veränderungen im Planungszeitraum und der langfristig geplanten Veränderungen.

Die Eingaben sind dabei über vordefinierte Auswahlfelder (drop-down) vorzunehmen. Diese umfassen im Bereich der Wohnsituation folgende Ziele:

- Selbständiges Wohnen allein
- Selbständiges Wohnen mit eigener Familie/Partner
- Selbständiges Wohnen- Herkunftsfamilie
- Professionell betreutes selbständiges Wohnen -einzeln
- Professionell betreutes selbständiges Wohnen –Wohngemeinschaft
- Professionell betreutes selbständiges Wohnen –Ehe/Partnerschaft
- Wohnen in einer Einrichtung
- Wohnen in einer Einrichtung –Kleingruppe
- Wohnen in einer Einrichtung –Einzelapartment
- Sonstiges

Im Bereich Arbeit und Beschäftigung stehen folgende Auswahlfelder zur Verfügung:

- Vollzeittätigkeit 1. Arbeitsmarkt
- Vollzeittätigkeit 2. Arbeitsmarkt
- Betreute Vollzeitstelle
- Betreute Teilzeitstelle
- Ausbildung/ Weiterbildung
- Orientierung/ Erprobung
- Arbeitssuchend
- Arbeitslos
- Häusliche oder andere Beschäftigung

Im Rahmen der Beschreibung, der unter **4.** darzustellenden „**Stichworte zur aktuellen Situation/Umweltfaktoren**“ geht es um Aussagen zu aktuellen Problemen der Teilhabe, Unterstützung und Barrieren im Umfeld und Unterstützung oder Beeinträchtigungen und Beziehungen. Es geht also darum, die Ausgangssituation für die Planung zu skizzieren.

Die Beschreibungen sollen sich dabei am Konzept der ICF (International Classification of Functions) orientieren.

Ziffer 5, „Vereinbarte Zielbereiche der Hilfen“, enthält folgende Rubriken:

- Übergreifende persönliche Ziele
- Selbstversorgung/Wohnen
- Arbeit/Beschäftigung/Tagesstruktur
- Freizeit/persönliche Interessen/Teilhabe am gesellschaftlichen Leben.

Innerhalb dieser Punkte können Ziele und Indikatoren erfasst werden.

„Es geht hier darum, die „Übersetzung“ von großen langfristigen Zielen und Wünschen in verabredete Betreuungsleistungen im nächsten Jahr zu leisten“ (Gromann 2009b, S.12), wobei diese Übersetzung mit den Leistungsberechtigten vereinbart werden.

Bei der unter **Punkt 6** erforderlichen Erfassung der „**Personenbezogenen Ressourcen**“ sind die Fähigkeiten der Person und/oder im Umfeld zur Kompensation/ Bewältigung oder Stabilisierung darzustellen.

Unter **Ziffer 7, „Fähigkeiten und Beeinträchtigungen“** erfolgt eine Untergliederung in drei Unterpunkte.

- I. Fähigkeiten oder Beeinträchtigung der Teilhabe durch die chronische Erkrankung/ Behinderung (ICF)
- II. Fähigkeiten oder Beeinträchtigung der Teilhabe bei der Aufnahme sozialer Beziehungen (ICF)
- III. Fähigkeiten oder Beeinträchtigung der Teilhabe (nach ICF) in: Selbstsorge/ Wohnen, Arbeit/ Tätigkeit/ Tagesgestaltung/ Freizeit/ Teilhabe an der Gesellschaft.

In Bezug auf die einzelnen Items in den Kategorien I bis III können über sog. drop-down Felder jeweils nachfolgende Aussagen getroffen werden:

- keine Beeinträchtigung
- leichte Ausprägung
- mäßig ausgeprägte Beeinträchtigung
- erheblich ausgeprägte Beeinträchtigung
- voll ausgeprägte Beeinträchtigung
- nicht spezifizierbar/ nicht anwendbar

Die einzelnen Items sind mit einem Hinweis auf die entsprechenden Codes der ICF versehen, so dass ein evtl. erforderliches Nachschlagen in der ICF erleichtert werden soll.

Analog sind die Abfragen zu den Ziffern **8 „Vorhandene und zu aktivierende Hilfen im Umfeld“** und **9 „Art der erforderlichen professionellen Hilfen“** aufgebaut.

Die Aussagen zu den Items werden hier bezogen auf:

- die Beeinträchtigung/ Gefährdung der Teilhabe durch die chronische Erkrankung
- die Beeinträchtigung der Teilhabe bei der Aufnahme sozialer Beziehungen und
- die Beeinträchtigung der Teilhabe in den Lebensfeldern: Selbstsorge/ Wohnen, Arbeit/ Tätigkeit/ Tagesgestaltung, Freizeit/ Teilhabe an der Gesellschaft

In Bezug auf die vorhandene und aktivierbare Hilfe im Umfeld stehen als Auswahlmöglichkeiten zur Verfügung:

- keine aktivierbare Hilfe
- mit geringer professioneller Hilfe aktivierbar
- mit umfangreicher professioneller Hilfe aktivierbar
- Umwelthilfen vorhanden

Hinsichtlich der Art der professionellen Hilfen kann zwischen:

- keine Hilfe,
- Information, Orientierung, Anleitung,
- Erschließung von Hilfen im Umfeld/ Kompensation,
- individuelle Planung, Beobachtung, Anleitung und Rückmeldung
- begleitende, übende Unterstützung,
- regelmäßige, individuelle Hilfe

unterschieden werden.

7. Fähigkeiten und Beeinträchtigungen

Erläuterungen

- keine Beeinträchtigung
- leichte Ausprägung
- mäßig ausgeprägte Beeinträchtigung
- erheblich ausgeprägte Beeinträchtigung
- voll ausgeprägte Beeinträchtigung
- ⊖ nicht spezifiziert / nicht anwendbar

I. Fähigkeiten oder Beeinträchtigungen der Teilhabe durch die chronische Erkrankung / Behinderung (ICF)

a) Antrieb (b130 ff)

b) Psychische Stabilität (b 1263)

c) Emotionales Erleben (b 152)

d) Inhalt und Kontrolle des Denkens (b 160 ff)

e) Drang nach Suchtmitteln (b 1303)

f) Impulskontrolle (Selbstschädigung / Fremdschädigung (b 1304)

g) Gehen (d 450)

h) Orientierung räumlich/zeitlich (b 114)

i) Funktion des Sehens (b 210)

j) Funktion des Hörens (b 230)

k) Artikulation und Sprechen (b 320, b 167)

l) Beeinträchtigung Körperfunktionen

m) Höhere kognitive Funktionen (b 164)

n) Aufmerksamkeit (b 140)

o) Gedächtnis (b 144)

p) Lesen und Schreiben (d 166, d 170)

q) Rechnen, Zahlenverständnis (d 172)

II. Fähigkeiten (⊖) oder Beeinträchtigungen der Teilhabe bei der Aufnahme sozialer Beziehungen (ICF)

a) Familienbeziehungen (d 760)

b) Allgemeine Beziehungskompetenz (d 710)

c) Partnerbeziehungen (d 7700)

d) Beziehungskompetenz in Gruppen (d 720)

e) Beziehungen zu Bekannten / Freunden (d 7500)

f) Formelle Beziehungen/Arbeit (d 7400)

III. Fähigkeiten (⊖) oder Beeinträchtigungen der Teilhabe (nach ICF) in: Selbstsorge / Wohnen, Arbeit / Tätigkeit / Tagesgestaltung, Freizeit / Teilhabe an Gesellschaft

a) Essen, Essverhalten (d 550)

b) Einkaufen und Mahlzeit zubereiten (d 620, d 630)

c) sich waschen und den Körper pflegen (d 510, d 520)

d) die Toilette benutzen (d 530)

e) sich kleiden (d 540)

f) Umgang mit Geld / Kontoführung (d 660, d 665)

g) Hausarbeiten erledigen und Haushaltsgegenstände pflegen (d 650, d 640)

h) auf seine Gesundheit achten (d 570)

i) Arztbesuche (e 580)

j) Inanspruchnahme / Umgang mit Behörden (e 570)

k) Transportmittel benutzen (d 470)

l) Vorbereitung auf Erwerbstätigkeit (d 840)

m) Aufgaben des Arbeitsplatzes erfüllen (d 845 ff)

n) bezahlte Tätigkeit (d 850)

o) unbezahlte Tätigkeit / Beschäftigung (d 855)

p) Schulbildung / Berufsausbildung (d 825, 830, 839)

q) Gemeinschaftsleben (d 9100)

r) Erholung und Freizeit (d 9200)

s) Religion und Spiritualität (d 9300)

8. Vorhandene u. zu aktivierende Hilfen im Umfeld

- keine aktivierbare Hilfe
- mit geringer professioneller Hilfe aktivierbar
- mit umfangreichen professionellen Hilfen aktivierbar
- Umfeld-Hilfen vorhanden

9. Art der erforderlichen professionellen Hilfen

- keine Hilfe erforderlich
- Information, Orientierung, Anleitung
- Erschließung von Hilfen im Umfeld / Kompensation
- individuelle Planung, Beobachtung, Anleitung und Rückmeldung
- begleitende, übende Unterstützung
- regelmäßige, individuelle Hilfe

Abb. 6 ITP Hessen Seite 3

Unter Ziffer **10** soll eine „**Klärung des Bedarfs im Bereich Arbeit/ Beschäftigung/ Tagesstruktur**“ erfolgen.

Berücksichtigt werden hierbei die:

- aktuelle Situation/ Umweltfaktoren im Bereich Arbeit/ Beschäftigung/ Tagesstruktur,
- Fähigkeiten, Zielentwicklung im Lebensfeld Arbeit,
- Planung für die Art von Tätigkeit im kommenden Jahr
- konkrete Ziele im Bereich arbeit/ Tagesstruktur.

Darüber hinaus erfolgen Angaben zum Vorgehen und zur Erbringung der Leistungen.

Im Punkt **11** ist das „**Vorgehen in Bezug auf die Bereiche**“:

- übergreifende persönliche Ziele inklusive Koordination,
- Selbstversorgung/ Wohnen,
- Arbeit/ Beschäftigung/ Tagesstruktur,
- Freizeit/ Persönliche Interesse/ Teilhabe am gesellschaftlichem Leben

zu beschreiben und darüber hinaus ggf. Angaben zu einem Mehraufwand bei der Grund- u- Behandlungspflege und zur Erforderlichkeit einer Nachtwache bzw.

Bereitschaftsdienst nachts zu machen. Unter **12 „Zeitlicher Umfang und Erbringung durch“** sind Einrichtung/ Dienste/ Mitarbeiter und Umwelthilfen zu benennen sowie Angaben zum zeitlichen Umfang in Minuten/Woche anzugeben. Punkt **13** erfragt „**Bisherige Erfahrungen mit Hilfen**“, und unter **14** sind „**Ggf. abweichende Sichtweisen in Bezug auf aktuelle Situation, Ziele, Bedarf und Hilfen**“ zu beschreiben und Kompromissbildungen zu skizzieren.

Die abschließenden Punkte **15 bis 19** umfassen Angaben

- zur Federführung,
- zu weiteren zur Teilhabeplanung genutzten Materialien,
- zu Vereinbarungen zur Koordination
- Unterschriften und
- eine Schweigepflichtentbindung.

Punkt **20** ist für eine **Überprüfung** des ITP vorgesehen, wobei diese in der Regel nach Ablauf eines Jahres stattfinden sollte.

Unter **21** ist ein Zusatzblatt vorhanden, welches ermöglicht **Zusatzinformationen** einzutragen.

4.5 Zeiteinschätzung und Vergütung

„Um aus einem qualifizierten Hilfeplan auf Grundlage des ITP Hessen zu einer verbindliche Vergütung für die Leistungen im Planungszeitraum zu gelangen, müssen unterschiedliche Verfahren und Regelungen einheitlich gehandhabt werden (Bremauer 2009, S. 35). Die Vergütung der Leistungen (Maßnahmepauschale) soll dabei auf Basis einer Zeiteinschätzung ermittelt werden.

Grundlage für diese Zeiteinschätzung ist das im ITP Hessen unter Ziffer 11 beschriebene Vorgehen und der dazugehörige zeitliche Umfang (Ziffer 12).

Da die Ermittlung der Zeiten durch Schätzung erfolgen soll, sind dazu Verfahren erforderlich, „die die Erfahrung und Qualifikation aller am Planungsprozess beteiligter Menschen nutzt, um so zu einer kompetenten qualifizierten und gemeinsamen Einschätzung des benötigten Aufwandes führen“ (ebd., S.36)

Nach Bremauer 2009 wurde zur Schaffung einheitlicher Voraussetzungen vereinbart, dass alle erbrachten Leistungen, über 24 Stunden betrachtet, entweder dem Lebensbereich 1 „Selbstsorge, Wohnen und Freizeit“ oder dem Lebensbereich 2 „Arbeit und Tagesstruktur“ zugeordnet werden.

Die Abgrenzung erfolgt dabei ausschließlich nach dem Zeitpunkt der Erbringung der Leistungen.

Tageszeit	Montag bis Freitag	Samstag, Sonntag, Feiertage
0:00 bis 08:00	Lebensbereich 1	Lebensbereich 1
08:00 bis 16:00	Lebensbereich 2	Lebensbereich 1
16:00 bis 24:00	Lebensbereich 1	Lebensbereich 1

Tab. 7 Zeitschienen der Zuordnung der Leistungen nach Lebensbereichen Quelle: Bremauer 2009

Eine Ausnahme stellt der Bereich des betreuten Wohnens dar. Hier werden alle Leistungen dem Lebensbereich 1 zugeordnet.

Innerhalb der beschriebenen Lebensbereiche kann eine Zuordnung zu 6 unterschiedlichen Leistungsbereichen erfolgen.

Es handelt sich dabei um die Bereiche:

- Übergreifende persönliche Ziele (inkl. Koordination)
- Selbstversorgung/ Wohnen
- Arbeit/Beschäftigung/ Tagesstruktur
- Freizeit/ Persönliche Interessen/ Teilhabe am gesellschaftlichem Leben
- Grundpflege (SGB IX Wert und behinderungsbedingter Mehraufwand)
- freier Leistungsbereich (z.B. Nachtbetreuung im Lebensbereich 1)

Im Rahmen dieser Leistungsbereiche werden die im Punkt 12 des ITP Hessen geschätzten Zeitwerte zusammengefasst und unter Berücksichtigung von Synergieeffekten ein Gesamtwert für den jeweiligen Leistungsbereich gebildet.

Um der Problematik der Stimmigkeit einzelner geschätzter Zeitwerte Rechnung zu tragen, wird eine sogenannte „Doppelte Mittlung“ durchgeführt.

Das bedeutet, dass zunächst für den jeweilig ermittelten Gesamtzeitwert ein Mittelwert gebildet wird (Tab.8).

Die Ergebnisse der 1. Mittlung aller Leistungsbereiche werden dann addiert und einer Leistungsgruppe/- stufe zugeordnet.

Es gibt 7 Leistungsgruppen und 2 Leistungsstufen (Tab.9).

„Der Mittelwert der jeweiligen Leistungsgruppe ist dann der Bezugspunkt für die Höhe der vereinbarten Vergütung“ (Bremauer 2009, S. 39).

Der Bogen zur Zeiteinschätzung (ZE) Anlage 4, dient für diese Verfahrensweise als Hilfsmittel und ermöglicht eine übersichtliche zusammenfassende Darstellung der Ermittlung der Leistungsgruppe/-stufen.

Zuordnungsstufen der tatsächlich geplanten Minuten	von Minimumwert	bis Maximumwert	Mittelwert
1. Zuordnungsstufe	0	7	0
2. Zuordnungsstufe	8	11	10
3. Zuordnungsstufe	12	16	14
4. Zuordnungsstufe	17	23	20
5. Zuordnungsstufe	24	33	28
6. Zuordnungsstufe	34	47	40
7. Zuordnungsstufe	48	67	57
8. Zuordnungsstufe	68	95	80
9. Zuordnungsstufe	96	135	113
10. Zuordnungsstufe	136	190	160
11. Zuordnungsstufe	191	269	226
12. Zuordnungsstufe	270	380	320
13. Zuordnungsstufe	381	538	452
14. Zuordnungsstufe	539	761	640
15. Zuordnungsstufe	762	1076	905

Tab. 8 Darstellung der Zuordnungsstufen für die 1. Mittlung Quelle: IBRP Bogen ZE

Darstellung	von- bis	mittlerer Zeitwert
Leistungsgruppe/- stufe	geplante Minuten pro Woche	geplante Minuten pro Woche
unter 8 Minuten pro Woche		keine Leistungen
Leistungsstufe U1	8 - 95	ist- Wert des Klienten
Leistungsgruppe 1	96 - 135	113
Leistungsgruppe 2	136 - 190	160
Leistungsgruppe 3	191 - 269	226
Leistungsgruppe 4	270 - 380	320
Leistungsgruppe 5	381 - 538	452
Leistungsgruppe 6	539 - 761	640
Leistungsgruppe 7	762 - 1076	905
Leistungsstufe 7+	über 1076	ist- Wert des Klienten

Tab 9 Leistungsgruppen/- stufen 2. Mittlung Quelle: IBRP Bogen ZE

Durch die Lenkungsgruppe des Projektes wurden Verfahrensregelungen für die Zeiteinschätzung, Finanzierung und Steuerung vereinbart, die einer einheitlichen Umsetzung des Projektes dienen sollen.

4.6 Verfahrensablauf und Steuerung

In Hessen liegt im Bereich der Eingliederungshilfe die Zuständigkeit für die Einzelfallbearbeitung als auch die bezüglich der Angebotsstruktur beim überörtlichen Träger der Sozialhilfe (vg. Tab. 5).

Das heißt der Landeswohlfahrtsverband Hessen (LWV Hessen) ist im Prozess der Einzelfallbearbeitung „Herr des Verfahrens“.

Nach Auskunft des LWV gestaltet sich das Verfahren wie folgt:

Die Eingliederungshilfe suchende Person wendet sich entweder an einen Leistungserbringer oder an den LWV als Leistungsträger. (der LWV erhält davon Kenntnis durch den Eingang des ITP oder des Sozialhilfeantrages).

Für den weiteren Ablauf ergeben sich 2 Varianten.

1. Variante

Sofern sich der Betroffene zunächst an einen Leistungsträger wendet, so bestimmt dieser gemeinsam mit dem Menschen mit Behinderung eine koordinierende Bezugsperson. Diese füllt dann gemeinsam mit der nachfragenden Person die ITP Hessen¹ aus und lässt diese von dem Nachfragenden unterzeichnen.

Diese wird im Anschluss dem LWV übersandt.

Die Eingliederungshilfe suchende Person wird auf die Notwendigkeit einer Antragstellung beim Leistungsträger hingewiesen.

Der Leistungsträger prüft dann die Voraussetzungen nach § 53 SGB XII hinsichtlich

- seiner Zuständigkeit,
- des Vorliegens des Personenkreises der Menschen mit wesentlichen Behinderungen und des Leitsyndroms sowie
- die wirtschaftliche Bedürftigkeit.

¹ Zu der ITP Hessen gehört auch immer der Bogen zur Zeiteinschätzung, auf dessen Grundlage später die Vergütung ermittelt wird. Dieses Verfahren wird hier nicht weiter beleuchtet

In Bezug auf die Hilfeplanung hat der Leistungsträger die ITP auf seine Schlüssigkeit zu prüfen und möglicherweise weitere Sachaufklärung zu veranlassen. Zu seinen Aufgaben gehört es ebenfalls Abstimmungen mit möglicherweise anderen vorrangig zuständigen Leistungsträgern zu treffen.

Sofern ein Anspruch auf Leistungen der Eingliederungshilfe zumindest dem Grunde nach vorliegt, wird der Vorgang in die Hilfeplankonferenz (HPK) eingebracht.

Im Rahmen der HPK ist der LWV federführend. Er lädt also alle beteiligten Personen zu der Sitzung ein und hat den Vorsitz in der HPK.

Die HPK erarbeitet unter Berücksichtigung der vorliegenden ITP eine Empfehlung für das weitere Vorgehen bezüglich der Unterstützung des Menschen mit Behinderung. Dies kann auf Wunsch des Nachfragenden auch anonym geschehen. Unter Berücksichtigung dieser Empfehlung und der vorhergehenden Prüfungen erlässt der LWV Hessen einen Bescheid über die Leistung und deren Umfang.

2. Variante

Die zweite Variante unterscheidet sich nur dadurch, dass sich der Betroffene sofort an den LWV wendet.

Sofern der Antragsteller es wünscht, ist der LWV verpflichtet die ITP gemeinsam mit der nachfragenden Person in eigener Zuständigkeit auszufüllen. Sie fließt dann ebenfalls in die HPK und das Verfahren läuft wie beschrieben.

In der Praxis ist jedoch davon auszugehen, dass dies in geringerer Anzahl der Fall ist.

5. Evaluation

5.2 Problembenennung

5.1.1 Ausgangssituation

In Rahmen eines ersten Praxistests sollte der ITP unter wissenschaftlicher Begleitung auf seine Anwendungstauglichkeit geprüft werden.

Die Teilnehmer des Einführungsprojekts wurden im Vorfeld geschult und es stand ein Internetforum für den Informationsaustausch zur Verfügung.

In diesem Forum wurden auch alle Materialien für den IHP Hessen, sein Kurzmanual und die ICF-Kurzfassung eingestellt. Die Verfügbarkeit der relevanten Materialien für alle Teilnehmer an der Erprobung wurde damit kontinuierlich sichergestellt.

Die Erprobung wurde durch Frau Prof. Dr. Gromann sowie zwei Studentinnen und einen Studenten des Masterstudiengangs Soziale Arbeit Gemeindepsychiatrie der Hochschule Fulda wissenschaftlich begleitet.

Auftraggeber war der Landeswohlfahrtsverband Hessen (LWV Hessen) als zuständiger Leistungsträger des SGB XII für Menschen mit Behinderung.

Ausgehend von den erhobenen Daten im Praxistest soll im Rahmen dieser Untersuchung, unter Berücksichtigung der zwischenzeitlich am Instrument vorgenommenen Änderungen und der Auswertung einer erneuten quantitativen Befragung, einer ergänzenden Fragestellung nachgegangen werden.

5.1.2 Erkenntnistheoretischer Zugang

In Hinsicht auf die zu untersuchende Problemlage ist festzustellen, dass hier beabsichtigt ist, den Hilfebedarf von Menschen mit Behinderungen anhand von verschiedenen einzelnen Gesichtspunkten zu bestimmen.

Erkenntnistheoretisch möchte ich mich daher auf die Induktion beziehen.

Schon Sokrates ging davon aus, dass Wissen ein Begriff vom Allgemeinen ist und dieses anhand von Einzelfällen durch Vergleich gewonnen wird.

Auch heute kann man unter Induktion das Aufsteigen vom Besonderen zum Allgemeinen verstehen (vgl. Phillex).

Nach Hume gibt es zwar keine logische Rechtfertigung für die Induktion, sie ist für ihn aber ein notwendiger Bestandteil der empirischen Wissenschaften und des Alltagslebens.

Folgt man Popper, so wäre allerdings die Bestätigung einer Hypothese nicht unbedingt als Beweis ihrer universellen Gültigkeit anzusehen, während eine Verneinung zwangsläufig zur Verwerfung der Hypothese führen muss.

Aber auch wenn man Popper in seiner Kritik an der Induktion nicht umfassend folgt, so sollte zumindest sein Grundsatz, Methoden zu verwenden, die selbst strenger Kritik standhalten, bei der Verwendung der Induktionstheorie Beachtung finden (vgl. Bauberger, 2005).

Da ein weiterer Kritikpunkt an der Induktion darin besteht, dass sie nicht alle Fälle berücksichtigen kann und so möglicherweise einige nicht berücksichtigte Fälle der Verallgemeinerung entgegenstehen (vgl. Phillex), sollte man sich im Klaren darüber sein, dass es immer Fallkonstellationen geben wird, die von der gefundenen Verallgemeinerung abweichen.

5.1.3 Hypothesenbildung und Forschungsfragen

„Die Hypothese stellt eine klärende Idee in Form einer Aussage dar, die nicht das Resultat der Forschung, sondern deren Voraussetzung ist“ (vgl. Atteslander 2006, S.22).

Hypothesen müssen sich dabei nicht unbedingt auf einzelne Fragen beziehen, sondern können auch Fragenkomplexe betrachten (vgl. ebd.).

Es werden folgende Hypothesen aufgestellt:

- Das Zurechtkommen mit dem ITP hat sich auch nach der „Eingewöhnungsphase nicht verändert
- Die Einschätzung der Eignung des Instrumentes zur Teilhabeplanung für alle Menschen mit wesentlichen Behinderungen hat sich seit der Erst-Befragung nicht verändert
- Das Instrument unterstützt eine personenzentrierte Hilfeplanung

Darüber hinaus soll überprüft werden, ob der im Manual dargestellte Grundsatz, dass der ITP als eine Art „Leitfaden zu verstehen ist und die Mitarbeiter daher die Systematik der Bögen gut kennen müssen, in der Praxis verwirklicht wird.

Es ergeben sich somit folgende Forschungsfragen:

- Hat sich das „Zurechtkommen mit dem Planungsinstrument durch die damit befassten MitarbeiterInnen der Leistungserbringer sowie der Leistungsträger verbessert?
- Eignet sich das Instrument zur Teilhabeplanung für alle Menschen mit wesentlichen Behinderungen i. S. der Verordnung zu § 53 SGB XII (Eingliederungshilfeverordnung)?
- Wird das Instrument den Anforderungen einer personenzentrierten Hilfeplanung gerecht?
- Wird der ITP auch unter Praxisbedingungen seinem Charakter als „Leitfaden“ gerecht.

5.2 Gegenstandsbenennung

Im Rahmen der Gegenstandsbenennung sind hier Gegenstandsbereich und Feldzugang zu benennen.

An der Erprobung sollten Träger teilnehmen, die mit den Zielgruppen der Menschen mit psychischen Erkrankungen, der geistig und körperlich n Menschen sowie der Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen arbeiten und bereits Erfahrung mit wissenschaftlich begleiteten Projekten haben.

Für die erste Erprobung wurde mit EVIM Wiesbaden (Evangelischer Verein Innere Mission) und JJ BEWO Sucht (Suchthilfeverbund Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.) ein Leistungserbringer gewonnen, der mit den Zielgruppen Menschen mit geistiger, körperlicher und seelischer Behinderung (einschließlich Suchtproblematik/JJ BEWO Sucht) arbeitet, der außerdem Hilfen zur Teilhabe am Arbeitsleben anbietet und über Erfahrungen mit wissenschaftlich begleiteten Projekten verfügt.

Außerdem wurde der Landeswohlfahrtsverband Hessen (LWV) als Leistungsträger in die Erprobungsphase einbezogen.

Dieser ist nach dem Hessischen Ausführungsgesetz zum Zwölften Buch Sozialgesetzbuch (HAG/SGB XII) der **überörtlicher Träger der Sozialhilfe** und trägt somit die Kostenverantwortung.

Im Rahmen der Hilfeplankonferenzen ist der LWV federführend. Insofern werden durch ihn die ITP in Hinsicht auf ihre Plausibilität geprüft.

Sowohl beim Träger EVIM/ JJ als auch beim LWV bestehen Erfahrungen in der Arbeit mit dem IBRP oder dem H.B.M.W. Verfahren (Metzler Verfahren).

Der Feldzugang wurde im Abstimmung mit der „Steuerungsgruppe Erprobung ITP Hessen in Wiesbaden“ über die Hochschule Fulda sichergestellt.

5.3 Datenerhebung

Nach Friedrichs ist eine gute Kenntnis aller Methoden unabdingbar, „denn keine ist universell anwendbar“ (Friedrichs 1990, S 189).

„Das Urteil über die Angemessenheit einer Methode für ein Forschungsproblem kann daher nur auf der Vertrautheit“ mit deren Möglichkeiten aber auch Nachteilen beruhen (ebd.).

Im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung des Praxistests erfolgte eine erste Datenerhebung mittels einer quantitativen Befragung, einer qualitativen Gruppendiskussion sowie der stichprobenartigen Auswertung jedes 5. ITPs.

Die quantitative Erhebung brachte den Vorteil, dass die vom Interviewer räumlich weit entfernten Teilnehmer im Rahmen einer Totalerhebung kostengünstig befragt werden konnten und dass der Interviewer keinen Einfluss auf die Antworten nehmen konnte.

Nachteilig könnte sich dabei laut Friedrich auswirken, dass keine direkten Erläuterungen der Fragen möglich sind (vgl. Friedrich 1990, S.236 ff). Dieser Nachteil wird jedoch dadurch abgemildert, dass es sich bei den Befragten quasi um Experten in der Sache handelt, die in der Lage sein müssten, die geforderten Einschätzungen auch ohne umfassende Erläuterungen abgeben zu können.

Im Rahmen der qualitativen Befragung war es hingegen möglich, bei Verständnisproblemen und Unklarheiten gezielt nachfragen zu können.

Als nachteilig ist hier einzuschätzen, dass es sich um einen gezielt ausgesuchten relativ kleinen Personenkreis handelte, der nicht unbedingt für die Grundgesamtheit repräsentativ sein muss.

Die Dokumentenauswertung bot die Möglichkeit zu prüfen, ob und in wie weit die Intensionen des ITP in der Praxis umgesetzt werden.

Auch hier kann sich kein vollständiges Bild zeigen, da einzelne Punkte zu wenig Daten lieferten, bzw. durch die Anonymisierung Informationen nicht mehr zur Verfügung standen.

Die aus der quantitativen Befragung gewonnenen Daten¹ fließen ebenso wie die neu erhobenen Daten in die weitere Betrachtung ein.

Die quantitative Befragung erfolgte als Vollerhebung, mittels eines stark strukturierten Fragebogens (Anlage 5).

Dieser war so aufgebaut, dass die zu überprüfenden Kriterien in einer 5-stufigen Ratingskala von - trifft voll zu- bis – trifft überhaupt nicht zu- zu bewerten waren.

Als 6. Auswahlmöglichkeit bestand teilweise die Möglichkeit die Frage mit „weiß nicht“ zu bewerten.

Der Fragebogen für EVIM/ JJ umfasste 51 Items(6 offene Fragen) und für den LWV 26 Items (6 offene Fragen).

Der Bogen für den LWV weniger Items enthielt weniger Items, da die MitarbeiterInnen des LWV diese Bögen nicht selbst ausfüllen, sondern lediglich auf Plausibilität prüfen und als Information für eine mögliche Weiterbewilligung nutzen.

Zusätzlich enthielt dieser Fragebogen Items, die in Bezug auf die Nachvollziehbarkeit der durch die Leistungserbringer auszufüllenden ITPs enthielten.

Insgesamt wurden die Bögen jedoch so angelegt, dass die Antworten zu inhaltlichen Fragen vergleichbar sind.

¹ Die Erhebung der Daten erfolgte unter Beteiligung des Autors

Die Befragung bezog sich dabei auf nachfolgende Themenkomplexe:

- Akzeptanz des Planungsinstrumentes
- Handhabbarkeit des Planungsinstrumentes
- Anwendbarkeit für den gesamten Personenkreis der Menschen mit wesentlichen Behinderungen
- Wünsche bezüglich Änderungen, Ergänzungen oder Klarstellungen
- Nachvollziehbarkeit der im ITP getroffenen Aussagen (nur LWV)

Die erneute Befragung der vorher genannten Leistungserbringer sowie des LWV wurde mit einem leicht veränderten Fragebogen (Anlage 6) durchgeführt, der sich auf die durch die Erstevaluation geänderten ITP-Bögen bezog.

Der Schwerpunkt der zweiten Befragung sollte auf der Eignung des Instrumentes für eine personenzentrierte Teilhabeplanung liegen.

Insgesamt ist jedoch der Bogen der Folgebefragung so aufgebaut, dass in den relevanten Bereichen ein Vergleich zur Vorbefragung möglich ist.

Den Teilnehmern wurde die Möglichkeit gegeben über ein sog. Kontrollfeld zu signalisieren, ob sie bereits an der Vorbefragung teilgenommen haben.

Die Entscheidung für eine quantitative Befragung erfolgte vor allem aus zeitlichen Gründen und in der Absicht einer erneuten Gesamterhebung durchzuführen.

5.4 Auswertung und Ergebnisse

5.4.1 Erst-Befragung September 2008

Im Bereich EVIM/ JJ BEWO Sucht waren 160 MitarbeiterInnen zu befragen.

Der Rücklauf betrug 48 Bögen, das entspricht 30%.

Beim Landeswohlfahrtsverband sollten 12 Mitarbeiter befragt werden.

Der Rücklauf betrug hier 11 Bögen, das entspricht 91,6 %.

Im Ergebnis der 1. quantitativen Untersuchung war zusammenfassend festzustellen, dass der ITP überwiegend Zustimmung bei den befragten MitarbeiterInnen fand.

Es zeigten sich jedoch Unterschiede in der Akzeptanz zwischen den unterschiedlichen Befragungsgruppen.

Hier war zu erkennen, dass die Akzeptanz seitens der MitarbeiterInnen von EVIM/JJ höher zu bewerten ist als beim LWV.

Auch im Rahmen des Komplexes „Zurechtkommen“ zeigte sich dieses Bild.

Die im Rahmen der Gruppendiskussion häufig kritisierte „Kompliziertheit des Ausfüllens“ veranlasste dabei zu folgender weiteren Hypothese:

„Das Zurechtkommen mit dem ITP wird durch seine technische Handhabbarkeit mitbestimmt“.

Ein Vergleich der Antworten zu den Aussagen „Insgesamt komme ich mit dem ITP inzwischen ganz gut zurecht“ und „Insgesamt gestaltet sich das Ausfüllen des Bogens unkompliziert“ bestätigte die aufgestellte Hypothese.

In Bezug auf die Anwendbarkeit des Instrumentes für den gesamten Personenkreis der Menschen mit wesentlichen Behinderungen konnte festgestellt werden, dass eine Eignung des Instrumentes gegeben ist.

In beiden Gruppen wurde die Eignung überwiegend mit 2 oder 3 bewertet.

Bei der Auswertung der offenen Fragestellungen wurde eine Kritik an der technischen Handhabbarkeit deutlich. Insbesondere wurden das Druckformat und die Schriftgröße bemängelt.

Auffällig war zu dem, dass die offenen Fragen häufig dazu genutzt wurden Fragen zu stellen oder auf zu klärende Sachverhalte aufmerksam zu machen.

Das Ausfüllen des ITP wurde oft als zeitaufwändig angegeben. Allerdings gab es auch MitarbeiterInnen, die feststellten, dass sie das im Manual empfohlene Vorgehen, eine Art Mischform anwandten: sie schrieben vorab auf, was sie schon wussten, ergänzten dann im Gespräch mit dem Klienten Angaben und füllten anschließend aus dem Gedächtnis weiter aus, um erst den fertigen Bogen wieder mit Klienten abschließend zu besprechen.

Die Untersuchung des Antwortverhaltens der MitarbeiterInnen des LWV in Bezug auf die Nachvollziehbarkeit“ zeigte, dass die Befragten die im ITP getroffenen Einschätzungen nachvollziehen können.

Die entsprechenden Items wurden im Durchschnitt zu 80% mit 2 oder 3 bewertet.

Insgesamt konnte eingeschätzt werden, dass der Praxistest größtenteils erfolgreich verlaufen ist, wobei sich die Beteiligten beider Gruppen mehr Unterstützung gewünscht hätte.

5.4.2 Folge-Befragung Juni 2009

5.4.2.1 Grundsätzliche Problematik

Ausgehend von den Daten der ersten quantitativen Untersuchung soll nunmehr den neu aufgeworfenen Fragestellungen nachgegangen werden.

Im Bereich EVIM/ JJ BEWO Sucht wurden erneut 160 MitarbeiterInnen im Rahmen einer 2. Totalerhebung befragt.

Der Rücklauf betrug 36 Bögen, das entspricht 22,5%.

In 6 Bögen war die überwiegende Anzahl der für die Untersuchung relevanten Fragen nicht beantwortet worden, so dass diese nicht mit in die Auswertung einbezogen worden sind.

Insofern gingen nur die Antworten von 18,75 % der Befragten in die weiteren Betrachtungen ein.

Von den 30 in die Auswertung einbezogenen Rückantworten haben bereits 18 MitarbeiterInnen an der ersten Befragung teilgenommen.

Bezogen auf die Grundgesamtheit von 160 MitarbeiterInnen haben somit 15% der Befragten an beiden Befragungen teilgenommen.

Beim Landeswohlfahrtsverband betrug die Grundgesamtheit 12 MitarbeiterInnen, die alle erneut befragt wurden.

Der Rücklauf betrug hier 8 Bögen, das entspricht 66,6% der Befragten, die bereits alle an der 1. Befragung teilgenommen hatten.

Hier konnten alle Fragebögen in die Auswertung einbezogen werden.

Die Datenerhebung (Rangdaten) erfolgte über einen Fragebogen mit einer 5-stufigen Ratingskala. Die teilweise verwendete 6. Stufe (weiß nicht) diente zur Information und wurde nicht in die direkte Datenauswertung einbezogen.

Eine Ratingskala dient dazu, rangbasierte Aussagen zu erfassen. Streng genommen handelt es sich dabei um eine ordinale Skala, da der Abstand zwischen den einzelnen Bewertungsschritten nicht als exakt gleich groß betrachtet werden kann.

Es ist es jedoch üblich, diese Skalen als Intervallskalen anzusehen, was die Berechnung von Durchschnittswerten erlaubt.

Hinsichtlich der Testung der erhobenen Daten ist festzustellen, dass diese sich aufgrund ihres Charakters (Rangdaten über Ratingskala erhoben) nur sehr eingeschränkt durch statistische Verfahren überprüfen lassen.

Nach Friedrichs wäre hier höchstens ein Mediantest oder eine Testung nach Kolomogroff-Smirnoff möglich (vgl. Friedrichs 1990, S.99).

Unter Berücksichtigung dieser Gesichtspunkte und der relativ geringen Anzahl der Rückantworten ist beabsichtigt, auf eine Berechnung zu verzichten.

Der Vergleich soll vorrangig über Mittelwerte und Rangfolgen erfolgen.

5.4.2.2 Datenauswertungen

Vor einer detaillierten Datenauswertung in Bezug auf die aufgestellten Hypothesen erfolgte zunächst eine Testung der relevanten Fragen auf Normalverteilung.

Anwendung fand das Testverfahren nach Kolomogroff-Smirnoff.

Im Ergebnis ist festzustellen, dass der Großteil der getesteten Daten keiner Normalverteilung folgt.

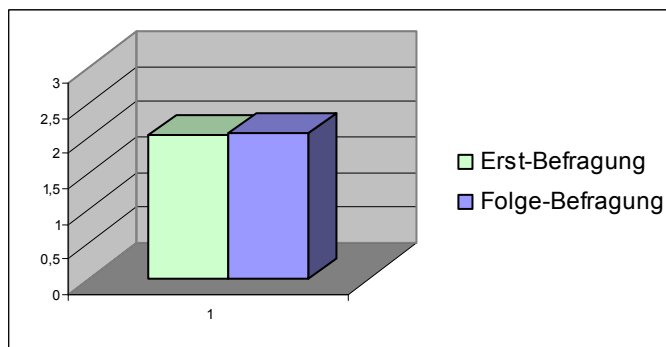
Insofern wird von weiteren statistischen Berechnungen endgültig abgesehen und eine Auswertung über Mittelwertvergleiche und Rangfolgen vorgenommen.

Die Ergebnisse der Auswertung lassen für die erste Hypothese:

„Das Zurechtkommen mit dem ITP hat sich nach der „Eingewöhnungsphase nicht verändert“

kann in Bezug auf EVIM und JJ als bestätigt angesehen werden.

Der Vergleich der Mittelwerte erbringt einen kaum sichtbaren Unterschied, der Median ist in beiden Fällen gleich.



„Insgesamt komme ich mit dem ITP inzwischen ganz gut zurecht“

1 trifft voll zu
5 trifft überhaupt nicht zu

MW Erst-Befragung 2,04

MW Folge-Befragung 2,07

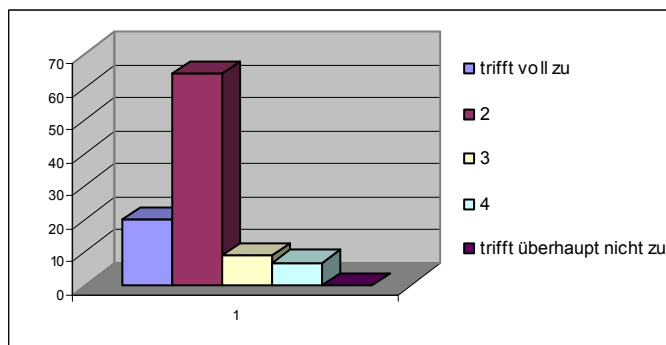
Abb. 7 Mittelwert „Zurechtkommen“ EVIM/JJ

Betrachtet man jedoch die einzelnen Wertungsränge (Abb. 8 u. 9) so ist festzustellen, dass im Rahmen der ersten Befragung 84% der Befragten die Aussage „Insgesamt komme ich mit dem ITP inzwischen ganz gut zurecht“ mit **1** (trifft voll zu) oder **2** beantworteten während 9% sich für eine Bewertung mit **3** entschieden.

Im Rahmen der 2. Befragung verringerte sich der Anteil derer, die eine Wertung mit **1** oder **2** abgaben auf 79% während der Anteil der Bewertung mit **3** auf 18% stieg.

Eine Bewertung mit **4** erfolgte im Rahmen der 1. Befragung durch 7% der Befragten während im Rahmen der 2. Befragung nur noch 3% diese Wertung abgaben.

Es zeigt sich eine deutliche Verschiebung zur Mitte.

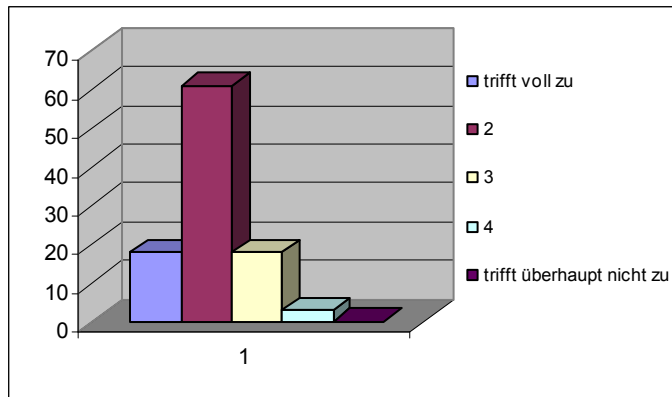


Insgesamt komme ich mit dem ITP inzwischen ganz gut zurecht

Wertung 1 u. 2 84 %

Wertung 3 9 %

Abb. 8 Prozentränge „Zurechtkommen“ Erst-Befragung EVIM/JJ



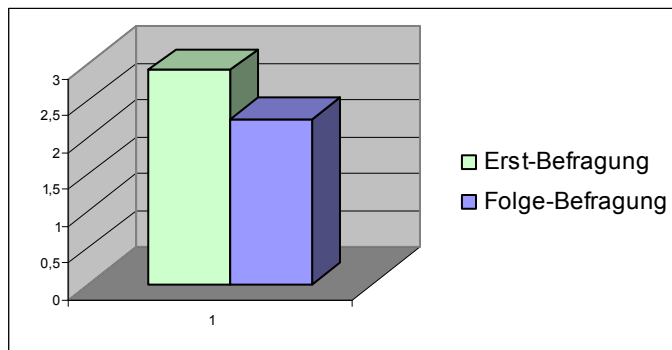
„Insgesamt komme ich mit dem ITP inzwischen ganz gut zurecht“

Wertung 1 u.2 79%
 Wertung 3 18%

Abb. 9 Prozenträge „Zurechtkommen“ Folge-Befragung EVIM/JJ

Für den Bereich des LWV ist die Hypothese abzulehnen.

Der Mittelwertvergleich zeigt hier eine positive Veränderung.



„Insgesamt komme ich mit dem ITP inzwischen ganz gut zurecht“

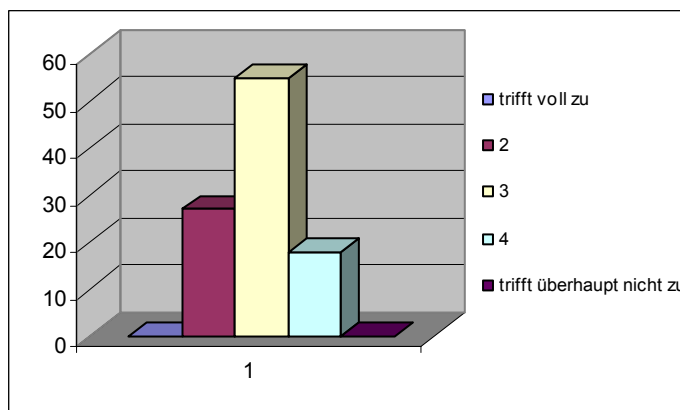
1 trifft voll zu
 5 trifft überhaupt nicht zu

MW Erst-Befragung 2,91
 MW Folge-Befragung 2,25

Abb.10 Mittelwert „Zurechtkommen“ LWV

In den Wertungsrängen (Abb. 11 u. 12) ist festzustellen, dass im Rahmen der ersten Befragung 82% eine Wertung mit 2 oder 3 vornahmen (eine Wertung mit 1 wurde nicht vorgenommen).

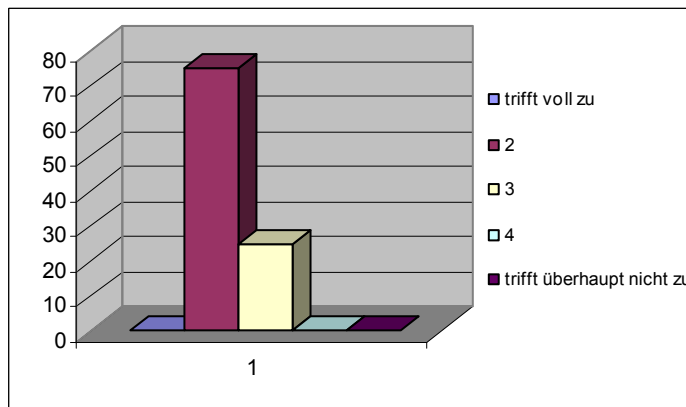
In der 2. Befragung wurde durch 100% der Befragten diese Wertung vergeben, wobei der größte Zuwachs im Bereich der Wertung 2 zu verzeichnen ist.



„Insgesamt komme ich mit dem ITP inzwischen ganz gut zurecht“

Wertung 2 u. 3 82%

Abb. 11 Prozenträge „Zurechtkommen“ Erst-Befragung LWV



„Insgesamt komme ich mit dem ITP inzwischen ganz gut zurecht“

Wertung 2 u. 3 100%

Abb. 12 Prozenträge „Zurechtkommen“ Folge-Befragung LWV

In Bezug auf die 2. Hypothese ist zu prüfen, ob sich die Einschätzung der MitarbeiterInnen in Hinsicht auf die Geeignetheit des Instrumentes zur Teilhabeplanung für den gesamten Personenkreis der Menschen mit wesentlichen Behinderungen seit der 1. Befragung verändert hat.

Die Hypothese ist abzulehnen, wenn eine Änderung der Einschätzung erfolgt ist.

Die Auswertung der Daten für den Bereich EVIM/JJ spricht dafür, dass die gestellte Hypothese abzulehnen ist

Bereits ein Vergleich der Mittelwerte (Abb. 13) zeigt, dass die Bewertung der Eignung des Erhebungsinstrumentes für die verschiedenen Zielgruppen sich leicht in positive Richtung verschoben hat.

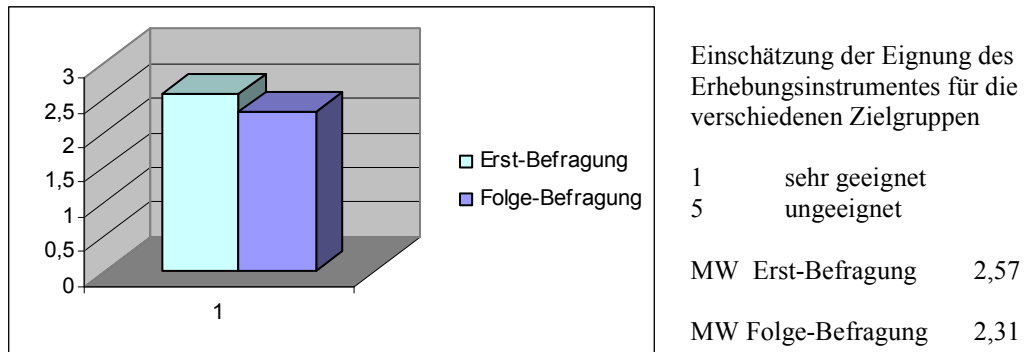


Abb. 13 Mittelwert „Eignung“ EVIM/JJ

Auch ein Vergleich der Prozenträge (Abb. 14 u. 15) macht deutlich, dass eine Verschiebung des mittleren Wertes (3) in Richtung (1) sehr geeignet und (2) stattgefunden hat.

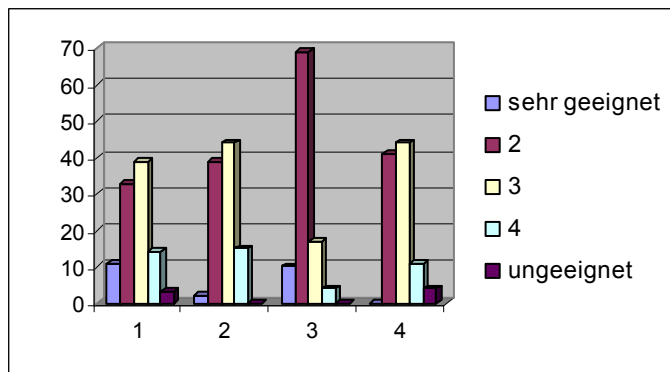
Eine Ausnahme stellt dabei die Bewertung der Eignung für den Personenkreis der Menschen mit wesentlichen körperlichen Behinderungen dar.

Hier ist zu verzeichnen, dass bei fast gleichgebliebenen positiven Werten eine Zunahme der Einschätzung ungeeignet zugenommen hat.

Zu beachten ist jedoch, dass nicht alle Items durch alle Befragten beantwortet worden sind.

Es entstand vielmehr der Eindruck, dass sich überwiegend die MitarbeiterInnen zu den einzelnen Personengruppen geäußert haben, die auch für diese zuständig sind.

Dies gilt für beide Befragungen und betrifft sowohl EVIM/ JJ wie auch den LWV.



Einschätzung der Eignung des Erhebungsinstrumentes für die verschiedenen Zielgruppen

- 1 Menschen mit wesentlichen geistigen Behinderungen
- 2 Menschen mit wesentlichen seelischen Behinderungen
- 3 Menschen mit wesentlichen körperlichen Behinderungen
- 4 Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen

Abb. 14 Prozenträge „Eignung“ Erst-Befragung EVIM/JJ

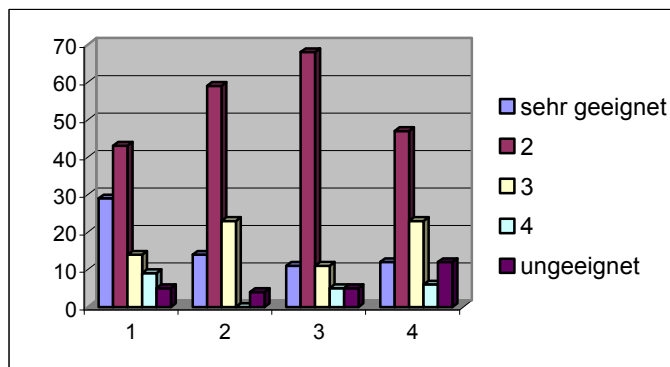


Abb. 15 Prozenträge „Eignung“ Folge-Befragung EVIM/JJ

Untersucht man das Antwortverhalten des LWV so ist zunächst festzustellen, dass dieser Komplex im Rahmen der Folgebefragung nur von wenigen Befragten bewertet worden ist.

So gaben jeweils 5 Befragte eine Wertung zu den Personenkreisen der Menschen mit wesentlichen seelischen Behinderungen bzw. mit Abhängigkeitserkrankungen ab, während sich nur jeweils 3 Befragte zum Personenkreis der Menschen mit wesentlichen geistigen bzw. körperlichen Behinderungen äußerten.

Unter diesen Gesichtspunkten lässt sich die aufgestellte Hypothese weder bestätigen noch ablehnen.

Gleichwohl kann die Betrachtung des Antwortverhaltens die durch die Leistungserbringer gemachten Aussagen stützen, wobei hier unter Beachtung des Vorgenannten, der Mittelwertvergleich genügen soll (Abb. 16).

Dieser zeigt, dass auch hier eine leichte Verschiebung der Bewertungen in eine positive Richtung erfolgt ist.

Wurde die Eignung, im Rahmen der Erst-Befragung, noch durchschnittlich mit 2,51 bewertet, so ergab die Folge-Befragung einen Durchschnittswert von 2,45

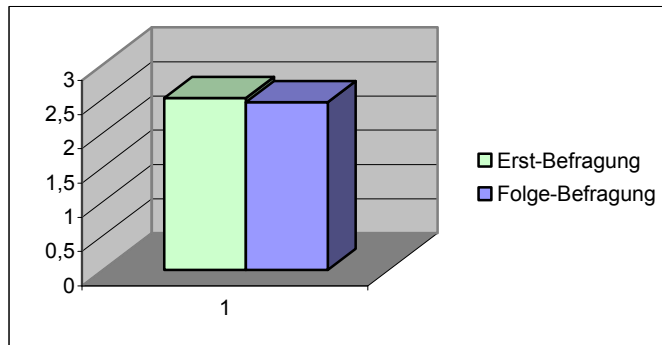


Abb. 16 Mittelwert „Eignung“ LWV

In der dritten Hypothese wird vermutet, dass der ITP Hessen eine personenzentrierte Hilfeplanung unterstützt.

Daher war entsprechend der Checkliste „Anforderung an individuelle Teilhabepläne“ (Anlage 7) zu prüfen, ob die Ergebnisse der Folge-Befragung den Anforderungen an eine individuelle Teilhabeplanung gerecht werden können.

Insbesondere wurden dabei die nachfolgenden Anforderungen betrachtet:

- Gibt es im Prozess eine individuelle Zielorientierung
- Erfolgt eine beziehungsorientierte Teilhabeplanung (dialogisch/trialogisch)
- Wird die persönliche Zukunftsplanung der Klienten unterstützt

In die Überprüfung wurden nachfolgende Items einbezogen:

- Die Darstellung einer individuellen personenbezogenen Planung ist mit den ITP gut möglich
- Es erfolgt eine dialogische/trialogische Planung
- Das Instrument unterstützt die persönliche Zukunftsplanung der Klienten

Das Ergebnis basiert überwiegend auf der Einschätzung der Leistungserbringer, wobei auch der LWV sich zu der Frage der Darstellung einer individuellen Hilfeplanung geäußert hat.

Unter den genannten Gesichtspunkten kann die Hypothese als bestätigt angesehen werden.

Der überwiegende Anteil der Befragten schätzte ein, dass die in den Items getätigten Aussagen zutreffen (Abb. 17).

So wurden die Aussagen im Durchschnitt zu 30 % mit 1 (trifft voll zu) und zu 40% mit 2 bewertet.

Auch die als Ergänzung dazu herangezogenen Items:

- Der konkrete Hilfebedarf wird mit dem ITP gut ersichtlich und
- der ITP ermöglicht passgenaue Hilfen

wurde durchschnittlich zu 17% als voll zutreffend und zu 50% mit der Wertung 2 eingestuft.

Sofern der LWV mit in die Betrachtung einbezogen worden ist, konnte hier kein wesentlicher Unterschied in den Wertungen festgestellt werden.

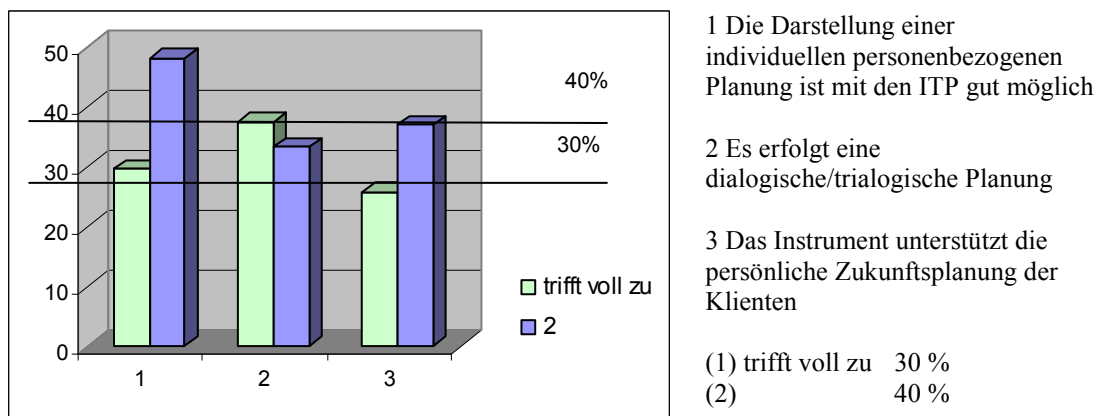


Abb. 17 Personenzentrierte Hilfeplanung

Weiterhin ist zu untersuchen, ob der im Manual zum ITP dargestellte Grundsatz des „Leitfadencharakters“ in der Praxis verwirklicht wird.

Dazu heißt es im Manual:

„In der Regel führen sie (die MitarbeiterInnen Anm. d. Autors) erst die Gespräche und füllen dann die Ergebnisse ein. Dies bedeutet, dass die Mitarbeiter die Systematik der Bögen gut kennen müssen. Der integrierte Teilhabeplan ist dabei als eine Art Gesprächsleitfaden zu verstehen“ (Gromann b 2009, S.4)

In den Fragebögen wurde dabei sowohl im Rahmen der Erst-Befragung als auch in der Folge-Befragung abgefragt, wie das Ausfüllen des ITP erfolgt.

In der Auswertung kann davon ausgegangen werden, dass diese Anforderungen zumindest teilweise erfüllt werden.

Das Ausfüllen des ITP wurde weiterhin als zeitaufwändig angegeben.

Hinsichtlich der abgefragten Zeiten, die durchschnittlich zum Ausfüllen der ITP benötigt werden, gibt es keine wesentlichen Änderungen zur Erst-Befragung.

Beim Ausfüllen der ITP werden fast ausschließlich Mischformen angewandt.

Die häufigsten Kombinationen sind dabei:

- Das Führen von ein oder mehreren kurzen Gesprächen und das anschließende Besprechen des fertigen ITP mit den Klienten,
- Das Eintragen von dem was schon bekannt ist, eine anschließende Gesprächsführung mit den Klienten und das Besprechen des fertigen ITP mit den Klienten

9 mal wurde angegeben, dass die MitarbeiterInnen den ITP schon einigermaßen im Kopf haben und fast immer gezielt die fehlenden Informationen erfragen/abstimmen konnten, wobei dies in der Mehrzahl der Fälle in Kombination mit anderen Antwortmöglichkeiten erfolgte.

Nur 2 MitarbeiterInnen gaben an, dass dies ihre überwiegende Vorgehensweise war.

Ein Ausfüllen des ITP, direkt im Beisein des Klienten, wurde in keinem Fall als alleinige Vorgehensweise beschrieben.

Abschließend ist noch festzustellen, dass unter den von den Befragten gegebenen Hinweisen (Anlage 6) 8 mal die Schriftgröße bemängelt worden ist und 3 mal der Hinweis auf fehlerhafte Formatierungen erfolgte.

5.5 Diskussion und Kritik

Die ersten beiden Hypothesen, bei denen ein Zusammenhang zwischen der „Einarbeitungszeit“ und der Bewertung der Items vermutet wurde, sind als Nullhypothesen formuliert worden.

Eine solche sagt aus, dass ein bestimmter Zusammenhang **nicht** besteht.

Diese These soll verworfen werden, so dass die Alternativhypothese als möglich (wahrscheinlich) übrig bleibt.

Die erste Hypothese sagt somit aus, dass sich das „Zurechtkommen mit dem ITP auch nach der Eingewöhnungsphase nicht verändert hat.

Die Auswertungen zeigten, dass diese Aussage zumindest im Bereich EVIM/JJ zutrifft, obwohl hier aufgrund der Eingewöhnungsphase und der in dieser Zeit durchgeführten Änderungen, eigentlich eine Verbesserung des „Zurechtkommens“ erwartet worden ist.

Betrachtet man in diesem Zusammenhang die Antworten auf die offene Frage „Welche Hinweise haben sie noch für uns“ fällt auf, dass hier häufig Kritik an der technischen Handhabbarkeit (Lesbarkeit, Formatierungen) geübt wird.

Es ist daher zu vermuten, dass die technische Handhabbarkeit sowie Fehler in den Feldern weiterhin einen Einfluss auf das Zurechtkommen haben.

Hier sollte versucht werden die Mängel möglichst umfassend zu ermitteln und Lösungsmöglichkeiten zu finden.

Entsprechend der Auswertungsergebnisse kann die Hypothese beim LWV als widerlegt betrachtet werden.

Somit besteht alternativ zumindest die Wahrscheinlichkeit, dass sich das „Zurechtkommen“ mit dem ITP verbessert haben könnte.

Zu bedenken ist hier, dass die MitarbeiterInnen des LWV den ITP in der Regel nicht selbst ausfüllen, sondern diesen in erster Linie nachvollziehen und weiter verwenden müssen.

Es ist daher zu vermuten dass die technische Handhabbarkeit einen geringeren Einfluss auf das Zurechtkommen ausübt als es bei den Befragten aus dem Bereich EVIM/JJ der Fall war.

Die zweite Hypothese sagt aus, dass die Einschätzung der Eignung des Instrumentes zur Teilhabeplanung für alle Menschen mit wesentlichen Behinderungen sich seit der Erst- Befragung nicht verändert hat.

Diese Hypothese muss verworfen werden.

Die Auswertung lässt den Schluss zu, dass alternativ mit hoher Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen werden kann, dass sich die Einschätzung der Eignung des Instrumentes seit der Erst-Befragung verbessert hat.

Dies gilt jedoch uneingeschränkt nur für die Befragung im Bereich EVIM/JJ, da die wenigen Antworten aus dem Bereich des LWV keine deutliche Aussagen zulassen.

Insgesamt entstand der Eindruck, dass die einzelnen Items nur von denjenigen beantwortet worden sind, die für den jeweiligen Personenkreis zuständig sind.

Dies sollte im Vorfeld künftiger Befragungen beachtet werden.

Die dritte Hypothese, dass der ITP eine personenzentrierte Hilfeplanung unterstützt kann als bestätigt angesehen werden, wobei dieses Ergebnis auf der Befragung der MitarbeiterInnen des Bereiches EVIM/JJ beruht.

Bei künftigen Befragungen sollte daher überlegt werden, wie der LWV, unter Berücksichtigung seiner spezifischen Arbeit mit dem ITP, in diesen Fragekomplex zweckmäßig eingebunden werden kann.

Der im Manual aufgestellte Grundsatz, dass der ITP als eine Art Leitfaden zu verstehen ist und die Mitarbeiter dessen Systematik gut kennen müssen, ließ sich nur eingeschränkt überprüfen.

Die in der Datenauswertung dargestellten Kombinationen zeigen, dass der ITP durch die Mehrheit der MitarbeiterInnen nicht als Fragebogen angesehen und vielfach so verwendet wird wie es im Manual empfohlen ist.

Um hier konkretere Aussagen treffen zu können, bedarf es einer geänderten Fragestellung bzw. einer offenen Frage.

Ebenso wie die ausgewerteten Daten müssen auch mögliche Fehlerquellen betrachtet werden um einzuschätzen welchen Einfluss sie auf die Ergebnisse haben könnten.

Als mögliche Fehlerquellen könnten angesehen werden:

- niedriger Rücklauf
- Tendenz zur Mitte
- Fälscher
- soziale Erwünschtheit

In die Auswertung konnte bei EVIM/JJ ein Rücklauf von 18,75% und beim LWV von 66,6% einbezogen werden.

Bei schriftlichen Befragungen kann davon ausgegangen werden, dass Rücklaufquoten von über 15% im Normalbereich liegen.

Die sog. Tendenz zur Mitte „die Tendenz, bei der Anwendung von Skalen eher mittlere Bereiche zu verwenden“ (Psychology48) ist ein Problem, welches bei der hier verwendeten 5-stufigen Ratingskalen (hier ist die (3) der Mittelwert) zu beachten ist. Da die Datenauswertung nach Prozenträngen überwiegend eine Mehrheit im oberen Bereich (1 und 2) zeigte kann davon ausgegangen werden, dass sich die Tendenz zur Mitte nicht gravierend auf das Ergebnis auswirkte.

Zusätzlich besteht die Gefahr, dass auch Befragte, die nicht wissen was sie antworten sollen, den Mittelwert wählen.

Zur Abminderung des letzteren wurde im Fragebogen teilweise ein 6. Item „Weiß nicht“ aufgeführt, welches jedoch durch die Befragten nur in sehr geringen Umfang und im Rahmen der hier interessierenden Fragestellungen überhaupt nicht verwendet worden ist.

In diesem Zusammenhang sind auch Fehlbewertungen durch „Fälscher“ „Personen, die aus Bequemlichkeit oder absichtlich erkennbar falsche Daten liefern,“ zu sehen. (Wacker 2001, S.2).

Zur Erkennung von Inkonsistenzen wurden im Fragebogen entsprechende Kontrollfragen positioniert.

Die Auswertung der Kontrollfragen zeigte keine diesbezüglichen Auffälligkeiten an.

Verfälschungen können auch durch die soziale Erwünschtheit auftreten.

Soziale Erwünschtheit bedeutet ein Item nicht mit der persönlich zutreffenden Antwort zu beantworten, sondern nach sozialen Normen (vgl. Methodenlehrebaukasten).

Dieser Effekt tritt insbesondere bei heiklen oder peinlichen Fragen auf und ist schwer zu erkennen. Bei dem vorliegenden Fragebogen kann davon ausgegangen werden, dass aufgrund der Charakteristik der Fragen und der Anonymität der Verzerrungseffekt gering aber nicht ausgeschlossen sein dürfte.

Insgesamt kann eingeschätzt werden, dass es mit Hilfe des verwendeten Fragebogens möglich war, die eingangs aufgestellten Hypothesen zu überprüfen.

Das dabei nur ein Teil der Items einbezogen wurde, ist in der Wahl der Hypothesen und Forschungsfragen sowie des zur Verfügung stehenden Zeitvolumens begründet.

Es ist daher zu empfehlen, die Daten für weitergehende Untersuchungen zu verwenden, wobei auch die Durchführung einer zusätzlichen qualitativen Untersuchung anzuregen ist.

Es ist davon auszugehen, dass eine Kombination verschiedener Methoden ein deutlicheres Ergebnis bringt.

6. Zusammenfassung

Anliegen dieser Arbeit war eine Auseinandersetzung mit der Thematik der Bedarfsfeststellung und Hilfeplanung in Deutschland.

Dabei sollte neben allgemeinen Betrachtungen das neueste Verfahren zur Hilfeplanung -der integrierte Teilhabeplan Hessen- näher untersucht werden.

In diese Untersuchung flossen neben den vorhandenen Materialien, wie dem Manual zum ITP und der Dokumentation zum Praxistest „Implementation Personenzentrierte Leistungssystematik“, die Ergebnisse der Evaluation eines wissenschaftlich begleiteten ersten Praxistests sowie einer Folge-Befragung ein.

Um sich dieser Thematik zu nähern wurde im ersten Abschnitt untersucht, auf welchen Grundlagen Bedarfsfeststellung und Hilfeplanung beruht.

Dazu wurden neben den gesetzlichen Grundlagen auch der Begriff des Hilfebedarfs untersucht.

Dabei zeigte sich, dass der Gesetzgeber zwar mit der Vorschrift des § 46 Abs.1 BSHG (Gesamtplanverfahren) frühzeitig eine gesetzliche Grundlage für die Hilfeplanung geschaffen hatte, die aber in der Praxis kaum Beachtung fand.

Mit der Abschaffung des Selbstkostendeckungsprinzips und der Forderung des Gesetzgebers Maßnahmepauschalen nach Gruppen von Hilfeempfängern mit vergleichbarem Hilfebedarf zu kalkulieren, waren Leistungserbringer und Leistungsträger spätestens seit 1990 gezwungen, Instrumente zur Feststellung des Hilfebedarfs zu entwickeln und anzuwenden.

Hilfebedarf lässt sich dabei als das Recht auf bedarfsgerechte Hilfeleistung definieren, wobei es einerseits um die inhaltliche Dimension und zum anderen um den Umfang der Hilfeleistung geht.

Kulig bezeichnete diese Seiten als quantitativen und qualitativen Aspekt des Hilfebedarfs.

Es muss als eine zentrale Herausforderung angesehen werden wie der Hilfebedarf von Menschen mit Behinderungen ermittelt und festgestellt werden kann.

Daher standen Verfahren zur Bedarfsfeststellung und Hilfeplanung im Abschnitt zwei im Mittelpunkt.

Das H.M.B-Verfahren und der IPRP sind fast gleichzeitig entwickelt worden.

Dabei wurde das H.M.B-Verfahren von Frau Dr. Metzler im Auftrag von 4 Fachverbänden entwickelt während der IBRP von einer Expertenkommission der Aktion Psychisch Kranke entwickelt worden ist.

Während das erste Verfahren so angelegt ist, dass der Hilfebedarf über Einbußen bei den Aktivitäten des täglichen Lebens ermittelt werden soll, ermittelt der IBRP den Bedarf durch über Zeitschätzungen für 6 verschiedene Leistungsbereiche.

Die Hilfeplanung erfolgt dabei über eine Zielfestlegung.

Während das H.M.B-Verfahren überwiegend zur Bedarfsfeststellung bei Menschen mit wesentlichen geistigen Behinderungen verwendet wird, kommt der IBRP vorrangig im Bereich der Menschen mit wesentlichen seelischen Behinderungen zur Anwendung.

Der wesentlichste Unterschied zwischen beiden Verfahren besteht darin, dass im H.M.B.-Verfahren keine Ziele festgelegt werden und es sich somit eigentlich nicht um ein Hilfeplanverfahren handelt

Zwar wurden zwischenzeitlich weitere Instrumente zur Bedarfsfeststellung und Hilfeplanung entwickelt, diese bauen jedoch im Wesentlichen auf den vorgenannten Verfahren auf.

Im Weiteren wurden im Kapitel im Rahmen einer Übersicht die in Deutschland aktuell verwendeten Verfahren und die unterschiedlichen Steuerungsvarianten in der Eingliederungshilfe dargestellt.

Hier zeigte sich, sehr unterschiedliche Verfahrensweisen, sowohl in der Bedarfsfeststellung und Hilfeplanung sowie auch in der Steuerung.

Deutlich wurde dass im Bereich der Bedarfsfeststellung das H.M.B-Verfahren zu dominieren scheint.

Im Abschnitt 3 stand das Anliegen des personenzentrierten Ansatzes im Mittelpunkt. Dabei war es interessant zu sehen, wie sich unterschiedliche Akteure zu dieser Thematik positionieren.

Zunächst war festzustellen, dass die Idee des personenzentrierten Ansatzes nicht neu ist und das bereits in der Vergangenheit in England, den USA und in Österreich, zumindest im Bereich der psychiatrischen Versorgung nach diesen Prinzipien gearbeitet worden ist.

Personenzentrierte Hilfen sollen dabei, so die zitierten Autoren, den behinderten Menschen die Hilfen ermöglichen, die sie benötigen um so leben zu können wie sie es selber möchten.

Es geht also darum, wie die Konferenz der Arbeits- und Sozialminister im November 2007 feststellte, dass der Mensch mit Behinderungen als Subjekt im Mittelpunkt steht und nicht als Objekt fürsorglichen Handelns.

Dies, so die Minister, sei eine wichtige und gesamtgesellschaftliche Aufgabe.

Im Rahmen ihrer Gesamtstrategie verabschiedeten sie 10 Grundsätze in denen sich das Leitmotiv „Selbstbestimmung ermöglichen, Teilhabe verwirklichen, Gleichstellung durchsetzen“, widerspiegelt.

Daraus folgt, dass ausgehend von den gewachsenen Strukturen auch entsprechende finanzielle und organisatorische Rahmenbedingungen geschaffen werden müssen.

Das schließt auch Verfahren zur Bedarfsfeststellung ein, für deren Akzeptanz es nach der Auffassung des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge erforderlich ist, dass die Verfahren transparent und ICF orientiert sind und ein ausreichendes Maß an Mitbestimmung ermöglichen.

Es muss möglich sein, dass Leistungsberechtigte ihren Aufenthaltsort wechseln können ohne, dass es zu wesentlichen Änderungen in der Unterstützungsleistung kommt.

Auch die BAGüS positioniert sich in dieser Richtung.

Diese Forderungen müssen dabei für den gesamten Personenkreis der Menschen mit wesentlichen Behinderungen, unabhängig von der Behinderungsart, gelten.

Daraus folgt, dass es erforderlich ist, für die Bedarfsfeststellung bzw. die Hilfeplanung ein Instrument zu nutzen, welches zum einen den Anforderungen der Personenzentrierung genügt und sich gleichermaßen für die gesamte Zielgruppe, d.h. für Menschen mit wesentlichen geistigen, körperlichen oder seelischen Behinderungen sowie für Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen eignet.

Unter diesen Gesichtspunkten sollte im Abschnitt 4 das derzeit neueste Instrument zur Bedarfs- und Hilfeplanung der integrierte Teilhabeplan (ITP Hessen) näher betrachtet werden.

Am 17.03.2008 hat die Verbandsversammlung des LVW Hessen die Weiterentwicklung der personenzentrierten Hilfen beschlossen.

Der neuentwickelte integrierte Teilhabeplan (ITP gehörte zu den Kernelementen des Konzeptes.

Dieser ist darauf ausgerichtet, die aktive Teilnahme der Leistungsberechtigten und bzw. ihrer Betreuer am Planungsprozess sicherzustellen.

Durch den Einsatz des Instrumentes soll unter Beibehaltung der Hilfeplankonferenzen

- das Selbsthilfepotential gefördert werden,
- durch standardisierte Form der Verwaltungsaufwand reduziert werden,
- eine einheitliche Finanzierungssystematik eingeführt werden.

Teilhabeplanung muss dabei 4 Ebenen umfassen, die von der individuellen Planung über die Erarbeitung von Dienstleistungen und koordinierende Vermittlung/Abstimmung bis zur Finanzierungsgrundlage reichen.

Teilhabeplanung wird dabei als zirkulärer Prozess verstanden.

Insgesamt werden im ITP in 19 Fragekomplexen die notwendigen Informationen aufgenommen und verarbeitet. Eine detaillierte Beschreibung und Anleitung dazu findet sich im Manual des ITP Hessen (Anlage 7).

Die Finanzierung der Leistungen (Maßnahmepauschale) erfolgt auf Basis einer Zeiteinschätzung.

Um diese einheitlich zu gestalten wurde vereinbart, dass alle Leistungen über den Zeitraum von 24 Stunden einem Lebensbereich zuzuordnen sind.

Das kann je nach Tageszeit und Wochentag der Lebensbereich 1 „Selbstsorge, Wohnen und Freizeit“ oder der Lebensbereich 2 „Arbeit und Tagesstruktur“ sein.

In diesen Bereichen werden Zeitwerte geschätzt.

Im weiteren Verfahren werden über eine sog. Doppelte Mittlung Zeitwerte entsprechenden Leistungsgruppen-/stufen zugeordnet und erlauben letztlich eine Verpreislichung.

Zum Verfahrensablauf ließ sich feststellen, dass in der Regel die eigentliche Hilfeplanung durch MitarbeiterInnen eines Leistungserbringers erfolgt, während der Leistungsträger die sozialhilferechtlichen Voraussetzungen (örtliche und sachliche Zuständigkeit, wirtschaftliche Bedürftigkeit) zu prüfen hat.

Unter Berücksichtigung der Empfehlung der HPK und seiner eigenen Prüfung, erlässt der LWV abschließend einen Bescheid über die Leistung und den Umfang.

Im Kapitel 5 soll letztlich der Frage nachgegangen werden, ob der ITP Hessen sich als Instrument zur Teilhabeplanung für den gesamten Personenkreis der Menschen mit wesentlichen Behinderungen eignet und vor allen, ob hier dem personenzentrierten Ansatz Rechnung getragen wird.

Ausgehend von den Ergebnissen der im Rahmen des Praxistests durchgeführten Erstbefragung sollte geprüft werden, ob es Veränderungen im Bereich des Zurechtkommens mit dem Instrument und der Eignung zur Teilhabeplanung für den gesamten Personenkreis der Menschen mit wesentlichen Behinderungen gegeben hat. Darüber hinaus war zu prüfen, ob der ITP Hessen den Anforderungen an eine personenzentrierte Hilfeplanung gerecht werden kann und ob der im Manual verankerte Leitfadencharakter sich auch in der praktischen Anwendung wiederfindet. Im Ergebnis ist festzustellen, dass die MitarbeiterInnen das Zurechtkommen überwiegend positiv bewerten wobei diese Einschätzung sich seit der Erstbefragung im Bereich der Leistungserbringer nicht verändert hat.

Die Ursachen sind hier in der immer noch vorhandenen technischen Problemen, insbesondere der zu kleinen Schrift zu sehen.

Hinsichtlich der Eignung des Instrumentes für den gesamten Personenkreis der Menschen mit wesentlichen Behinderungen kann eingeschätzt werden, dass der ITP Hessen diesem Anspruch gerecht wird. Seit der Erstbefragung hat sich die Einschätzung weiter in die positive Richtung verändert.

Der Anspruch des Instrumentes eine personenzentrierte Hilfeplanung zu unterstützen kann nach den Ergebnissen der Untersuchung ebenfalls als bestätigt angesehen werden.

Der im Manual des ITP aufgestellte Grundsatz, das der ITP als eine Art Leitfaden zu betrachten ist und die Mitarbeiter die Systematik gut kennen müssen, ließ sich hingegen nur eingeschränkt überprüfen, ließ aber erkennen, dass zumindest ein Teil der Befragten diesen Grundsatz bereits verwirklicht.

Insgesamt ist einzuschätzen, dass der ITP Hessen die an ihn gestellten Forderungen an eine personenzentrierte Hilfeplanung erfüllt und als Instrument zur Bedarfserfassung und Teilhabeplanung für alle Menschen mit wesentlichen Behinderungen geeignet ist.

Gleichwohl gibt es Mängel und Probleme, die nicht ignoriert werden dürfen.

Aus meiner Sicht ist es erforderlich, die weitere Einführung des ITP ebenfalls wissenschaftlich begleiten zu lassen und das Instrument aufgrund der gewonnenen Erfahrungen anzupassen und zu verbessern.

Eine spannende Aufgabe für die Zukunft.

Literaturverzeichnis

ASMK: Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe 84. Arbeits- und Sozialministerkonferenz 2007 am 15./16. November 2007 in Berlin TOP 4.4, im Internet URL: www.bag-integrationsfirmen.de/html/archiv/archiv-07/archiv07-01/archiv07-01-pdf/asmk-beschluss-eingliederungshilfe.pdf [Zugriff 02.06.2009]

Atteslander, Peter: Methoden der empirischen Sozialforschung. Berlin (11. Auflage) 2006

BAGÜS: Empfehlungen zum Gesamtplan nach § 46 Bundessozialhilfegesetz, Beschluss der Mitgliederversammlung vom 18. November 1999 in Hamburg Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, im Internet URL <http://lwl.org/spur-download/bag/gesamtplan.pdf> [Zugriff 08.04.2009]

BAGÜS: Vorstellung der BAGÜS zur Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe unter fachlichen und finanziellen Aspekten 2007 im Internet URL:http://www.lwl.org/spur-download/bag/i10_07an.pdf [Zugriff 06.06.2009]

Bauberger,Stefan: Induktion, Verifikation, Falsifikation. Wissenschaftstheorie, Hochschule für Philosophie, 2005,im Internet URL:<http://bauberger.net/texte/sose05/PraesentationWissenschaftstheorie2.pdf> [Zugriff15.10.2007]

Bremauer Ralf: Praxistest Implementation personenzentrierte Leistungssystematik Sozialwirtschaftliche Beratung Bremauer, Im Bungertle 7 72766 Reutlingen 2009 im Internet URL: http://www.lagwohnen.de/~upload/documents/560_bericht_praxistest_sowi_bremauer.pdf [Zugriff 06.05.2009]

Diehl, Harald: Die individuelle Teilhabeplanung in Rheinland-Pfalz. Vortrag im Rahmen der Tagung: „Instrumente der Bedarfsermittlung und Hilfeplanung in der Eingliederungshilfe“ 2./3. April 2008 in Berlin. Diehl, im Internet URL: <http://www.deutscher-verein.de/03-events/2008/gruppe4/pdf/09%20Diehl.pdf> [Zugriff 18.04.2009]

Dobslaw, Gudrun: das Persönliche Budget und seine Umsetzung, Hochschule Fulda Vortrag vom 25. /26.04.08

Gitschmann Dr., Peter: Perspektiven der Eingliederungshilfe aus Sicht der Leistungsträger, Vortrag im Rahmen des Werkstatttages 2009 der LAG WfbM Schleswig- Holstein, 28.04.2009 in Lübeck, Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, im Internet URL http://www.lwl.org/spur-download/bag/gitschmann_28042009.pdf [Zugriff 25.05.2009]

Friedrichs, Jürgen: Methoden der empirischen Sozialforschung. Opladen (14. Auflage) 1990

Gromann, Petra: Experteninterview mit Frau Gromann November 2000 durch GPV München Süd, im Internet URL: www.lrz-muenchen.de/~psychiatrie/themen/bfo/tel_ints/ti_groma.htm [Zugriff 04.04.2009]

Gromann, Petra: Der personenzentrierte Ansatz: von einem instituts- zu einem personenzentrierten psychiatrischen Hilfesystem, FH Fulda 2002, im Internet URL: www.ibrp-online.de [Zugriff: 04.03.2009]

Kauder, Volker: Aktion Psychisch Kranke (Hrsg.) (2004): Personenzentrierte Hilfen in der psychiatrischen Versorgung. Kurzfassung des Berichtes zum Forschungsprojekt des BMG „Personalbemessung im komplementären Bereich der psychiatrischen Versorgung“. Bonn.

Kronenberger, Gerd: Hilfeplanung in der Eingliederungshilfe- bisherige Entwicklung und Perspektiven, Landeswohlfahrtsverband Hessen, im Internet URL: http://www.lwv-hessen.de/webcom/show_article.php/_c-502/_nr-1/i.html [Zugriff: 26.02.2009]

Kröger, Heidemarie: Reader Fallmanagement Eingliederungshilfe, Methoden der Hilfebedarfsfeststellung Sozialpädagogisches Fortbildungsinstitut Berlin-Brandenburg (SFBB) im Internet URL: <http://sfbb.berlin-brandenburg.de/sixcms/media.php/bb2.c.537621.de> [Zugriff: 26.02.2009]

Kruckernberg, Peter: Mit der Kraft aus den Widersprüchen arbeiten, in Soziale Psychiatrie 4/2004 S.39

Kulig, Wolfram: Quantitative Erfassung des Hilfebedarfs von Menschen mit Behinderung, Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades der Philosophie, Philosophische Fakultät der Martin-Luther Universität Halle Wittenberg, Fachbereich Erziehungswissenschaften, Institut für Rehabilitationspädagogik, 2006 im Internet URL: <http://sundoc.bibliothek.uni-halle.de/diss-online/06/07H054/prom.pdf> [Zugriff 02.03.2009]

Kunze, Heinrich: Personenzentrierte Betreuung in einem integrierten Hilfesystem. In: Rössler, Wulf (Hrsg.): Psychiatrische Rehabilitation. Berlin 2004 Heidelberg, S.659-696.

Kunze Heinrich: Die Idee des personenzentrierten Ansatzes in Schmidt-Zadel, Regina, Kunze Heinrich (Hrsg.) Die Zukunft hat begonnen. Personenzentrierte Hilfen –Erfahrungen und Perspektiven, 1. Auflage, Aktion Psychisch Kranke 2003

Münder, Johannes; Armbrost, Christian; Berlit, Uwe u.a.: Sozialgesetzbuch XII; Sozialhilfe, Lehr- und Praxiskommentar, 7. Auflage, Nomos Verlagsgesellschaft Baden-Baden, 2005

Nomos Kommentar: Bundessozialhilfegesetz Lehr- und Praxiskommentar
4. Auflage Nomos Verlagsgesellschaft mbH & Co. Kommanditgesellschaft, Baden-
Baden 1994

Phillex: (Lexikon der Philosophie), im Internet URL: www.phillex.de: [Zugriff
14.05.2009]

psychology48: Psychologielexikon im Internet URL:
<http://www.psychology48.com/deu/d/zentraltendenz/zentraltendenz.htm>

Schädler, Johannes: in Theunissen, Georg, Kulig, Wolfram, Schierbort Kerstin
(Hrsg.) Handlexikon Geistige Behinderung, Schlüsselbegriffe aus der Heil- und
Sonderpädagogik, Sozialen Arbeit, Medizin, Psychologie, Soziologie und
Sozialpolitik, Kohlhammer 2007

Schmitt-Schäfer, Büch, Eva-Maria: Wohnhilfen im Wandel, Analyse zur
Entwicklung der Eingliederungshilfe nach SGB XII zum selbstbestimmten Wohnen
2002 – 2006, Landschaftsverband Rheinland 2009

SGB XII: Sozialhilfe Textausgabe mit ausführlichem Sachregister Deutscher
Taschenbuchverlag 2004

Schulmeister, Rolf: Methodenlehre- Baukasten (MLBK), Hamburg 2007

Schwarte, Norbert: Personenzentrierung als Herausforderung für neue
Planungsansätze im Hilfesystem für Menschen mit geistiger Behinderung,
im Internet URL: [http://www.uni-
siegen.de/zpe/veranstaltungen/fruehere/europkonferenz3/
vortrag_norbert_schwarte.pdf](http://www.uni-siegen.de/zpe/veranstaltungen/fruehere/europkonferenz3/vortrag_norbert_schwarte.pdf) [Zugriff 24.05.2009]

Theunissen, Georg, Plaute, Wolfgang: Empowerment und Heilpädagogik, Ein Lehrbuch, Lambertus 1995

Werner, Burkhard in Brandenburg, Hermann (Hrsg.): Kooperation und Kommunikation in der Pflege, Ein praktischer Ratgeber, Katholische Fachhochschule Freiburg

Wacker, Alois: Das wichtigste in Kürze, Ausfälle, Ausschöpfungsquote, Rücklaufquote und Rücklaufkontrolle, im Internet URL: www.sozpsy.uni-hannover.de/Stepp/basistexte/ausfaelle.pdf [Zugriff 06.07.2009]

Unveröffentlichte Quellen:

Deutscher Verein: Diskussionsgrundlage des Deutschen Vereins für die Gestaltung von Instrumenten zur Bedarfsfeststellung und zur Hilfeplanung in der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen, Entwurfspapier 2009 Anlage 7

Gromann, Petra a: Individuelle und integrierte Teilhabeplanung -eine Unterstützung von selbstbestimmter Teilhabe und regionaler Entwicklung auch im Bereich der Hilfen für Menschen mit sogenannten geistigen Behinderungen, Material zum Fachgespräch „Von der Hilfeplanung zur Teilhabeplanung“ am 03.04.2009 in Kassel Anlage 7

Gromann, Petra b: Manual ITP Hessen 2009 Anlage 7

Metzler, Heidrun: Hinweise zum Verständnis des Fragebogens zum Hilfebedarf
(H.M.B.W./Version 5/2001) Anlage 1

Schönhut-Keil Evelyn: im Vorwort zum Projektbericht des Teilprojektes
Implementierung des personenbezogenen Ansatzes Leistungsfinanzierung 2007
Anlage 7

Verzeichnis der Anlagen (auf beigefügter CD)

- Anlage 1 **H.M.B.-Verfahren**
Hinweise zum Fragebogen
Fragebogen Hilfebedarf
Auswertungsraster
- Anlage 2 **IBRP**
Anamnesebogen
Bogen A: Formular IBRP
Bogen B: Beschreibung der gegenwärtigen und/oder der angestrebten
Wohnform
Bogen C: Derzeitige Tätigkeiten/ Tagesgestaltung
Bogen D2. Eingetretene Veränderungen
Bogen H: Personalbemessungsbogen
- Anlage 3 **Bögen LSA**
Erhebungsbogen zur Bildung von Gruppen für Leistungsberechtigte
(Anlage L RV LSA)
Erhebungsbogen zur Bildung von Gruppen für Leistungsberechtigte
mit seelischen Behinderungen (Anlage M RV LSA)
- Anlage 4 **ITP Hessen**
Formular ITP Hessen
Ergänzungsbögen A und B: Vorgeschichte
Bogen ZE: Zeiteinschätzung
- Anlage 5 **Fragebögen Erst-Befragung**
Fragebogen EVIM/JJ
Fragebogen LWV
Grundausswertung 1 EVIM/JJ
Grundausswertung 1 LWV
- Anlage 6 **Folge-Befragung**
Fragebogen Folge-Befragung EVIM/JJ
Fragebogen Folge-BefragungLWV
Grundausswertung 2 EVIM/JJ
Grundausswertung 2 LWV

Anlage 7 unveröffentlichte Literatur
Deutscher Verein Diskussionsgrundlage
Checkliste nach Gromann
Vortrag vom 03.04.2009
Manual ITP Hessen
Schönhut-Keil Vorwort