



11. KONGRESS DER JG-GRUPPE

DOKUMENTATION



BONN, 25.–26. NOVEMBER 2016

Impressum

Herausgeber: Josefs-Gesellschaft gGmbH

Redaktion: Nina Louis

Konzeption & Realisation: Maya Hässig, Jeannette Corneille // siebenzwoplus, Köln

Fotos: Nina Louis (S. 3–59, 69), Melanie Zettler (S. 61), Mike Roller (S. 63),

Michaela Maria Esser (S. 67), Tom Schilling (S. 77), Dieter Kollmeyer (S. 73),

seraph / photocase.de (S. 78)

Druck: Berufsbildungswerk im Josefsheim, Bigge

Köln 2016

Einleitung

„Teilhabe behinderter Menschen ist ein Menschenrecht, kein Akt der Fürsorge“, schreibt der Landschaftsverband Rheinland in seinem „Handbuch Individuelle Hilfeplanung IHP 3.1“ im September 2015. Und weiter: „Es hat sich als zentrale Aufgabe herausgestellt, das im Denkansatz der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderung und der ICF verankerte Verständnis von Behinderung abzubilden und als Grundlage aller Planung zu nehmen. Das Recht auf Selbstbestimmung wird durch die UN-Konvention entscheidend gestärkt und erfordert ein konsequentes Umdenken in der Gestaltung von Angeboten und Unterstützungsleistungen für Menschen mit Behinderungen.“

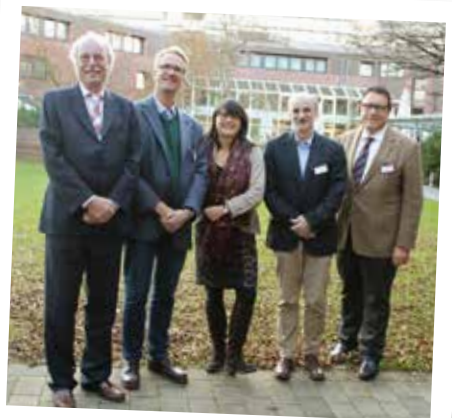
Die Leistungserbringung bedarfsgerecht und ressourcenorientiert zu steuern, wird die Wirtschaftlichkeit der JG-Gruppe weiter verbessern. Die ICF als Grundlage aller Planung nehmen, ein konsequentes Umdenken in der Gestaltung unserer Angebote und Leistungen angehen – das sind Ziele unseres Jahresprojekts „ICF.2016“ in der Josefs-Gesellschaft.

Intelligent steuern, weil die ICF individuelle Interessen und Möglichkeiten verbinden kann.

Chancen sehen, weil kein Aspekt vergessen wird.

Freiheit gestalten, weil die Teilhabe des Einzelnen im Mittelpunkt steht – und seine persönliche Entscheidung über sein Leben.

V. l. n. r.: JG-Geschäftsführer Manfred Schulte, Prof. Dr. Matthias Morfeld (Hochschule Magdeburg Stendal), Prof. Dr. Petra Gromann (Hochschule Fulda), Dr. Dieter Schartmann (Landschaftsverband Rheinland), JG-Geschäftsführer Dr. Theodor-Michael Lucas



ICF. 2016

Inhalt

Begrüßung	5
Dr. Theodor-Michael Lucas	
Einführung ins Thema	8
Manfred Schulte	
ICF zwischen Ganzheitstraum und Klassifizierungsgefahren – eine ethisch-theologische Wegsuche	12
Prof. Dr. Hanns-Stephan Haas	
ICF-gestützte Bedarfserhebung nach dem IHP 3.1	18
Dr. Dieter Schartmann	
Mit System für mehr Wirksamkeit: Intelligent steuern mit der ICF	24
Prof. Dr. Petra Gromann	
Sprechen, messen und planen auf Basis des Bio-psycho-sozialen Modells: Das kann die ICF (nicht)!	30
Prof. Dr. Matthias Morfeld	
Keine Macht den Barrieren! Freiheit gestalten mit der ICF	36
Nils Wöbke	
Von der Angst vor der eigenen Courage zum Mut zur Veränderung	42
Dr. Jens Borgelt	
Wirtschaftlich und am Puls der Zeit: die ICF als Antwort auf aktuelle Herausforderungen	48
Prof. Dr. Christian Bernzen	
ICF-Projekte der JG-Einrichtungen	54
Ausblick	78
Dr. Theodor-Michael Lucas	

Begrüßung

Dr. Theodor-Michael Lucas

Josefs-Gesellschaft gGmbH, Köln

Sprecher der Geschäftsführung

Liebe Kongressteilnehmerinnen!

Liebe Kongressteilnehmer!

Intelligent steuern. Chancen sehen. Freiheit gestalten. Das alles ist „ICF.2016“ – das Motto unseres 11. JG-Kongresses.

Mit der ICF-Klassifizierung und der damit für die JG-Gruppe wichtigen ICF-orientierten Teilhabeplanung greifen wir ein neues Leitkonzept eines zukunftsweisen den Steuerungsinstruments von Sozialunternehmen in der Behindertenhilfe auf. Die Grundidee überzeugt sofort. Auf Basis einer klaren und eindeutigen Klassifizierung steuern wir die Leistungserbringung personenzentriert, bedarfsgerecht und ressourcenorientiert. Dabei ist natürlich klar, dass die Leistungen mit SMARTen Zielen geplant und ganz präzise umgesetzt werden. Die Menschen mit Behinderung, die Leistungsträger und wir als Anbieter sozialer Leistungen einigen uns in einem harmonischen Hilfeplanverfahren, das am bio-psycho-sozialen Bedarf ausgerichtet ist, auf die Ziele, die für alle Beteiligten den höchsten Wohlfahrtskoeffizienten erreichen – soweit die Theorie. Blenden wir diese Idee der



ICF-basierten Teilhabeplanung nun auf die Praxis über, dann werden wir, wie bei einem Segeltörn, feststellen, dass es neben unterstützendem Wind auch Gegenwind und unerwartete Windböen, Untiefen und andere Hindernisse geben kann, über die wir uns im Klaren sein müssen.

Wenn wir also die positiven Hauptwirkungen der ICF-basierten Leistungsplanung, nämlich

- // die Personenzentrierung und damit die konsequente Ausrichtung an den Zielen des Leistungnehmers,
- // die an eindeutigen Klassifizierungskriterien orientierte Steuerung zwischen Leistungsträgern, Leistungnehmer und Sozialunternehmen und
- // die ressourcenorientierte Steuerung

für die Josefs-Gesellschaft nutzen möchten, dann darf man nicht vergessen, die möglichen Unwägbarkeiten – wie auf einem Segeltörn – mit ins Kalkül zu ziehen. Auch bei einer noch so gut angelegten ICF-basierten Leistungsplanung kann eben am Ende des Tages nur das gemessen werden, was auch messbar ist. Hier ergeben sich möglicherweise Inkongruenzen zu den geplanten, SMART formulierten Zielen. Daneben existiert gerade in der Sozialen Arbeit auch das Potenzial aus gerade nicht vorhersehbaren und damit auch nicht planbaren Situationen, gewünschte Ziele und Wirkungen zu erreichen. Es bestehen auch Klassifizierungsgefahren, die Zugänge zu Leistungen erschweren können oder die möglicherweise eine Einzigartigkeit nicht angemessen abbilden. Wenn wir also das Potenzial einer ICF-basierten Leistungsplanung nutzen wollen, um personenzentriert mit SMARTEN Zielen zu planen, um Ressourcen passgenau zu verteilen, um die gute Arbeit unserer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter anhand der Zielerreichung sichtbar zu machen, um ein höheres Maß an Transparenz sowohl für den Leistungnehmer als auch für den Leistungsträger zu schaffen, dann müssen wir uns an unseren Leitlinien in der Josefs-Gesellschaft „Im Mittelpunkt der Mensch“ orientieren. ICF-basierte Leistungsplanung muss in erster Linie dem Menschen nützen, die Vorteile müssen für den Leistungnehmer wahrnehmbar, erfahrbar und im Idealfall auch noch eindeutig messbar sein.

Wenn wir uns die vom Gesetzgeber intendierten Zielvorstellungen des Bundesteilhabegesetzes, insbesondere im Hinblick auf die erwartete finanzielle Entlastung und die erzielbaren Effizienz-Renditen, die z. B. in der Gegenäußerung der Bundesregierung zur Stellungnahme des Bundesrats vom 23. September 2016 veröffentlicht worden sind, ansehen, dann besteht zumindest das ernsthafte Risiko, dass die intendierten Ziele von Leistungsträgern, Leistungsnehmern und Leistungserbringern nur begrenzte Schnittmengen aufweisen werden. Liest man die oben zitierte Stellungnahme, so drängt sich der Eindruck auf, dass die Politik auch ganz eindeutig finanzielle Entlastungsziele für die Haushalte erreichen möchte, während der Leistungsnehmer seine persönlichen Entwicklungsziele in den Fokus seiner Betrachtung stellen wird. Auch wir als sozialer Dienstleister werden die Wirksamkeit einer ICF-basierten Steuerung unter anderem mit den Kriterien Erhalt der Organisation und Erhalt von Arbeitsplätzen messen. Es wird sich zeigen, welche Interpretationsmöglichkeiten eine klare ICF-Klassifizierung jeweils aus Sicht von Leistungsträgern, Leistungsnehmern und Leistungserbringern eröffnen kann. Es wird sich zeigen, wie dann auf Basis der ICF-Klassifizierung Steuerungseffizienzen erreicht werden können.

Dies ist eine beachtliche Aufgabe und wir freuen uns, dass wir im Rahmen dieses Kongresses durch die eingeladenen Referenten und die „ICF.2016“-Projekte der JG-Gruppe wirksame und zielorientierte Hilfe erhalten.

Ich darf Sie hierzu alle ganz herzlich begrüßen!

Vor uns liegt ein beachtliches Programm. Ich wünsche uns allen informative und hoffentlich auch wirksame Tage mit viel Rücken- und ohne allzu viel Gegenwind, die uns helfen werden, unseren Weg der ICF-basierten Teilhabeplanung konsequent zu gehen. Ich freue mich im Rahmen unseres 11. JG-Kongresses auf interessante Vorträge, anregende Gespräche und intensive Diskussionen.

Einführung ins Thema

Manfred Schulte

Josefs-Gesellschaft gGmbH, Köln

Geschäftsführer

Intelligent Steuern.

Chancen Sehen.

Freiheit Gestalten.

„Teilhabe behinderter Menschen ist ein Menschenrecht, kein Akt der Fürsorge“, betont der Landschaftsverband Rheinland (LVR), und schreibt weiter in seinem Handbuch zur Hilfe- und Teilhabeplanung:

„Es hat sich als zentrale Aufgabe herausgestellt, das im Denkansatz der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderung und in der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit (ICF) verankerte Verständnis von Behinderung abzubilden und als Grundlage aller Planung zu nehmen. Das Recht auf Selbstbestimmung wird durch die UN-Konvention entscheidend gestärkt und erfordert ein konsequentes Umdenken in der Gestaltung von Angeboten und Unterstützungsleistungen für Menschen mit Behinderungen.“

Also:

UN-Behindertenrechtskonvention und ICF dienen als Grundlage aller Planung, allen konsequenten Umdenkens.

Der aktuelle Entwurf des Bundesteilhabegesetzes (BTHG) verlangt für die Bedarfsfeststellung ein Instrumentarium, das sich an der ICF orientiert, an Aktivität und Teilhabe in den neun Lebensbereichen oder Domänen der ICF. Sie reichen von Selbstversorgung über Mobilität, Lernen, Arbeit und Bildung bis zum staatsbürgerlichen Leben.

Personenzentrierung und Selbstbestimmung als Ziele – das schafft ein Problem: Wenn Leistungen personenzentriert sind, sind sie individuell zu gestalten. Für individuell zu gestaltende Leistungen jedoch ist die sozialrechtliche Normierung schwierig. Umso wichtiger sind klare Organisation und Verfahren; das Bundesverfassungsgericht spricht hier sogar von einem „Grundrecht auf Organisation“ und einem „Grundrecht auf Verfahren“. „Legitimation durch Verfahren“, schrieb der Sozialwissenschaftler Niklas Luhmann schon 1969.

Seit Langem setzen wir uns in der Josefs-Gesellschaft für die Nutzung der ICF ein. Denn unser Menschenbild und unsere grundlegende Überzeugung sind: Der Mensch ist nicht auf sich allein gestellt. Der Mensch ist in erster Linie *Mit*-Mensch, in jeder Hinsicht – biologisch, psychisch und sozial. Ja, er wird erst zum Menschen als Mitmensch, in der Gemeinschaft mit anderen. Die moderne Neurobiologie und Neuropsychologie bestätigen diese alte und zutiefst christliche Denkweise empirisch. Das Verbindungsgeflecht der Nervenzellen im Gehirn – mit seiner Komplexität die entscheidende Voraussetzung für hoch organisierte Denkleistungen – entwickelt sich beim Menschen im Unterschied zu allen anderen Lebewesen erst nach der Geburt, in direkter Abhängigkeit von äußeren Reizen, vor allem von Erfahrungen mit anderen Menschen. Systemisch ausgedrückt: Menschliches Wachstum ist niemals solitär zu denken, sondern immer bezogene Individuation. Prof. Schulz-Nieswand, Redner auf vielen JG-Kongressen sagte: „Person-Sein ist immer gelingende Dialogizität.“ Es stehe zur Frage, „ob unsere heutigen Formen der Hilfe für Menschen mit Behinderung geeignet sind, diese Personalisierungsmöglichkeiten zu bieten.“



Ohne Achtsamkeit für Unterschiede ist die Anschauung von Vielfalt als Normalität ein gesellschaftlicher Brei, in dem alles drin ist, aber nichts erkennbar. Die Gefahr liegt in der Leugnung und Wegdefinition der Unterschiede, vielfach erprobt im Rahmen von vorgeblich politisch korrekter Sprache. Und praktisch in der Einschränkung von Hilfen namens Inklusion.

Der Bundespräsident hatte Unrecht: Es ist nicht normal, verschieden zu sein. Es ist nicht normal zu leiden – und sei es „nur“ unter Barrieren. Behinderung, und das heißt oft behindert werden, bedeutet vielfach Leiden. Die Frage ist nicht: Bist du behindert? Die Frage ist: Was behindert dich? Es geht um Unterschiede, die einen Unterschied machen. Das bedeutet logisch gesprochen: es sind Unterschiede, die eine neue Kategorie bilden. Es ist eine andere Qualität, Rollstuhlfahrer zu sein – als eben nicht; ein Schädel-Hirn-Trauma erlebt zu haben – oder eben nicht. Theodor W. Adorno sagte: Leiden gibt zu denken. Wer Leiden dagegen „normalisiert“, ignoriert es. „Und beschütze uns vor der Normalisierung ...“, betitelte Caspar Söling schon 2004 einen Vortrag in Münster.

Unterschiede beachten, achtsam sein: hier greift die ICF. Sie beschreibt den Menschen in drei Dimensionen als „Mit-Menschen“:

- // biologisch – wo nach den Körper-Strukturen und physiologischen Funktionen gefragt wird,
- // psychisch – bei der Darstellung der mentalen und Sinnesfunktionen und
- // sozial – bei der Untersuchung der Wechselwirkungen zwischen dem Umfeld und der Person.

„Intelligent steuern“ heißt: den besten Wirkungsgrad erzielen. „Chancen sehen“ heißt: den Blick weiten und die Umwelt nutzen. „Freiheit gestalten“ heißt: alle Möglichkeiten der Person einer Prüfung unterziehen.

Die Projekte, die wir in diesem Jahr in allen Einrichtungen der Josefs-Gesellschaft durchgeführt haben, zeigen, wie die ICF funktioniert: Mit einer speziellen, sorgsam zusammengestellten ICF-Liste passgenau für jeden den richtigen Arbeitsplatz in

der Werkstatt finden (Benediktushof Maria Veen); mit Kindern und Jugendlichen ihre Welt gestalten, eine runde Kugel ohne Barrieren (Vinzenzheim Aachen); die komplexen Notwendigkeiten in der Dokumentation für alle praxistauglich und verständlich machen (Rhöndorf). Arbeitsschritte zu optimieren, war Thema in vielen Einrichtungen. Heute Nachmittag werden wir mehr dazu hören.

Was haben wir darüber hinaus getan? Wir haben ein Schulungsprogramm entwickelt, differenziert nach den Aufgaben, die einzelne Mitarbeitergruppen haben. Alle Einrichtungen sind einbezogen und in allen Einrichtungen haben Fortbildungsveranstaltungen stattgefunden. Alle Case Manager sind geschult, fast alle von ihnen können nunmehr die ICF anwenden; von Mitarbeitern der Zentrale wurden ca. 70 Mitarbeiter geschult, in den Einrichtungen viele darüber hinaus.

Auch alle Geschäftsführer haben sich fortgebildet. Eine JG-Standardliste ist erarbeitet bzw. die alte wurde überarbeitet; regionale THPs, ITPs, Metzlerverfahren usw. wurden „übersetzt“. Die entsprechende Systematik ist erstellt. Ein Handbuch oder Glossar ist in Arbeit. QM-Prozesse wurden z. T. neu geschrieben, Teilhabe-Management-Standards, Organigramme weiterentwickelt.

Ich bin überzeugt, dass wir in der Josefs-Gesellschaft viele gute Projekte, Ansätze, Umsätze und Ideen haben. Eine weitere könnte sein: „Menschen mit Behinderung sind nicht als ‚Träger‘ eines persönlichen Defizits anzusehen, sondern dabei zu unterstützen, die ihnen bei der gleichberechtigten Teilhabe am Leben in der Gesellschaft im Wege stehenden Barrieren zu überwinden“, schrieb der LVR.

Barrieren finden sich in der Welt, sie finden sich aber auch in den Köpfen. Wir alle erleben in diesen Zeiten, wie bedeutsam es ist, Barrieren transparent, besprechbar und damit veränderbar zu machen.

ICF zwischen Ganzheitstraum und Klassifizierungsgefahren – eine ethisch-theologische Wegsuche

Prof. Dr. Hanns-Stephan Haas

Evangelische Stiftung Alsterdorf, Hamburg

Prof. Dr. Hanns-Stephan Haas strukturiert seinen Vortrag anhand sechs generalistischer Thesen im Kontext einer ethisch-theologischen Betrachtung der ICF. Zu Beginn nimmt er einen Exkurs in die griechische Mythologie vor. Er referiert hierbei auf Äskulap, den griechischen Gott der Heilkunst, und dessen Töchter Hygieia und Panakeia. Beide Töchter waren für Gesundheit zuständig, jedoch auf Basis eines differierenden Verständnisses. Für Hygieia war Gesundheit die natürliche Ordnung der Dinge, weshalb Gesundheit über Mäßigung und vernünftiges Verhalten zu erreichen wäre. Panakeia hingegen war eine heilende Gottheit. Dieser Exkurs dient der Verdeutlichung, dass Begriffe wie „Gesundheit“ oder „Behinderung“ umstritten sind. Gleiches gilt für den Umgang mit diesen Begriffen. Krankheit kann demnach wahlweise als Folge falscher Lebensführung oder als Defekt verstanden werden, den man mit der richtigen Medizin beheben kann. Behinderung kann als Variante menschlicher Normalität oder aber als Abweichung davon verstanden werden. Haas verdeutlicht mit diesem Einstieg, dass wir uns im Verständnis

Wegen eines Piloten-Streiks konnte Prof. Dr. Hanns-Stephan Haas nicht, wie geplant, persönlich anreisen. Dennoch war er im Saal präsent – zugeschaltet über Skype.



wesentlicher menschlicher Phänomene und im Umgang mit ihnen nicht im Feld eines allgemein gesicherten Wissens bewegen, sondern im Bereich mehr oder weniger überzeugender Mythen. Mythen sind hierbei jedoch keine harmlosen Geschichten, sondern können einen entscheidenden Betrachtungsunterschied implizieren. Diese Betrachtung findet sich Haas zufolge heutzutage im Sozialen Konstruktivismus. Sprachliche Äußerungen sind keine Wirklichkeitsbeschreibung, sondern bestenfalls Verständigungsversuche. Sie bilden die Basis menschlicher Handlungsfähigkeit.

1. Die ICF ist ein soziales Konstrukt und keine objektive Beschreibung einer objektiven Wirklichkeit. Soziale Konstrukte unterliegen nicht der Beurteilungsalternative „richtig oder falsch“, sondern der Frage, ob sie „angemessen oder unangemessen“ sind. Sie erweisen sich dann als angemessen, wenn sie Verständigung und Handlungsfähigkeit ermöglichen, und zwar in einer guten Weise.

Mit der ICF bewegen wir uns also nicht in einem Bereich reiner Fakten und Wahrheiten, sondern im notwendigen Feld von Verständigung. Sprache lebt im Sinne des Konstruktivismus von Unterschieden, die Unterschiede machen. Dieses Phänomen gilt ebenso für den Begriff der „Behinderung“. Verwiesen sei hierbei auf die Arbeiten des Historikers Hans-Walther Schmuhl zur Begriffsgeschichte des Wortes „Behinderung“. Die Tatsache, dass es lange Zeit eine Vielzahl von Begriffen beim gleichzeitigen Fehlen einer umfassenden Beschreibung gab, führte dazu, dass Menschen mit Behinderung nicht als eine Gruppe wahrgenommen wurden. Erst nach dem Ende der Weimarer Republik, als die Wirtschaftskrise die Aufmerksamkeit auf ungenutzte Produktivitätsreserven lenkte, trat der Begriff der Behinderung seinen Siegeszug hinein in die Sozialgesetzgebung an. Relevant ist, ob die ICF mit einer angemessenen Sprache und mit angemessenen Kategorien auf das Phänomen operiert, das wir mit dem Wort „Behinderung“ belegen. Entscheidend für die Beantwortung dieser Frage ist in einem zweiten Schritt, dass über den angemessenen Sprachgebrauch die passenden Unterscheidungen und die daraus getroffenen praktischen Folgen entscheiden.

2. Entscheidend für Verständigung und Handlungsfähigkeit ist die Perspektive der Menschen mit Behinderung. („In der Mitte der Mensch.“) Normierend für eine Caritas- oder Diakonie-Einrichtung sind das christliche Menschenbild (Gottebenbildlichkeit und unverlierbare Würde des Menschen) und die Leitvorstellung einer gerechten, inklusiven Gesellschaft. Jede individuelle Klassifikation und Handlungsanleitung hat demgegenüber nur eine begrenzte Reichweite.

Im Kontext eines christlichen Unternehmens kann die ICF nie eine Norm sein. Normativ sind einzig die Grundpfeiler eines christlichen Menschenbilds, anhand derer Klassifikationssysteme im Allgemeinen und die ICF im Speziellen bewertet werden müssen. Die ICF kann also nie mehr als ein Erkenntnis- oder Arbeitswerkzeug sein. Haas erwähnt in diesem Zusammenhang den Philosophen Peter Sloterdijk, demzufolge im Christentum nicht der Vergleich des Menschen mit anderen Menschen (horizontal), sondern die Beziehung von Gott und Mensch (vertikal) maßgeblich ist. Aus dieser Perspektive der Beziehung von Gott und Mensch relativieren sich die Unterschiede zwischen Menschen. Intelligenz, Einschränkungen, Stärke, Hautfarbe, Geschlecht oder Alter verlieren so zumindest als Bewertung an Relevanz. Die Unterschiedlichkeit des Menschen verliert damit keineswegs ihre Bedeutung, sie bleibt Ausdruck der von Gott gewollten Vielfalt. Durch diese Wahrnehmung rückt der Mensch in die Mitte. In Konsequenz bedeutet dies, dass die Angemessenheit der Behinderungsdefinition eines Klassifikationssystems in der Definitionsmacht des Menschen mit Behinderung selbst liegt. Dabei sind drei Grundvorstellungen des christlichen Menschenbilds inhaltlich entscheidend: Der Mensch als Geschöpf Gottes, als Sünder und als Erlöser. Ersteres hat seine Korrespondenz in der unverlierbaren Würde des Menschen, unabhängig von unseren jeweiligen Eigenschaften. Der Begriff des „Sünder“ verdeutlicht die Tatsache, dass man in der biblischen Vorstellung um die Gebrochenheit des Menschen und seine Entfremdung weiß. Das christliche Menschenbild ist also nicht idealisiert. Die Vorstellung der Erlösung zeigt zudem die Entwicklungsrichtung auf. In einem christlichen Menschenbild weiß man, dass der Mensch nicht nur am Anfang als Geschöpf von Gott gewollt ist, sondern auch von ihm aufgenommen wird. An die Stelle von Seinsbeschreibungen treten somit bestimmende Relationen. Wichtig ist so z. B. nicht die

unterschiedliche Vernunftbegabung eines Menschen, sondern dass er von Gott geliebt wird. Entsprechend muss der Mensch sich diese Würde auch nicht durch ein bestimmtes Verhalten verdienen. Menschen haben demnach ein grundlegendes Recht auf Anerkennung und Unterstützung, und genau daran muss sich ein Klassifikationssystem im Sinne des christlichen Menschenbilds messen und beurteilen lassen.

„Behinderung droht nicht nur in der Vergangenheit aus dem Humanum herausdefiniert zu werden. In einer Zeit von Körperkult und Selbstoptimierungswahn haben wir einen gesellschaftlichen Auftrag, die Würde und den Wert menschlichen Lebens jeder Gestalt und jeden Alters wachzuhalten.“ Prof. Dr. Hanns-Stephan Haas

3. Das Dilemma der Eingliederungshilfe besteht in der Spannung zwischen einem ganzheitlichen, nicht reduzierenden Verständnis von Menschen mit Behinderung und (a) der notwendigen Ermittlung des konkreten Assistenzbedarfes und (b) der sich aus ihm ergebenden Leistungsbewilligung. Die daraus resultierenden Gefahren von Unverbindlichkeit (a) und Stigmatisierung (b) sind permanent präsent.

Es ist nicht bloß sprachliche Kosmetik, wenn wir heute von Menschen mit Behinderung sprechen, da der Begriff der „Behinderten“ reduktionistisch ist. Ebenso stellt der Begriff „Mensch mit Behinderung“ ein Problem dar, da ein Attribut hinzugefügt wird, um das vermeintlich Entscheidende zu benennen. Auch diese attributive Zuschreibung reduziert den Menschen. Diese Benennung ist jedoch notwendig, damit Anerkennung und passgenaue Unterstützung wirklich stattfinden können. Dies darf jedoch nicht stigmatisieren. Es stellt sich die Frage, ob Klassifizierung ohne Stigmatisierung überhaupt möglich ist. In jedem Falle sollte man sich dieser Gefahr bewusst sein.

4. Die ICF hat ihre Anfangsprägung in einem biomedizinischen Behindertenmodell und dem Grundverständnis von Behinderung als Abweichung von der Regel. Sie hat sich als ein lernendes System erwiesen, das vor allem das soziale Modell von Behinderung aufgenommen hat und in einer ethischen Selbstverortung die Bestimmungshoheit von Menschen mit Behinderung berücksichtigt hat. Der früher bestimmende Gegensatz der Begriffe „Behinderung“ und „Funktionsfähigkeit“ ist durch eine differenzierte Wahrnehmung größtenteils ersetzt. Kritiker wenden zu Recht ein, dass in der ICF eine Normalitätskonstruktion Behinderung noch nicht erreicht ist. Demografisch gesehen macht eine Dichotomie Behinderung – Nichtbehinderung ebenso wenig Sinn wie ein Verständnis von Behinderung als Abweichung von einer quantitativ oder qualitativ bestimmbar Norm.

Gerade zu Beginn ist die ICF als Klassifikationssystem aufgrund ihrer biomedizinischen Wurzeln stark angegriffen worden. In der Kritik stehen die fehlende Akzentuierung eines sozialen Modells sowie die unvollständige Emanzipation von den historischen Wurzeln. Diese Kritik lässt sich in dieser Form jedoch nicht aufrechterhalten. Die ICF ist ein taugliches Arbeitsinstrument, dem man vor allem einen deutlichen Lernweg bescheinigen muss.

5. Die ICF hat national wie international einen „Siegesszug“ erlebt. Vor allem in der medizinischen und beruflichen Rehabilitation, Sozialmedizin und Pflege hat sie sich als Rahmenkonzept durchgesetzt. Mit rehabilitationswissenschaftlichen Kolloquien, Anwenderkonferenzen und anderen Plattformen ist die Basis für eine interdisziplinäre Weiterentwicklung der ICF gelegt. Moniert wird eine fehlende praktische Analyse und Wirkungsmessung, inwieweit die Arbeit mit der ICF Art und Umfang der Leistungen verändert hat. Die Arbeit mit der ICF bleibt ebenso begründungsbedürftig wie die Arbeit mit jedem anderen Rahmenkonzept.

Die ICF hat in ihrer Geschichte diverse Erweiterungen und Überarbeitungen erfahren. Dies macht verständlich, warum sie sich in so vielen Bereichen durchgesetzt

hat. Es gibt einen beeindruckenden internationalen Diskurs unter funktionierender Verschränkung von Praxiswissen und Theorieentwicklung. Hinzugewonnene ethische Leitlinien verdeutlichen die Definitionshoheit der Menschen mit Behinderung in diesem Prozess. Es muss geklärt werden, wie sich die ICF auf die Praxis ausgewirkt hat.

6. Jedes Konzept und seine Anwendung vollzieht sich in geistesgeschichtlichen und gesellschaftlichen Kontexten. Es gilt, die kontextuellen Ausblendungen, Herausforderungen und Chancen kritisch in die Weiterentwicklung von Theorie und Praxis einzubeziehen.

Die Gesellschaft entwickelt immer mehr Ideale eines Körperkults und eine Normierung dessen, was Menschsein ist. Dabei wird unterstellt, dass wir selbst unfähigen Einfluss darauf haben, was unser Körper leistet (Menschsein als Selbstoptimierungsaufgabe). Die Auswirkungen dieser vermeintlichen Wahrheit sind für Menschen mit Behinderung immens, da sie, wie wir es in der Zeit des Nationalsozialismus erlebt haben, im Extrem Einfluss darauf haben kann, was als lebenswert angesehen wird. Es ist aber nicht einfach nur ein vergangenes Thema, dass Behinderung aus dem Humanum herausdefiniert zu werden droht. In einer Zeit von Körperkult und Selbstoptimierungswahn haben wir einen gesellschaftlichen Auftrag, die Würde und den Wert menschlichen Lebens jeder Gestalt und jeden Alters wachzuhalten.

Zusammenfassung: Matthis Reichstein

ICF-gestützte Bedarfserhebung nach dem IHP 3.1

Dr. Dieter Schartmann

Landschaftsverband Rheinland, Köln

„Ich glaube, dass die Kommunikation zwischen Leistungsträger und Leistungsanbieter sehr wesentlich ist. Wenn wir es schaffen, ein gemeinsames Verständnis und eine gemeinsame Haltung zu unserer Arbeit zu entwickeln, dann kommt das im Endeffekt den Menschen zugute, für die wir alle da sind.“ So eröffnet Dr. Dieter Schartmann vom Landschaftsverband Rheinland (LVR) seinen Redebeitrag zum Thema „ICF aus Leistungsträgersicht“. Zum Einstieg stellt er die Aufgaben und Zuständigkeitsbereiche des LVR dar und benennt auch aktuelle Herausforderungen, wie die anstehende Gangbarmachung des Bundesteilhabegesetzes (BTHG).

Als Planungsinstrument für eine der Kernleistungen des LVR wurde der Individuelle Hilfeplan (IHP) 3.1 entwickelt. Schartmann betont, wie wichtig es gewesen sei, dabei intensiv mit verschiedenen Partnern zu kooperieren. „Es waren Anbieter von Wohnleistungen, sowohl aus dem stationären als auch dem ambulanten Bereich vertreten, sowohl für Menschen mit einer geistigen Behinderung als auch für Menschen mit einer psychischen Behinderung, es waren Vertreter der Städte und Kreise anwesend und Vertreter der Wohlfahrtsverbände, der KoKoBe und Sozialpsychiatrischen Zentren und unterschiedliche Funktionsgruppen des LVR, von der Abteilungsleitung bis zur Sachbearbeitung.“ Durch die breite Beteiligung an der Entwicklung wurde eine hohe Akzeptanz des Instruments generiert.

Da der IHP 3.1 ein Instrument ist, welches speziell für erwachsene Menschen mit Behinderung entwickelt wurde, wird derzeit ein IHP Kids erarbeitet, welcher mehr auf die Bedürfnisse und Bedarfe von Kindern und Jugendlichen zugeschnitten ist. Eine Praxisphase zur Erprobung des IHP Kids, an welcher auch das Vinzenz-Heim Aachen (eine Einrichtung der Josefs-Gesellschaft) beteiligt war, ist jetzt abgeschlossen. Die Einführung des IHP Kids in die tatsächliche Umsetzung ist für das kommende Jahr geplant.

Wichtig für das Erheben der Bedarfe der Menschen mit Behinderung ist noch einmal ein genauerer Blick auf das Begriffspaar „persönlich/personell“ und „individuell“. Diese Begriffe werden oft synonym verwendet, wobei der Begriff „Person“ aus dem Lateinischen kommt und mit „Persona“ einen Menschen mit Maske im Theater meint. „Individuell“ dagegen leitet sich aus dem Philosophiegeschichtlichen ab, wobei es darum geht, dass der Mensch ein unabhängiges, sich selbst erkennendes Wesen ist und als solches gesehen wird. Das kommt dem relativ nahe, wie der Mensch mit Behinderung im Sinne der Individuellen Hilfeplanung gesehen werden soll.

Personenzentrierung geht deutlich über das, was im SGB XII mit dem Bezug auf die „besonderen Erfordernisse im Einzelfall“ steht, hinaus. Personenzentrierung in der Individuellen Hilfeplanung lässt sich verbinden mit dem Leitsatz der Josefs-Gesellschaft: „Im Mittelpunkt der Mensch.“ Der Mensch ist derjenige, von dem die Planung ausgeht und um den sich der gesamte Planungsprozess drehen soll.

„Unerlässlich ist die Entwicklung einer Haltung, dass Menschen mit Behinderung keine Defizitwesen sind, die auf staatliche Unterstützungsleistungen angewiesen sind, sondern Menschen, die über Fähigkeiten und Kompetenzen verfügen und die eine grundsätzliche Möglichkeit zur Entwicklung haben. Diese Entwicklungspotenziale gilt es aus meiner Sicht zu entdecken und entsprechend zu fördern.“

Dr. Dieter Schartmann

Das Hilfeplaninstrument ist ein Instrument, mit dem man mit dem Menschen gegenüber ins Gespräch kommen soll. Wichtig ist dabei, auf den kommunikativen Voraussetzungen des Menschen mit Behinderung aufzubauen und mit den kommunikativen Möglichkeiten, die derzeit zur Verfügung stehen, zu interagieren. Besonders bedeutend ist, dass der IHP ein zukunftsgerichtetes Instrument ist und den Blick nicht, wie ein Entwicklungsbericht, in die Vergangenheit richtet.

Der IHP 3.1 beginnt mit einem Basisbogen. Dieser fragt die demografischen Daten ab: Name, Art der Behinderung, Vorliegen einer Schwerbehinderung, Inanspruchnahme anderer Leistungen. Sehr bedeutend im Aufbau des IHP 3.1 ist der Wille des Menschen mit Behinderung. Dieser ist Ausgangspunkt, an dem sich die gesamte Planung orientiert.

Das bedeutet zunächst, sich mit den individuellen Vorstellungen auseinanderzusetzen, wie sich der Mensch mit Behinderung seine nächsten Jahre in Bezug auf die Teilhabe am Leben der Gemeinschaft und zu Leistungen der Teilhabe am Arbeitsleben vorstellt und welche Ziele er oder sie erreichen möchte.

Die ausschließlich vom Menschen mit Behinderung zu benennenden Leitziele gliedern sich in die Bereiche:

„Wie und wo will ich wohnen?“

„Was will ich den Tag über tun oder arbeiten?“

„Wie will ich mit anderen Menschen zusammenleben?“

„Was will ich in meiner Freizeit machen?“

Im Anschluss erfolgt eine Analyse der derzeitigen Situation, um eine möglichst vollständige Beschreibung des Ist-Zustands zu erhalten. Es geht um die Fähigkeiten, gegliedert nach den Aktivitätsbereichen der ICF und der Fragestellung „Was ich ohne große Probleme machen kann“, orientiert an dem Konzept der Leistung und Leistungsfähigkeit. Im Anschluss folgt die Frage „Wer oder was mir jetzt schon hilft, so zu leben wie ich will“. Hier wird nach Kontext- und Umweltbedingungen gefragt. Weiter geht es zur Fragestellung „Was ich noch nicht so gut oder gar nicht kann“, orientiert an den Aktivitätsbereichen der ICF. Auch hier liegen das Konzept der Leistungsfähigkeit zugrunde sowie die entsprechenden Beurteilungskategorien der ICF.

Es geht weiter im Gesprächsleitfaden mit Kontext- und Umweltfaktoren: „Wer oder was mich daran hindert, so zu leben, wie ich will“, gegliedert nach den Umweltfaktoren sowie der ICF (Benennung von Barrieren und fehlenden Förderfaktoren in der Umwelt). Um die Person umfänglich in ihrem Lebensumfeld darstellen zu können, wird abschließend gefragt: „Was ist weiter wichtig, um mich und meine Situation zu

verstehen?“ Hier sind die in der ICF nicht klassifizierten, personenbezogenen Faktoren – wie bisherige Erfahrungen, Eigenschaften und Lebensweisen – zu nennen. Maßgeblich ist bei all diesen Fragestellungen grundsätzlich: Es geht zunächst um das subjektive Empfinden und die eigene Einschätzung des Menschen mit Behinderung. Erst im Anschluss daran ist, wenn notwendig und gewünscht, Raum für eine fachliche Kommentierung.

Sofern es sich um einen Folgehilfeplan handelt, schließt sich die Zielüberprüfung an. Dabei wird besprochen, was für den letzten Bewilligungszeitraum vereinbart wurde, welche Ziele erreicht wurden, welche nicht erreicht wurden, und wie es zu diesem Ergebnis gekommen ist. Wichtig ist hier eine differenzierte Betrachtung. Gerade im Rahmen des BTHG wird sehr viel von Wirkungsorientierung gesprochen. „Jedoch findet man gerade, wenn man in der Sozialen Arbeit tätig ist, sehr selten einen Ursache-Wirkungs-Algorithmus, sondern viele unterschiedliche beeinflussende Faktoren“, weiß Scharthmann. „Eine der größten Herausforderungen bei der Arbeit mit dem IHP besteht darin, Ziele so SMART zu beschreiben, dass sie wirklich für Menschen mit Behinderung nachvollziehbar sind und gleichzeitig auch uns in der Verwaltung die Möglichkeit an die Hand geben, das nachzuverfolgen, was für den nächsten Zeitraum geplant ist.“

Der letzte Bogen dient der Feststellung der notwendigen Leistungen, differenziert nach der zeitlichen Lage am Tag und in der Nacht, und welche Form der Leistung in Anspruch genommen werden soll. Darüber hinaus werden Name und Anschrift des vorgesehenen Leistungserbringers festgehalten.



Nicht erwartet wird im Umgang mit dem IHP 3.1 und der ICF, dass die Items oder die Kodierungen verwendet werden, sondern es wird erwartet, dass der Bedarf der Person im Vordergrund steht und dass die Philosophie der ICF die Grundlage der Haltung darstellt. Einen guten IHP macht aus Sicht des LVR aus, dass für das Fallmanagement ein Bild von der Person entsteht und Aspekte wie Personenzentrierung und Sozialraumorientierung erkennbar sind. Wichtig ist der durchscheinende „Geist“ in Form einer Beschreibung der Bedarfe der Person und nicht der Beschreibung der Angebote des Leistungsanbieters.

Wenn man sich mit dem IHP 3.1 auseinandersetzt, ist die ICF-Orientierung deutlich zu erkennen. Nun darf gespannt darauf gewartet werden, wie der Gesetzgeber auf die BTHG-Forderung nach einem neuen Bedarfsermittlungsinstrument reagiert.

Zusammenfassung: Nadja Körner





Mit System für mehr Wirksamkeit: Intelligent steuern mit der ICF

Prof. Dr. Petra Gromann

Hochschule Fulda

Wie kann die Leistungserbringung mithilfe der ICF wirksamer gestaltet und die Zusammenarbeit der an der Leistungserbringung beteiligten Parteien verbessert werden?

Die ICF ermöglicht es uns, genau hinzuschauen. Wechselwirkungen stehen im Vordergrund und sollen auch regional und über den einzelnen Erbringer hinweg abgestimmt werden. Voraussetzung für diese notwendige Abstimmung ist eine gemeinsame Sprache. Die ICF wird im Kontext der Eingliederungshilfe von vielen Beteiligten angewandt und kann so als Grundlage für Abstimmungen zwischen Leistungserbringern und Leistungsträgern genutzt werden. Eine solche systemübergreifende Einführung ist notwendig, da es zunehmend von Bedeutung ist hinzuschauen, was funktional wichtig ist. Es wird also nicht nur geschaut, was ein Mensch mit Behinderung kann oder nicht kann, sondern welche persönlichen Bedingungen in seinem Leben und Gegebenheiten in seinem Umfeld zu der Situation beitragen, in der er sich befindet.

Ebenso ist es Aufgabe der Leistungserbringer, herauszufinden, welche ihrer Leistungen Teilhabe fördern und an welcher Stelle beispielsweise Angebote aus dem Sozialraum hilfreich und sinnvoll wären. Die ICF ist ein System, das übergreifend



angewandt werden kann und Verständnis für das Zusammenwirken schafft. Sie ist kein additives System, sondern eines, das begreift, dass alles wechselseitig zusammenhängt.

Hinter dem System der ICF steht die Handlungstheorie des norwegischen Philosophen und Gesundheitswissenschaftlers Lennart Nordenfelt. Die funktionale Beschreibung durch die ICF ist lediglich die Grundlage für eine zielorientierte Interventions- und Hilfeplanung. Denn es sind dreierlei Dinge zu berücksichtigen:

- // Was braucht die Person, um einer Aktivität nachgehen zu können?
- // Welche Rahmenbedingungen braucht sie dafür?
- // Hat die Person Interesse an der Aktivität?

Der Einbezug des Menschen und dessen Mitwirkung an der Zielbestimmung ist notwendig, damit die ICF kein klassisches Diagnoseinstrument bleibt, das sich von anderen nur durch den Detaillierungsgrad abhebt.

Schnittstellenprobleme und Segmentierung

Was sich in der Theorie gut liest, stößt in der Praxis auf Probleme. Denn im System der Eingliederungshilfe bestehen enorme Schnittstellenprobleme, die eine solche aufeinander abgestimmte Zusammenarbeit erschweren. Beispiele sind die Abgrenzungsproblematiken zwischen Teilhabe- und Pflegeleistungen, Probleme der Abgrenzung im Bereich der medizinischen und beruflichen Rehabilitation sowie die Problematik einer breiten Gleichstellung im Bereich der Menschen mit geistiger Behinderung. Die bestehenden Mängel in der Zusammenarbeit über Schnittstellen hinweg werden auch im Zuge des Bundesteilhabegesetzes (BTHG) nicht behoben werden. Nichtsdestotrotz sind Personenzentrierung und Wirkungsorientierung zentrale Forderungen des Gesetzesentwurfs. Die Forderung nach zielorientierter, ganzheitlicher Bedarfserhebung und der Gewährleistung passgenauer, flexibler Interventionen ist die Quintessenz personenzentrierter Leistungen. Sie stellt die Leistungserbringer vor eine große Herausforderung, da die erforderlichen Strukturen in der Realität derzeit nicht bestehen. Daher ist die Grundlage, auf der das Gesetz aufbaut – nämlich das Vorhandensein solcher flexibel abrufbaren Leistungen – eine Utopie.

Eine weitere Herausforderung liegt in dem stark segmentierten Gesundheits- und Sozialsystem. Die strukturellen Rahmenbedingungen sowie die bestehenden Finanzierungsstrukturen erschweren ein auf die Berücksichtigung von Wechselwirkungen ausgerichtetes Handeln. Eine reine Verpflichtung aller Leistungsträger zu einer Orientierung an der ICF wird wenig Folgen haben, da die Versäulung der Systeme nicht in einen verbindlichen, integrativen Prozess eingebunden ist. Neben einer koordinierenden Stelle fehlt zudem die Formulierung von Folgen bei Nichtumsetzung der geforderten ICF-Orientierung.

Ganzheitlichkeit und integrierte Leistungserbringung

Fest steht, dass der ICF und der Zielorientierung im Rahmen des BTHG eine große Rolle zukommen wird. Dadurch erfolgt eine Orientierung auf die Ganzheitlichkeit und die integrierte Leistungserbringung. Auf Ebene einzelner Leistungserbringer kann sich das beispielsweise zunächst in der Form darstellen, dass überlegt wird, welche Hilfen im Bereich Wohnen und welche Hilfen im Bereich Arbeit sinnvollerweise gemeinsam erbracht werden können. Auf regionaler Ebene würde es bedeuten, dass unterschiedliche Leistungserbringer und Kostenträger zusammenarbeiten.

Der Abstimmung von Hilfen geht jedoch die Bedarfserhebung voraus. Auch sie orientiert sich laut Entwurf des BTHG an der ICF, jedoch nur im Bereich der Aktivitäten. Es ist der Versuch, Teilhabe über die Aktivitäten, über die tatsächliche Partizipation zu definieren. Um eine Übersichtlichkeit bei der Bedarfsermittlung zu gewährleisten, rät Gromann zur Erstellung eines Core Sets, das zielgruppenübergreifend Items zusammenfasst, durch die Bereiche abgebildet werden, die überdurchschnittlich häufig Bedarfe in der Eingliederungshilfe auslösen. Die Nachfrage nach Leistungen zur Umsetzung der festgestellten Hilfebedarfe ist aufgrund der beschränkten Verfügbarkeit der Angebote recht unflexibel. Anders ausgedrückt: Die Nutzung flexibler, assistenzorientierter Leistungen, deren Vorhandensein das BTHG suggeriert, ist in der Realität nicht flächendeckend möglich. Denn die Verfügbarkeit solcher Leistungen ist laut Gromann in Deutschland je nach Region unterschiedlich ausgeprägt.

Langfristig wird eine integrierte Bedarfserhebung auf Basis der ICF auf die Bedeutung von prozessorientierten, zielgruppenübergreifenden Verfahren verwiesen, die eine partizipative Zielfindung mit dem Leistungsnehmer sowie eine transparente Beschreibung und Vereinbarung der Leistungen, deren Abstimmung und Finanzierung enthält.

„ICF-Anwendung bietet die Basis für eine gelingende qualitative, auch regionale Steuerung – sowohl im Einzelfall, wie auch in der Region – und wir sollten das angehen, weil es darum geht, das System der Hilfen ein Stückweit zu öffnen, personenzentrierte Hilfemodelle zu entwickeln und die ICF nicht nur im Kleinen als ein neues Diagnostikinstrument zu nutzen. Die ICF kann deutlich mehr und ist die Voraussetzung für einen Wandel der Hilfeerbringung.“

Prof. Dr. Petra Gromann

Wirkungsorientierung

Die vereinbarten Leistungen sind nach Forderung des BTHG wirkungsorientiert zu steuern. Den Begriff der „Wirkungsorientierung“ ersetzt Gromann durch „Teilhabeorientierung“. Grund hierfür ist, dass der Begriff „Wirkungsorientierung“ gleichgesetzt wird mit „Zielorientierung“. Leistungen der Jugendhilfe werden beispielsweise recht stark an normierten Zielen ausgerichtet und die Qualität objektiv am Grad der Zielerreichung gemessen. In der Eingliederungshilfe präferiert Gromann den Begriff der „Teilhabeorientierung“, um dadurch die Orientierung der Leistungen an individuellen Zielen der Leistungsnehmer auszudrücken. Das Maß der Zielerreichung und die Qualität der Leistung kann letztendlich am besten durch die Leistungsnehmer selbst bewertet werden, da es sich um Leistungen handelt, die ihre Lebensqualität unterstützen sollen. Eine vorangehende Benennung der Ziele mit Einbezug des Leistungsnehmers ist daher von großer Bedeutung.

Steuerung über die ICF

Um Prozesse der Leistungserbringung mithilfe der ICF wirksam steuern zu können, müssen neben den Interessen der Leistungsträger auch die der Leistungserbringer, der Leistungsnehmer, der Kommunen und der Angehörigen bzw. gesetzlichen Betreuer berücksichtigt werden. Hier wird der Einbezug von Umweltfaktoren durch die ICF deutlich, da sowohl Kommunen als auch Angehörige hierzu zählen. Da die Verfügbarkeit von Leistungen je nach Region in Deutschland sehr unterschiedlich ausgeprägt ist, muss die Steuerung regional erfolgen. Eine zentrale Steuerung und Planung würde den jeweils unterschiedlichen Versorgungslandschaften, Zielgruppen und Vergütungsstrukturen nicht gerecht. Die Berücksichtigung der Sozialräume ist sowohl fachlich als auch von der ICF her unmittelbar erforderlich, und die konkrete Verortung der Durchführung einer Leistung ist sehr wichtig für die Umsetzung von Teilhabe. Ein Mangel an Transparenz bei den Leistungsnehmern und Leistungserbringern steht erfolgreicher Teilhabe im Wege. Das Ziel passgenauer Leistungen im Zuge von personenzentrierter Steuerung ist nur über regional gesetzte Ziele zu erreichen, da eine Förderung solcher passgenauer Angebote vor Ort notwendig ist. Neben einer personenzentrierten Leistungserbringung ist daher eine gemeinsame Umsteuerung in den Regionen erforderlich, beispielsweise mithilfe regionaler Zielvereinbarungen zu Rahmenbedingungen, Budgets, individueller Teilhabequalität und flexibler Leistungserbringung.

Akzeptanz durch Kennzahlen

Im Rahmen eines Forschungsprojekts zur regionalen Steuerung in Hessen wurden ICF-basierte Kennzahlen entwickelt und in städtischer und ländlicher Umgebung erprobt. Die Kennzahlen wurden von allen fünf zuvor genannten Interessengruppen akzeptiert und boten die Möglichkeit, Entwicklungen und Trends abzuleiten, wodurch eine regionale Steuerung unter Beteiligung aller Akteure möglich war. Von hoher Bedeutung für eine gelingende regionale Steuerung im Einzelfall sind:

- // Nutzung einer funktionalen Sprache aller Beteiligten, d. h. Anwendung der ICF;
- // zielgruppenübergreifende Entwicklung eines expertenbasierten Core Sets für Teilhabeplanung;
- // Kürze und Übersicht des Hilfeplanverfahrens mit ergänzenden Modulen im Einzelfall;
- // keine rein lineare Betrachtung des ICF-Wechselwirkungsmodells;
- // partizipative Festlegung der Teilhabeziele mit Leistungsnehmern;
- // Akzeptanz des Instruments durch alle Leistungsträger.

Zusammenfassung: Teresa Häb



Sprechen, messen und planen auf Basis des Bio-psycho-sozialen Modells: Das kann die ICF (nicht)!

Prof. Dr. Matthias Morfeld

Hochschule Magdeburg-Stendal

„Wenn Sie in das Bundesteilhabegesetz (BTHG) in seiner jetzigen Fassung schauen, geht das Bio-psycho-soziale Modell mit der ICF immer wieder an vielen Stellen durcheinander. Es wird immer wieder synonym verwendet und man könnte fälschlicherweise zum Eindruck kommen, es sei das Gleiche.“

Die ICF ist eine Klassifikation, ein Denk- und Rahmen-Modell, sie folgt als sehr ausdifferenziertes System dem Baum-Ast-Zweig-Blatt-Prinzip und basiert auf dem Bio-psycho-sozialen Modell.

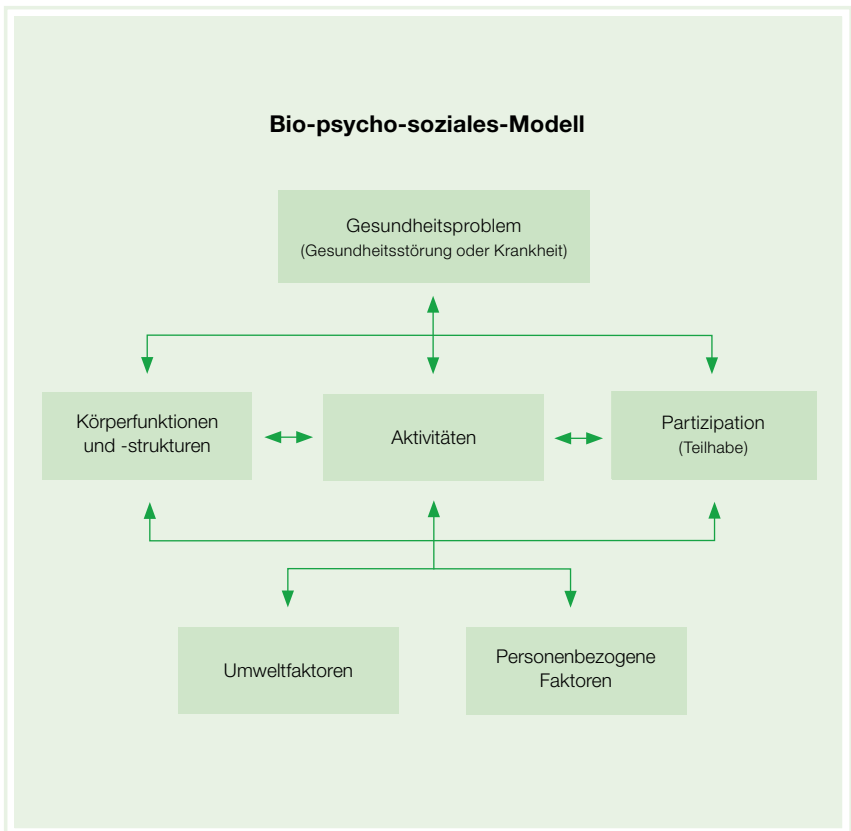
Hervorgehend aus der Allgemeinen Systemtheorie, mit den zuerst singulär betrachteten Vorstellungen von Krankheit – Störung – Behinderung, entwickelte sich das Bio-psycho-soziale Modell; mit der Folge, dass es zu einer simultanen Betrachtung medizinischer, psychischer und sozialer Einflüsse auf Gesundheit und Krankheit kommt.

Für die Rehabilitation bedeutete dies ab den 1970er Jahren einen Paradigmenwechsel, denn: Wir haben es zu einer erheblichen Professionalisierung von Diagnostik gebracht, ohne Diagnostik bräuchten wir über ICF gar nicht zu sprechen.



Diese frühere Vorstellung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) beruht auf dem Ursache-Wirkung-Modell, das auf akute, vornehmlich heilbare Krankheiten anwendbar ist, aber, so betont Morfeld, „wir müssen deutlich sagen, chronische Krankheiten und komplexe Syndrome lassen sich mit diesem Modell nicht erklären!“

Seitens Politik und Wissenschaft werden mehr und mehr Fragen nach der Wirksamkeit gestellt, zusammenspielend sorgt dies alles für eine Änderung im Verständnis von chronischer Krankheit und Behinderung. Chronische Erkrankungen und Behinderungen lösen akute Erkrankungen in ihrer Bedeutung ab.



Die ICF soll eine disziplinübergreifende Sprache darstellen und dazu dienen, den Rehabilitationsbedarf zu entwickeln, für Rehabilitationsmanagement und -planung geeignet zu sein und perspektivisch auch für die Evaluation von Rehabilitationsleistungen von Nutzen zu sein. Sie liefert eine ressourcenorientierte Hilfe für die Beschreibung und Begutachtung von Zuständen der Funktionsfähigkeit.

Messen mit der ICF – geht das?

Das wohl wichtigste Thema ist die Frage des Messens auf Basis der ICF. Grundsätzlich ist die ICF kein Assessment-Verfahren, das heißt, es ist erhebliche Anstrengung notwendig, eine Korrespondenz zwischen einer wie auch immer gearteten Diagnostik und den Grundlagen der ICF herzustellen.

Besonders zu betrachten sind drei verschiedene Entwicklungen:

- // Die Entwicklung von Core Sets. Sie ist methodisch aufwendig, stellt aber eine Reduktion von 1.424 Items auf einige wenige dar.
- // Die Entwicklung von Linking Rules: Hier wird eine Korrespondenz zwischen etablierten Assessment-Verfahren und den ICF-Items hergestellt, die Inhalte der Assessment-Instrumente werden also den ICF-Kategorien zugeordnet. Derzeit wird in einem BMAS-Projekt versucht, diese Linking Rules automatisiert zu erstellen.
- // Das Entwickeln von psychometrischen Fragebogeninstrumenten. Die Items werden für bestimmte Teilbereiche reduziert. Bekannte Beispiele sind:
 - Der MOSES, welcher auf Mobilität und Häuslichkeit ausgerichtet ist.
 - Der REHA-Cat, den Markus Wirtz indikationsspezifisch entwickelt hat.
 - Der MINI-ICF mit App von Michael Linden, ein Instrument, das die Szene bereits weit durchdrungen hat.

Am höchsten ist die Publikationsdichte in Bezug auf die ICF im Bereich der Neurologie, wo schon immer eine hohe Anforderung an die Multidisziplinarität der Rehabilitation gestellt wurde.

In der Neurologie gibt es mittlerweile viele Core Sets, im deutschen Sprachraum z. B. den NILS (Neurologische Interdisziplinäre Leistungsbeurteilung in der Sozialmedizin), eine sehr gut anwendbare Kurzliste zur sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung. Oder das frei verfügbare Hessisch-Oldendorfer Assessment, das auf dem ICF-Core-Set für Schlaganfall basiert.

In der Orthopädie sind Studien aus dem Bereich der Prothesen- und Orthesenversorgung vorhanden, zudem gibt es eine israelische Studie zum Implementierungsgrad der ICF in der physiotherapeutischen Versorgung. Im Bereich der koronaren Herzkrankheiten findet man mit dem 6-Minuten-Gehtest (6 Minute Walk Test – 6MWT) nur eine einzige Arbeit. Breiter gefächert sind die Entwicklungen im Bereich der Psychiatrie und vor allem der Abhängigkeitserkrankungen, hier ist auf den MATE-ICN hinzuweisen, ein ICF-basiertes Assessment-Verfahren das sich auch sehr gut für den Bereich der Rehabilitationssteuerung bei Suchterkrankungen verwenden lässt.

Im Jahr 2007 erschien ein Positionspapier von Seyd und Sperling, die feststellten, dass „in der beruflichen Rehabilitation [...] bislang eine Nutzung der ICF noch kaum in Gang gekommen ist“, dass es aber „immerhin erste Projekte und Vorarbeiten für ihre Implementierung gibt.“ Knapp zehn Jahre später kann man konstatieren, dass einiges in Bewegung gekommen ist.

Im Jahr 2014 gab es eine umfängliche Machbarkeitsstudie, die alle Leistungserbringerbereiche und auch Leistungsträger korrespondierend dazu befragte: „Nutzen Sie die ICF, und wenn ja: wie, auf welchem Auflösungslevel?“ Erwartungsgemäß gab es im Erbringerbereich einen breiteren Nutzungsgrad als im Leistungsträgerbereich, was viele Leistungserbringer damit begründeten, sie orientierten sich vor allem am BPS-Modell, nicht so stark an der Item-Ebene.

Vorreiter Benediktushof in Maria Veen

Im Bereich der Berufsbildungswerke (BBW) ist sicherlich die Kurzliste von Michael Sperling das bekannteste Instrument, er hat die Nutzung im Bereich BBW erheblich vorangebracht und hält die Thematik auch weiterhin konsequent aktuell.

Das am tiefsten durchdachte und wohl modernste vorliegende System ist das, welches Claudia Soggeberg und Berhard Seggebäing im BBW im Benediktushof Maria Veen entwickelt haben. Es handelt sich um ein System der Anwendung der ICF auf Datenbankebene zur profilorientierten Leistungsplanung. In einer kürzlich durchgeführten Befragung aller BBW in Deutschland zeigte sich ein recht verbreiteter Nutzungsgrad der ICF (von 52 befragten BBW gab es 45 Rückmeldungen, von denen wiederum 33 bestätigten, die ICF zu nutzen).

Im Bereich der Berufsförderungswerke (BFW) gab es den Forschungs- und Entwicklungsauftrag, sich stärker mit der ICF zu beschäftigen. Hier sieht man jedoch so etwas wie einen kleinen Konkurrenzkampf zwischen Profiling und der ICF-Nutzung.

Im Werkstättenbereich findet sich das MIT-Projekt, die Modularisierte, ICF-basierte Teilhabeplanung der Bad Segeberger Werkstätten. Diese dokumentiert intensiv und gut, ist praktisch anwendbar und bleibt sehr dicht an der Grundidee der ICF. Für die Rehabilitationseinrichtungen für psychisch kranke Menschen (RPK) gibt es ein sehr gut gemachtes Core Set, die Nutzung der ICF ist besonders für die Reha-Steuerung und die Therapiezielvereinbarung weit verbreitet.

„Talking Mats“

Ein aktuelles Projekt sind die „Talking Mats“ als Instrument zur Kommunikation mit Hilfe grafischer Symbole für Menschen, die kognitiv und sprachlich stark eingeschränkt sind. In Deutschland werden die „Talking Mats“ noch wenig eingesetzt, doch in der Josefs-Gesellschaft gibt es bereits eine Einrichtung, die sie anwendet: das Antoniushaus in Hochheim. Die Nutzung ist hilfreich für Therapiezielvereinbarungen, aber auch für eine interdisziplinäre Hypothesenbildung im Rehabilitationsprozess. Die Kategorisierung der Bildkarten folgt dem Aufbau der ICF als Klassifikation. Noch werden zwei Versionen genutzt, wobei die Touchscreen-Version die haptische Version mehr und mehr ablöst.

Zur internationalen Verbreitung der ICF lässt sich sagen, dass von den im Zeitraum von 2001 bis 2009 veröffentlichten Artikeln und Arbeiten über die Hälfte, 56,2 Prozent, aus Europa stammt, davon allein fast 10 Prozent aus Deutschland. Morfeld konstatiert abschließend:

„Die Bedeutung der ICF, vor allen Dingen auch für die Rehabilitation, ist sicherlich als sehr hoch einzuschätzen. Die Nutzung der ICF in den Bereichen der medizinischen und beruflichen Rehabilitation ist noch sehr unsystematisch, von uneinheitlicher Terminologie geprägt und auch von zum Teil erheblichen Widerständen gekennzeichnet. Ich sehe erhebliches Entwicklungspotenzial für den Bereich der Gesundheitsökonomie.“ Prof. Dr. Matthias Morfeld

Die sprachlichen Möglichkeiten der ICF haben noch erhebliche Entwicklungspotenziale. Zudem muss im Bereich der Handlungskonzepte Klarheit zur Verwendung und zum Einsatz der personbezogenen Faktoren geschaffen werden. Das BTHG fordert zudem, Sozialraumanalysen unter Betrachtung der Umweltfaktoren zu erstellen und dazu auch entsprechende Assessments abzuleiten.

Universell mit der ICF zu klassifizieren – das ist laut Morfeld ein Ziel, das noch in weiter Ferne liegt. Herausforderungen sind dabei zunächst Sprache und Terminologie.

Zusammenfassung: Nadja Körner

Keine Macht den Barrieren! Freiheit gestalten mit der ICF

Nils Wöbke

Lebenshilfewerk Mölln-Hagenow

„20 Mio. Menschen in Deutschland können nicht gut lesen!“ Mit dieser überraschenden Aussage beginnt Nils Wöbke seinen Vortrag. Er bezieht sich dabei auf den Gemeinsamen Europäischen Referenzrahmen für Sprachen und erläutert, dass diese 20 Mio. über ein Lese- und Schreibniveau von „A2“ oder niedriger verfügen.

Obwohl die Mehrheit der deutschen Bevölkerung maximal das niedrige Sprachniveau „B1“ beherrscht, sind Behörden- und Firmeninformationen mit bis zu 68 Prozent im hohen Sprachniveau „C1“ verfasst. Grund genug, dem entgegenzuwirken und eine leicht verständliche Sprache zu fördern. Jeder achte Arbeitnehmer, fast jeder fünfte Jugendliche und mehr als die Hälfte der nichtdeutschen Muttersprachler erfahren Barrieren in einem höheren Sprachniveau. Auch im Laufe des Lebens verringert sich bei vielen Menschen das Sprachniveau. Sobald die Schule beendet ist und der Mensch einem Beruf nachgeht, in dem er mit wenig Schreib- oder Lesetätigkeiten in Berührung kommt, schwinden seine Kompetenzen. Diese Informationsbarrieren hat die UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) erkannt. Auch durch das Bundesbehindertengleichstellungsgesetz (BGG) werden öffentliche Träger verpflichtet, ab 2018 Informationen in leicht verständlicher Sprache aufzubereiten.

Einen Beitrag zur Umsetzung der UN-BRK und des BGG bietet das „TeilhabeGestaltungssystem“ (TGS). Es handelt sich um ein Instrument zur Teilhabegestaltung auf Grundlage der Klassifikation der ICF, in Ergänzung zum Hilfeplanprozess der Sozialhilfeträger. Entwickelt wurde es von einem Projektteam des Norddeutschen Diakonien Netzwerks (NDN) in Schleswig-Holstein und Mecklenburg-Vorpommern in den Jahren 2008 und 2009.

Das TGS soll dazu beitragen, aktive Teilhabe des Menschen mit Behinderung am öffentlichen und gesellschaftlichen Leben zu stärken. Um dies zu erreichen, sollen Kommunikationsbarrieren gemildert und im besten Fall beseitigt werden. Ziel ist es, einen Zugang zu Informationen für Menschen mit Spracheinschränkung zu schaffen. Nils Wöbke erinnert sich an Erfahrungen aus Hilfeplan-/ Teilhabegesprächen, in denen sich oftmals die anwesenden Experten über einen Klienten ausgetauscht haben, der Klient selbst jedoch häufig nur zu Beginn des Gesprächs durch ein paar einfache Fragen einbezogen wurde. In einem solchen Setting fiel es den meisten Klienten schwer, aktiv am Gespräch teilzunehmen. Mit dem TGS sollen Menschen mit Behinderung eine stärkere Stimme bekommen.

Lebensbereiche und Ziele

Im ersten Modul werden die Bedürfnisse, Wünsche und Vorstellungen des Klienten zur aktiven Teilhabe in bestimmten Lebensbereichen erhoben. Diese Lebensbereiche wurden vom Leistungsträger in Schleswig-Holstein vorgegeben: Wohnen, Gesundheit, Finanzen, sozialer Lebensraum sowie Arbeit und Beschäftigung. Die TGS-Projektgruppe erarbeitete zu jedem dieser Bereiche mögliche Ziele und entwickelte dazu Materialien der Unterstützten Kommunikation, etwa Zielkarten mit Piktogrammen oder Informationsblätter über einzelne Arbeitsbereiche. Mithilfe dieser Materialien findet ein Gespräch zwischen Leistungsberechtigtem und Mitarbeiter statt, in dem folgende Fragen beantwortet werden sollen:

- // Was wünsche ich mir als Leistungsberechtigter?
- // Wie wichtig sind uns die Ziele?
- // An welchen Zielen arbeiten wir gemeinsam?

Relevante Fähigkeiten und Anforderungen

Im Modul 2 geht es um die Fähigkeiten, die jeweils notwendig sind, um die individuellen Ziele zu erreichen. Zusammen mit dem Mitarbeiter findet der Klient heraus, welche er davon bereits beherrscht und an welchen er noch arbeiten muss. Es wird ebenfalls eruiert, welche Umweltfaktoren zum Erreichen der Ziele eine Rolle spielen. Die Grundlage dafür bildet die ICF: Jedes der zuvor beschriebenen 120 Teilhabeziele wurde mit einem Anforderungsprofil versehen. Diese Profile

basieren auf sieben Kompetenzbereichen: Fachkompetenz, Sozialkompetenz, Individualkompetenz und Methodenkompetenz, die der ICF-Säule „d-Klassifikation der Aktivitäten und Partizipation“ zugeordnet sind, sowie die Technikkompetenz, Gestaltungskompetenz und Unterstützungskompetenz, die der Säule „e-Klassifikation der Umweltfaktoren“ angehören.

Möchte ein Leistungsnehmer beispielsweise ein Praktikum in der Küche machen, sind Fachkompetenzen wie Lesen oder Gegenstände anheben und tragen notwendig, ebenso Individualkompetenzen wie mit Stress und anderen psychischen Anforderungen umgehen können. Diese Anforderungsprofile pro Ziel wurden von Menschen mit Behinderung gemeinsam mit der Projektgruppe beschrieben und zugeordnet. Pro Ziel werden je 20 bis 25 Anforderungen aufgeführt, die eine Orientierung bieten.

In Modul 3 wird eingeschätzt, wie gut diese Anforderung durch den Leistungsnehmer oder die Umwelt erfüllt werden kann. Eingeschätzt wird beim TGS je eine personenbezogene Anforderung sowie eine Anforderung an die Umwelt. Anforderungsbeschreibungen zur Orientierung wurden in Leichter Sprache entwickelt. Der Zielerreichungsgrad der Anforderung soll in diesem Schritt bestimmt werden. Die Bewertung einer Kompetenz wird durch Bilder, Leichte Schriftsprache, Audiofunktionen und Filmmaterial für möglichst viele Menschen zugänglich gemacht.

„Weniger Barrieren, mehr Freiheit.“ Nils Wöbke



Die Anforderungen können auf einer Skala von „kann ich gar nicht“ bis hin zu „kann ich sehr gut“ in fünf Abstufungen angegeben werden. Die Kompetenzen werden in Form von Selbst- und Fremdeinschätzung bewertet.

In einem Projekt des Lebenshilfwerks in Mölln hat sich eine Gruppe von ehemaligen Schülern zusammengefunden, um für Modul 2 „Anforderungen“ und für Modul 3 „Einschätzungen“ in Form von Videos bildlich und in Leichter Sprache darzustellen. Während des Vortrags präsentiert Wöbke je ein Anforderungsvideo und ein Einschätzungsvideo. Für den Bereich Küche wurden bereits 18 Anforderungsvideos gedreht, z. B. zu den Themen „Händewaschen“ oder „eine Entscheidung treffen“. Weitere Filme für die Arbeitsbereiche und den Bereich Wohnen seien bereits in Planung.

Wöbke fasst zusammen: Das TGS nutze die ICF besonders für die Anforderungsprofile und die Einschätzungsmanuale. Dabei stehe im Vordergrund, dass dem Menschen mit Behinderung ein eigener Zugang zu Informationen ermöglicht werde. Dieser könne durch die verschiedenen Sprachniveaus, Videos, Bilder etc. erreicht werden.

Mehr Wahlbeteiligung durch Leichte Sprache

Der Gemeinsame Europäische Referenzrahmen für Sprachen stellt die Basis für das Projektteam dar, um Texte darin zielgruppenbezogen aufzubereiten. Texte können in die unterschiedlichen Niveaus übersetzt werden. Um Menschen nicht zu unterfordern und ihnen Entwicklungsmöglichkeiten zu geben, werden Texte nicht ausschließlich in das niedrigste Niveau übersetzt. Schwerverständliche Texte werden außerdem mit QR-Codes versehen, so können diese in Leichter Sprache angehört werden. Durch bestimmte Maßnahmen soll auch die Umwelt dafür sensibilisiert werden, dass viele Informationen von größeren Personengruppen nicht verstanden werden.

Wöbke berichtet von einer Aktion bei den Landtagswahlen in Mecklenburg-Vorpommern, ebenfalls durchgeführt von der oben genannten Projektgruppe. Studien haben ergeben, dass die Wahlbeteiligung bei Menschen mit Behinderung

bei ca. 10 bis 20 Prozent unter der Wahlbeteiligung von Menschen ohne Behinderung liegt (Quelle: „Teilhabereport der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen“, herausgegeben vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales, Referat Information, Publikation, Redaktion in 53107 Bonn, im August 2013). Diese sollte laut Wöbke weiter angehoben werden. Dazu wurden die Wahlkabinen und Wahlbüros dahingehend beurteilt, ob sie für Menschen mit physischer Einschränkung zugänglich sind. Des Weiteren bot die Projektgruppe den Parteien Übersetzungsleistungen an. Zwei Parteien nahmen das Angebot an und machten ihr Wahlprogramm durch Leichte Sprache Menschen mit Sprachbarriere zugänglich. Darüber hinaus wurden Menschen mit Behinderung darin unterstützt, Seminare zu geben und darin über ihre Lebenszufriedenheit und ihre Beteiligungsmöglichkeiten in der Kommune und in Mecklenburg-Vorpommern, aber auch über die Barrieren, die sie erfahren, zu berichten. Auch wurden vor Podiumsdiskussionen Politiker für Leichte Sprache sensibilisiert. Die Aktion war erfolgreich: Die Wahlbeteiligung der Menschen mit Behinderung stieg deutlich an.

Zusammenfassung: Catarina Dickmann





Von der Angst vor der eigenen Courage zum Mut zur Veränderung

Dr. Jens Borgelt

Berufsförderungswerk Bad Wildbad

„Stellen Sie sich einmal vor, wie einfach, schön und bequem es sein könnte, wenn alle Rehabilitanden ein hohes Maß an Selbstwirksamkeitserleben, ein hohes Selbstbewusstsein, eine realistische Zielorientierung, eine positive Erwartungshaltung, eine hohe Eigenverantwortung, eine hohe psychische Stabilität sowie einen Weitblick für die eigene Lebensplanung und ein daraus resultierendes hohes Commitment für die Rehabilitationsmaßnahmen hätten!“ Mit diesen Worten lädt Dr. Jens Borgelt aus dem Berufsförderungswerk (BFW) Bad Wildbad seine Zuhörer auf eine Fantasiereise ein. Neben diesen personenbezogenen Faktoren seien aber auch Umweltfaktoren – wie z. B. ein unterstützendes soziales Umfeld, eine gute Gruppendynamik oder die Verfügbarkeit von differenzierten Informationen über nutzbare Hilfen – obligatorische Voraussetzungen für einen gelingenden Rehabilitationsprozess. Würden alle diese Faktoren Berücksichtigung finden, so sei anzunehmen, dass Rehabilitation sehr erfolgreich wäre. „Denn alle diese genannten ICF-basierten Personal- und Umweltvariablen stellen empirisch betrachtet all diejenigen Faktoren dar, die den Rehabilitationserfolg ausmachen“, so Borgelt.

Exkurs: Die gefährliche Macht der Gewohnheit

Um die Bedeutung dieser personenbezogenen Faktoren und Umweltfaktoren (Kontextfaktoren) aufzuzeigen, nimmt Borgelt Bezug auf empirische Erkenntnisse aus dem Feld des Suchtrehabilitationsbereichs. Bei der näheren Betrachtung eines klassischen Suchtmittelabhängigen sei beobachtbar, dass dieser bei der Applizierung von Suchtmitteln i. d. R. einem festen Ritual folge. Werden diese Kontextfaktoren während der Applizierung stabil gehalten, habe dies für den Suchtmittelabhängigen ein „positives“ Resultat zur Folge. Dieses äußere sich in einer „guten“ Verträglichkeit der gewohnten Drogendosis. Werde die übliche Drogendosis nun aber ohne das gewohnte Ritual oder unter anderen Kontextfaktoren appliziert, so bleibe die konditionierte kompensatorische Wirkung des

Kontextes aus. Fehlt also der gewohnte Kontext, „kann die übliche Dosis zur Überdosis werden“, so Borgelt. Der Kontext entscheide in diesem drastischen Beispiel über Leben und Tod. Doch was bedeutet das nun für uns?

Wir sind „Kontext“

Die Güte der Berücksichtigung der Kontextfaktoren – darunter seien sowohl die personalen als auch die Umweltfaktoren zu verstehen – würden in der Rehabilitation über den Erfolg und Misserfolg des Rehabilitationsprozesses entscheiden, so Borgelt. Es sei also wichtig, dass wir uns, aber auch die gesamte Einrichtung, die wir repräsentieren, als Kontext für den Rehabilitanden begreifen. „Wir sind Kontext für den Rehabilitanden!“, lautet Borgelts These. Der Kontext ergebe sich sowohl aus der räumlichen Umgebung, den Mitarbeitenden als auch den Mit-Rehabilitanden.

In der Rehabilitation sei das Phänomen zu beobachten, dass konditionierte Prozesse nicht nur Verhaltensweisen, sondern bisweilen auch physiologische Reaktionen und Gefühle auslösen, die automatisiert gesteuert würden. Eine willentliche Einflussnahme auf dieses Geschehen sei den Rehabilitanden oft nicht möglich. Die Folge dieses Phänomens könne z. B. in der beruflichen Rehabilitation beobachtet werden. Für Rehabilitanden, die die Schulzeit schon mehrere Jahre hinter sich haben und sich nun wieder in einem ähnlich gestalteten Gruppenprozess wiederfinden, könnten diese Kontextfaktoren dysfunktionale Variablen darstellen, die außerhalb dieses spezifischen Kontextes keine Rolle spielten.



Andererseits müssten aber auch die personalen Kontextfaktoren berücksichtigt werden. Der Rehabilitand bringe, wie jeder andere Mensch, eine spezifische Persönlichkeitsstruktur sowie darin enthaltene individuelle biografische Schemata mit (automatisierte Denk-, Fühl-, und Handlungsprogramme). Diese seien bei jedem Menschen individuell und zahlreich vorhanden. Sie würden in spezifischen Situationen automatisch getriggert werden und mit dem gesamten Rehabilitationsprozess interagieren. So kommt Borgelt zu der Frage: „Wie kann es uns gelingen, die Personalfaktoren sowie die Umweltfaktoren während des Rehabilitationsprozesses zu optimieren, um die eingangs genannten Erfolgsfaktoren des Rehabilitationsprozesses zu erreichen?“

Was wir gemeinsam tun können

Als ersten Punkt spricht Borgelt die Unterstützung der Persönlichkeitsentwicklung der Person im Rehabilitationsprozess an. Hierfür sei insbesondere der Entwurf persönlicher Lebens- und Rehabilitationsziele von Relevanz. In der Praxis sei bisweilen beobachtbar, dass Rehabilitanden auf die Frage nach ihren Rehabilitationszielen sehr abstrakte Antworten vorbrächten, die nur schwer auf die konkrete operative Handlungsebene heruntergebrochen werden könnten. Die Aufgabe der Mitarbeitenden bestehe darin, zu einer Kongruenz zwischen den Zielen der Rehabilitation und der Persönlichkeit des Rehabilitanden beizutragen. Für die Persönlichkeitsentwicklung sei es außerdem bedeutsam, dass gemeinsam mit dem Rehabilitanden dessen eigene biografische Schemata transparenter gemacht würden. Biografische Schemata, so Borgelt, „bestimmen sowohl die Sicht auf die Welt, auf andere Personen als auch auf sich selbst maßgeblich.“ Durch die Erreichung von Transparenz dieser Schemata könnten Veränderungsprozesse angestoßen werden, die unter Umständen sehr bedeutsam für den gesamten Verlauf des Rehabilitationsprozesses seien. „Transparenz kommt vor Veränderung, ohne Transparenz ist dies nicht möglich“, argumentiert Borgelt.

Die Beziehungsgestaltung stelle den zweiten wichtigen Aspekt dar. Rehabilitanden seien für eine gelingende Rehabilitation auf einen sozialen Kontext angewiesen, der sie trägt. „Für die Rehabilitation ergibt sich daraus die Notwendigkeit, das soziale Umfeld der Person in den Rehabilitationsprozess einzubinden“,

so Borgelt. Dies könne z. B. durch Angehörigenaktionstage erreicht werden. Ferner könne z. B. durch erlebnis- und freizeitpädagogische Maßnahmen im Kreis der Rehabilitanden zu einem guten Arbeitsklima und einem gemeinschaftlichen Leben beigetragen werden. In Bezug auf die Beziehungsgestaltung sei aber auch die Wohnform näher zu untersuchen, in der sich der Rehabilitand befindet. „Wie sind Rehabilitanden untergebracht?“, fragt Borgelt. Hierbei stelle sich die Frage, ob die Art der Unterbringung die Beziehungsgestaltung fördert oder diese vielleicht sogar verhindert. „All das sind Fragen, die mit dem ICF-basierten Kontext zu tun haben und die zu berücksichtigen sind“, betont Borgelt.

„Die Güte der Berücksichtigung der Kontextfaktoren – darunter sind sowohl die personalen als auch die Umweltfaktoren zu verstehen – können in der Rehabilitation über den Erfolg und Misserfolg des Rehabilitationsprozesses entscheiden. Es ist also wichtig, dass wir uns, aber auch die gesamte Einrichtung, die wir repräsentieren, als Kontext für den Rehabilitanden begreifen. Wir sind Kontext für den Rehabilitanden!“ Dr. Jens Borgelt

Weiterhin geht Borgelt näher auf das Verhalten von Mitarbeitenden ein. „Wie können wir die Haltungen, Einstellungen, aber auch das Verhalten von Mitarbeitenden positiv beeinflussen bzw. in eine Richtung lenken, die für den Rehabilitationsprozess sinnvoll ist?“, fragt Borgelt. Die Bedeutung dieser Fragestellung könne gut an einem Phänomen aus der beruflichen Rehabilitation verdeutlicht werden, das er als sogenannte Strategie der vermeintlichen Risikovermeidung bezeichnet. „Es gibt Fälle, in denen sich Rehabilitanden zu einer beruflichen Abschlussprüfung nicht anmelden, weil der Ausbilder unsicher ist, ob der Rehabilitand die Abschlussprüfung schaffen könnte“, so Borgelt. Dieses fehlende Zutrauen in den Rehabilitanden könne bei bereits unsicheren Menschen zu einer Erhöhung der Unsicherheit beitragen. „Die Motivation des Mitarbeitenden, sich so zu verhalten, kann darin begründet liegen, dass es dieser vermeiden möchte, einen persönlichen Misserfolg zu generieren, weil einer seiner Auszubildenden durch die Prüfung fällt“, konstatiert Borgelt. Daneben sei es aber auch bedeutsam, dass dem Rehabilitanden sowohl eine emotionale als auch eine fachliche Unterstützung zukomme. Insbesondere

die emotionale Unterstützung durch Vorgesetzte habe nach empirischen Erkenntnissen eine signifikante Auswirkung auf das Stresserleben der Auszubildenden. „Mitarbeitende im Rehabilitationsprozess, die eine solche Vorgesetztenrolle für die Rehabilitanden einnehmen, könnten dafür sensibilisiert werden, bei Bedarf emotionale Unterstützung zu leisten. Damit sind nicht nur Fachdienste gemeint – das kann jeder Mitarbeiter“, appelliert Borgelt.

Als letzten Aspekt hebt Borgelt das Thema Assessment hervor. Um die genannten und für den Rehabilitationsprozess förderlichen Faktoren zu berücksichtigen, solle ein Assessment so gestaltet werden, dass die Persönlichkeitsvariablen des Rehabilitanden ausführlich beschrieben werden. Eine klassische Eignungsdiagnostik in der beruflichen Rehabilitation untersuche i. d. R. nur, ob der Rehabilitand für den Beruf, den er erlernen möchte, die nötigen Fertigkeiten mitbringt. Begreift man aber den Prozess der Rehabilitation als ein Zwischenstadium, sei im Assessment die Betrachtung weiterer Faktoren nötig als nur jener, die durch die klassische Eignungsdiagnostik beleuchtet werden. Denn für dieses Zwischenstadium – den Prozess der Rehabilitation – seien oft auch ganz andere Aspekte bedeutsam, wie z. B. die Selbstwirksamkeit, Erwartungshaltungen oder die soziale Einbettung. Weiterhin sei ein fortlaufendes, situationsgebundenes Assessment wichtig, um im Verlauf des Rehabilitationsprozesses auf die Situation, in der sich der Rehabilitand gerade befindet, Bezug nehmen zu können. Als Beispiel für ein Instrument, das diesem Aspekt gerecht wird, nennt Borgelt die sogenannte „Jobimpuls-Methode“. „Diese“, so Borgelt, „ist ein gutes Instrument, um im Eingangsassessment Schwerpunkte bereits anders zu setzen oder zu erweitern.“

Mut zur Veränderung

„Das ist alles, was wir machen könnten, aber warum tun wir es dann nicht, wenn es doch so einfach erscheint?“, fragt Borgelt. Dafür gebe es mehrere Antwortmöglichkeiten, denn einerseits betreffe dies z. B. Fragen der Finanzierbarkeit, andererseits aber auch Aspekte, die mit der Rolle der Mitarbeitenden in engem Zusammenhang stünden. „Wir als Mitarbeitende haben auch einen gewissen Narzissmus in unserer Arbeit bzw. erleben uns in diesem Prozess als Helfende“, betont Borgelt. Die Schlussfolgerung, dass wir damit in diesem Prozess überflüssig

würden, wenn wir den Rehabilitationsprozess auf eine solche Weise optimierten, sei jedoch falsch. „Wir müssen die Angst vor der eigenen Courage überwinden und Mut aufbringen, diese Veränderungen bei uns selbst vorzunehmen. Denn damit beginnt das Ganze!“, betont Borgelt. Mit einem Zitat von George Bernard beendet Borgelt den letzten Vortrag dieses Tages: „Die besten Reformer, die die Welt je gesehen hat, sind die, die bei sich selbst angefangen haben.“

Zusammenfassung: Simon Odenwald



Wirtschaftlich und am Puls der Zeit: Die ICF als Antwort auf aktuelle Herausforderungen

Prof. Dr. Christian Bernzen

Katholische Hochschule für Sozialwesen, Berlin

Am Puls der Zeit?

Prof. Dr. Christian Bernzen leitet seinen Vortrag mit einem Bild von einer Ranglistenregatta der 2.4 Klassenvereinigung im deutschen Segelverband in Flensburg ein. Die Besonderheit dieser Segelboote sei, dass die körperlichen Voraussetzungen der Segler nicht relevant seien. Menschen mit Behinderung sind somit in der Lage, konkurrenzfähig und ohne Nachteil im Vergleich zu den Seglern ohne Beeinträchtigung zu segeln.

Wie sieht der „ideale“ Hilfeempfänger aus?

Laut Bernzen entspricht die Personengruppe, die bei dieser Segelregatta beteiligt ist, den Ansprüchen an die Hilfeempfänger, „die sich der Gesetzesgeber im Rahmen des Bundesteilhabegesetzes (BTHG) vorstellt.“

Der demnach ideale Hilfeempfänger:

- // ist selbstbestimmt,
- // über sich selbst orientiert,
- // reflektiert und kennt seinen Hilfebedarf,
- // kennt seine „Gesundheitsprobleme“,
- // akzeptiert seine körperlichen Einschränkungen,
- // hat ein realistisches Verhältnis zu seinen Teilhabemöglichkeiten und Aktivitäten.

Somit könne das BTHG als ein chancenreiches Konzept für Menschen mit körperlichen Behinderungen, Sinnesbehinderungen oder auch stabilen geistigen Beeinträchtigungen, auf welche diese Eigenschaften zutreffen, angesehen werden. Es handelt sich dabei um relativ autonome Menschen, die irgendeine Art von Hilfebedarf aufweisen. Problematisch werde es hingegen bei Menschen mit seelischen

Behinderungen und mit schwankendem Hilfebedarf. Hierfür braucht es Mechanismen, die diese schwankenden Hilfebedarfe abbilden und einschätzen können.

Wie sieht die „ideale“ Hilfe aus?

Als Ansprüche der Hilfeempfänger nennt Bernzen folgende Punkte: Menschen mit Behinderung sollen viele Entscheidungsmöglichkeiten haben, gleichzeitig sollen jedoch Entscheidungsnotwendigkeiten vermieden werden.

Für Menschen mit Behinderung soll zudem Sicherheit, bei gleichzeitiger Möglichkeit, ein Risiko frei zu wählen, gewährleistet werden. Das Thema Sicherheit und das Thema Risiko sinnvoll miteinander zu verbinden, sei dabei Abbild dessen, was man sich unter einem idealen Hilfeempfänger vorstelle, also eine spannende Frage an und Aufgabe für die Soziale Arbeit.

Ein weiterer Anspruch der Hilfeempfänger bestehe darin, stabile Beziehungen zu Angehörigen bei gleichzeitiger limitierter sozialer Kontrolle zu haben. Zum einen bestehe oft der Wunsch nach stabilen Beziehungen zu Angehörigen, aber auch nach deren limitierter Kontrolle. Dies entspräche einem ganz normalen Prozess des Erwachsenwerdens, welcher bei fortdauernder familiärer Verbundenheit das Bedürfnis nach eingeschränkter Transparenz des eigenen Handelns gegenüber Eltern oder Angehörigen beinhaltet.



Wie sieht das Angebot der Assistenzdienstleister aus?

Es gibt zunächst die – nicht nur – gute Tradition der Anstalt. Über die negativen Aspekte der Anstalt gibt es umfangreiche Reflexionen. „Aber Anstalten sind selbstverständlich auch etwas Gutes“, sagt Bernzen. Gruppenförmige Angebote sind in einem anderen Tätigkeitsfeld sogar gesellschaftlich und politisch gewünscht. Als Beispiel nennt Bernzen den Straßenverkehr: Individualverkehr stehe in dem Ruf, Staus und soziale Kosten zu verursachen. Ethisch korrekt solle man Gruppenangebote in Form von öffentlichen Verkehrsmitteln wahrnehmen – also im Grunde „anstaltsförmige Konzepte“ der Versorgung mit Regeln, an die man sich halten muss. „Die Idee gruppenhafter Versorgung, gruppenhafter Lösungen von generalisierbaren Problemen ist an sich überhaupt nichts Katastrophales.“ In der Sozialwirtschaft gebe es eine ganze Reihe Spezialimmobilien, die auf Gruppenangebote ausgerichtet seien. Schwierig daran sei, dass sie „besonders“ sind. „Daher brauchen wir einen gedanklichen Weg, der die Besonderheit zur Normalität macht“, meint Bernzen. Ein Beispiel für die gedankliche Normalisierung ist der Vergleich eines Snoezel-Raums in der Werkstatt für Menschen mit Behinderung (WfbM) mit einem Raucherraum am Arbeitsplatz. Ein Raucherraum wird als völlig normal betrachtet, denn Mitarbeitern, die rauchen, sollte die Möglichkeit geboten werden, ihrem Bedürfnis nachzugehen. Zur Erbringung der Arbeit ist dies zwar nicht dringend erforderlich, aber die Alternative besteht darin, dass die Mitarbeiter während der Arbeitszeit das Gelände verlassen. Warum also nicht in der WfbM einen Snoezel-Raum anbieten? Das Beispiel zeigt, dass man einen gedanklichen Anlauf benötigt, um aus „Besonderheiten“ etwas „Normales“ zu machen.

Ein weiteres Merkmal der Angebote der Assistenzdienstleistungen sei die Anzahl der Fachkräfte mit regelmäßig hoher Motivation. „Die Motivationslage in der Branche ist wirklich beachtlich“, so Bernzen. Dies gelte vor allem bezogen auf die Menschen, für die die Fachkräfte tätig sind. Zudem bestehe in dieser Branche eine zum Teil gute soziale und politische Vernetzung. In den nächsten Jahren werde die Frage, wie sich die kirchlich verantwortete und inspirierte Soziale Arbeit im Verhältnis zu den Entwicklungen der verfassten Kirche verändert, sehr interessant. Verfasste Kirche ziehe sich an vielen Stellen zurück, so Bernzen, und hinterlasse so Leerstellen und auch einige kirchliche Immobilien, vor allem im inner-

städtischen Raum. Dieses könnte die Soziale Arbeit bzw. kirchlich verantwortete Soziale Arbeit inspirieren, an zentralen Orten präsent zu sein.

Die Politik nehme die Soziale Arbeit an vielen Stellen als ein unübersichtliches und z. T. ungeordnetes Geschehen wahr. Die Folgen dieser Wahrnehmung habe am Ende die Soziale Arbeit zu tragen. Es müsse der Branche gelingen, die Bedingungen ihrer Arbeit politisch interessant und transparent zu machen.

Was sind die neuen Möglichkeiten?

„Als große Chance wird die Personenzentrierung gesehen – in Diagnose, in Planung und in Management. Personenzentrierung sei eine fachliche Aufgabe, gleichzeitig auch eine Chance zur Restrukturierung von Finanzierungen entlang der konkreten Hilfebedarfe.

Eine weitere neue Herausforderung und Handlungsmöglichkeit bestehe darin, Im-

„Wenn das Verständnis der allgemeinen Öffentlichkeit und das interne Verständnis der Branche Sozialer Arbeit nicht mehr gut zusammenpassen, wird es am Ende nur noch um isolierte individuelle Rechtsansprüche gehen. Und wenn man die nicht sehr gut auch mit Finanzierung in Verbindung bringen kann, dann wird es für die Finanzierung am Schluss eng. Die Finanzierung anhand der umfassenden und sozial konkretisierten Hilfebedarfe wird eine wichtige Aufgabe in Zukunft sein.“ Prof. Dr. Christian Bernzen

mobilitätsmanagement und Fachleistung zu trennen. Die Vorstellung, dass Menschen mit Behinderung „anders“ wohnen, als Menschen ohne Behinderung, löst sich öffentlich immer mehr auf. Für die Konsequenzen aus diesen Gedanken muss die Soziale Arbeit einen Ausweg suchen und anbieten.

Ein Schwerpunkt im BTHG liegt auf der Ausweitung des Angebots im Bereich Arbeit und damit verbundener gesundheitlicher Rehabilitation und Bildung. Die Idee dahinter: Normale Menschen arbeiten. Normale Menschen mit Behinderung arbeiten (auch). Aufgabe werde es sein, verständlich zu machen, dass das, was

Menschen mit Behinderung tagsüber machen, Arbeit ist – egal an welchem Ort, egal unter welchen Bezeichnungen.

Wirtschaftlich?

Eine neue Perspektive, die das Thema der Fachleistungen neu beschreiben wird, beinhaltet die Modularisierung von Leistungen und den Begriff der „Grundleistung“. Fachleistungen können gleichfalls als Leistungsbündel bzw. Pool und Gruppenleistungen erfolgen. Zentral ist ebenso die Verbindung von Ergebnisbewertung und Entgelt: Warum sollte schlechte genauso bezahlt werden wie gute Soziale Arbeit? Bernzen ist der Meinung, die Qualität Sozialer Arbeit müsse auch wertgeschätzt werden und Anspruch auf eine angemessene Entlohnung haben.

Bernzen betont zudem, dass soziale Dienstleister wie die Josefs-Gesellschaft in der Abbildung ihrer Kosten eine bessere Kalkulation von Akquisition und indirekten Leistungen benötigen. Öffentlich werde noch zu wenig verstanden, dass zu einer guten Arbeit auch Kommunikation und Werbung gehöre.

Wirtschaftlichkeit kann des Weiteren im Rahmen von Immobilien betrachtet werden. Der Perspektivwechsel von der Idee der Anstalt in einen allgemeinen Wohnungsmarkt benötigt den Erwerb und die Sicherung von immobilienwirtschaftlichen Kenntnissen und Fähigkeiten, z. B. in Formen von Zusammenarbeit mit entsprechenden Fachleuten. Beispielhaft für eine solche Zusammenarbeit nennt Bernzen hier Wohnungsbaugenossenschaften oder gewerbliche Wohnungsverwaltungsgesellschaften.

Bedingungen und Chancen der ICF

Als Chance der ICF nennt Bernzen die Entwicklung einer Perspektive, die individuelle Teilhabebedarfe und -wünsche identifiziert. Als eine Anregung für die Entwicklung einer solchen Perspektive nennt er den Beginn der Pastoralkonstitution des 2. Vatikanums: „Freude und Hoffnung, Trauer und Angst.“ Besonders sei die Reihenfolge: „Das Erste ist nicht die Frage, was soll werden, sondern: was macht schon jetzt Freude?“ Begonnen wird mit dem, was in der Gegenwart gut ist. Dies ist der Ausgangspunkt für die Zukunft, für die Hoffnungen. Diese zwei Schritte

gilt es auseinanderzuhalten. Im zweiten Teil wird mit der Trauer begonnen. Das Wichtigste ist nicht die Angst, sondern das, worüber man traurig ist. Diese vier Perspektiven seien bei der Identifikation von Teilhabebedarfen und -wünschen zu trennen.

Die ICF benötige auch eine Orientierung an gesundheitlicher Rehabilitation, Bildung und Arbeit sowie der Stärkung des Case Managements. Ein solides Case Management als Basis gilt als Voraussetzung. „Die JG hat in diesem Bereich vieles geleistet, vieles bewegt“, so Bernzen.

Die Chancen der ICF sieht er in folgenden Punkten:

- // Verbesserung der Assistenzdienstleister, über ihre Fähigkeiten Auskunft zu geben;
- // Preisbildung an einem neuen Teilhabeleistungsmarkt;
- // Verbesserte Arbeitsbedingungen für qualifizierte Fachkräfte an einem veränderten Arbeitsmarkt;
- // Bestandsimmobilien vor allem in städtischen Bereichen als Marktvorteil.

Die abschließende Frage, die sich daraus ergibt, lautet:

„Schaffen wir es, den sich aus der Personenzentrierung ergebenden Trend zur Individualisierung einerseits zu akzeptieren und andererseits so zu relativieren, dass wir fähig bleiben, neue gesellschaftliche Strukturen zu denken? Das würde bedeuten, neben der Personenzentrierung auch die Gruppenangebote zu schaffen, die Menschen brauchen, damit sie so leben können, wie sie es möchten. Oder, mit anderen Worten: damit würden Bedingungen geschaffen, in denen echte Teilhabe gelebt werden kann.“

Zusammenfassung: Teresa Häb

ICF-Checkliste – Individueller Hilfeplan (IHP) 3.1

Die Checkliste des Anna-Roles-Hauses in Köln ermöglicht die strukturierte Erhebung von Informationen zur Erstellung eines Individuellen Hilfeplans (Teilhabeplanung). Sie ist im Wesentlichen als Arbeitshilfe gedacht.

Die Erfassung und Planung von Eingliederungshilfeleistungen, die durch den Landschaftsverband Rheinland (LVR) als überörtlichem Träger der Eingliederungshilfe refinanziert werden, erfolgt durch das Individuelle Hilfeplanverfahren. Gesprächsgrundlage dieses Verfahrens ist der Individuelle Hilfeplan (IHP). Der IHP 3 ist ein fachlich hochqualifiziertes und im Rheinland anerkanntes Instrument zur Bedarfserhebung und -feststellung. Der vonseiten des LVR als „lernendes Instrument“¹ umschriebene IHP wurde an die geänderten gesetzlichen Rahmenbedingungen angepasst und berücksichtigt in seiner aktuellen Version (IHP 3.1) die UN-Behindertenrechtskonvention sowie die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF). Vor diesem Hintergrund sind Menschen mit Behinderung in ihrem Bemühen dabei zu unterstützen, „die ihnen bei der gleichberechtigten Teilhabe am Leben in der Gesellschaft im Wege stehenden Barrieren zu überwinden.“²

Das Instrument IHP 3.1 setzt nicht voraus, dass Kodierungen und Items der ICF verwendet werden, sondern dass der Mensch unter Berücksichtigung des Bio-psycho-sozialen Modells und der Philosophie der ICF umfassend betrachtet wird. Ausgehend vom Bio-psycho-sozialen Modell ist „die Funktionsfähigkeit einer Person das Ergebnis der Wechselwirkungen zwischen dem Gesundheitsproblem,

1 *Landschaftsverband Rheinland (LVR) (2015): Handbuch zur Individuellen Hilfeplanung, Köln: Eigenverlag, S. 5*

2 *Ebd.*

3 *Ebd., S. 10*

den Körperfunktionen/-strukturen der Person, ihren Aktivitäten/ihrer Teilnahme und ihrem individuellen Lebenshintergrund (Umwelt und personenbezogener Kontext).“³



Das Erstellen eines Individuellen Hilfeplans erfordert somit Kenntnisse über die Philosophie und den Aufbau der ICF (und des IHP 3.1). Die ICF-Checkliste des Anna-Roles-Hauses führt beide Aspekte zusammen. Sie beinhaltet Items für Körperfunktionen (b), Aktivitäten und Partizipation (d) sowie Umweltfaktoren (e). Die Auswahl der relevanten Items erfolgt aufgrund der Erfahrungen aus den Wohnbereichen der unterschiedlichen Einrichtungen der JG-Gruppe. Die Items können je nach individueller Ausgangslage ausgetauscht oder erweitert werden.

In dem folgenden Screening werden zunächst die b- und d-Items betrachtet. Es wird eine Aussage darüber getroffen, ob bei dem betrachteten Item eine Fähigkeit (Einschätzung 0-1/2) oder eine Beeinträchtigung (Einschätzung 2-4) beschrieben werden kann. Des Weiteren ist es in diesem Kontext möglich, die Auswahl von ggf. benötigten Hilfearten zu treffen. Diese werden in der eigentlichen Planung der erforderlichen Hilfen unter „IX.: Was soll getan werden, um die Ziele zu erreichen“ näher beschrieben. Die Betrachtung der e-Items beschreibt die Relevanz der Umweltfaktoren. In der Checkliste wird eine Aussage darüber getroffen, ob diese als Barriere oder Förderfaktor erlebt werden.

Autor und Ansprechpartner:

Andreas Friedrich

E-Mail: a.friedrich@anna-roles-haus.de

Internet: www.anna-roles-haus.de

ICF-Anwendung bei Menschen mit komplexen Beeinträchtigungen sowie psychischen/Verhaltensstörungen

1. Der Trend des Hilfebedarfs für psychische und Verhaltensstörungen in Einrichtungen der JG-Gruppe

Die als ICD-10-F-Diagnosen fachärztlich erfassten psychischen und Verhaltensstörungen (PSVS) einer Person bilden die Voraussetzung für ihre ICF-basierte Teilhabeplanung. Dieser spezielle und zugleich oft sehr umfangreiche Hilfebedarf nimmt seit ca. 25 Jahren kontinuierlich langsam zu (Recherche-Ergebnisse: www.Ingo-Kretschmer.de > Forschung 2016) – ein Trend, der auch die JG-Einrichtungen in besonderem Maße betreffen wird.

2. Ist eine ICF-basierte Planung geeignet, Teilhabe mit psychischen und Verhaltensstörungen inhaltlich erfassen und abbilden zu können?

Probeweise wurden im Rahmen des hier beschriebenen Projekts ICF-Teilhabeplanungen für Menschen mit Beeinträchtigung, die zusätzliche PSVS haben, durchgeführt und ausgewertet. Es kamen effektive ICF-Anwendungen zustande, wenn zwei Vorgehensweisen eingehalten wurden, die sich in diesem Zusammenhang als unverzichtbar herausstellten:

a) Die Entstehungsbedingungen der geschädigten Körperfunktion müssen unbedingt abgeklärt und einbezogen werden. Es macht für das Teilhabemanagement einen fundamentalen Unterschied, ob z. B. eine Beeinträchtigung der psychischen Stabilität (b1263) eines Kindes mit einer frühkindlichen Entwicklungsstörung seines zentralen Nervensystems zusammenhängt oder mit später entstandenen Belastungen durch seine soziale Umgebung.

b) Die Auswahl der relevanten Komponenten und ihrer positiven und negativen Wechselwirkungen bei Verhaltensstörungen einer bestimmten Person in

bestimmten Teilhabesituationen müssen als „Rehabilitationshypothese“ eigens erarbeitet werden. Sie erfordern das zusätzliche Fachwissen über evidenzbasierte Fördermaßnahmen, die tatsächlich eine verbesserte Teilhabe bei den diagnostizierten PSVS bewirken können.

Diese besonderen Planungsmerkmale sind in der ICF nicht inhaltlich konkretisiert, aber sie können als Konkretisierung des Bio-psycho-sozialen Modells eingebracht werden.

3. Fazit

Die ICF-Anwendung bei psychischen und Verhaltensstörungen verlangt stringent die Abklärung, welche Körperstrukturschädigung und Körperfunktionsstörung sich besonders auf eine Teilhabesituation auswirken. Damit kommt es zu einer Fokussierung der Teilhabeplanung: Körperliche Zusammenhänge der PSVS werden besonders beachtet und dann folgerichtig mit evidenzbasierten Fördermaßnahmen in der Teilhabeplanung berücksichtigt. Die ICF-Anwendungen führen also dazu, dass neben psycho-somatischen Aspekten verstärkt somato-psychische Aspekte abgeklärt und eingeplant werden. Genau dieser Fokus wird der Tatsache gerecht, dass beispielsweise die oben genannte große Gruppe von jungen Menschen mit frühkindlicher körperlicher Entwicklungsstörung rehabilitative Entwicklungsförderungen benötigt, also Rehabilitationsmaßnahmen zur Teilhabe. Das sind Eingliederungshilfen im engeren Sinne von SGB IX / XII / BTHG im Unterschied zu psychotherapeutischen Krankenbehandlungen von psychischen Störungen im Sinne von SGB V. ICF-basierte Teilhabeleistungen für körperlich bedingte psychische Störungen werden somit als Eingliederungshilfen besser finanzierbar.

Autor und Ansprechpartner:

Dr. Ingo Kretschmer

E-Mail: i.kretschmer@antoniushaus-hochheim.de

Internet: www.antoniushaus-hochheim.de



Passgenaue Teilhabeplanung in Werkstätten

Kurzlisten mit zielgruppenorientierten Items erleichtern die ICF-Anwendung in den verschiedenen Arbeitsbereichen. Der Benediktushof in Maria Veen hat jetzt eine ICF-Kurzliste speziell für die Beschäftigten von Werkstätten für behinderte Menschen entwickelt.

Der Benediktushof in Maria Veen nutzt, wie alle anderen ICF-anwendenden Organisationen, Kurzlisten, um die Möglichkeiten und Ressourcen von Menschen mit einem Gesundheitsproblem zu erfassen. Die Kurzlisten erleichtern ganz individuell für jeden Leistungsnehmer die Identifikation der für ihn entscheidenden Teilhabeziele. In der Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM) des Benediktushofs lag bisher eine solche Checkliste nicht vor.

Die neu entwickelte Kurzliste konzentriert sich auf diejenigen Fähigkeiten, Eigenschaften und Umweltfaktoren, die für die Zielgruppe der Menschen mit Körper- und Mehrfachbehinderung notwendig sind. Sie gestaltet sich anwenderfreundlich und praktikabel; damit verbunden ist auch die Operationalisierung der ICF.

„Die ICF-Gesamtliste mit über 1.400 Items ist wenig überschaubar“, meint Till Weinekötter (44) aus der WfbM in Maria Veen. Weinekötter ist Gruppenleiter im berufsbildenden Bereich sowie Abteilungsleiter im betreuungsintensiven Bereich und arbeitet seit rund zehn Jahren im Benediktushof. Er möchte bei der Umsetzung ihrer Teilhabeziele allen Beschäftigten gerecht werden und sagt: „Die Vorteile, welche die ICF in puncto Ganzheitlichkeit und Leistungsnehmerzentrierung mit dem Schwerpunkt auf der funktionalen Gesundheit bietet, sind unbestritten.“ Zugleich ist er der Meinung, dass der Umgang mit der ICF für alle Beteiligten handhabbar bleiben sollte.

Deshalb hat er die ICF-Gesamtliste für die WfbM im Benediktushof auf praktikable 62 Items verkleinert. Zudem hat er jedes einzelne Item der Kurzliste operationalisiert, und das bedeutet: Jedes Item wurde um Beispiele und Informationen ergänzt, die deutlich machen, was genau damit gemeint ist. So kann der Anwender einen direkten Bezug zur Alltagspraxis herstellen. Die Bewertung wird dadurch erleichtert und zugleich werden das ICF-basierte Denken und Arbeiten gefördert.



Die neue ICF-Kurzliste orientiert sich an folgenden Kernfragen:

1. Welche Funktionseinschränkungen in Bezug auf die Teilhabe am Arbeitsleben sind in der WfbM vorrangig vertreten?
2. Welche relevanten Aktivitäts- und Teilhabeaspekte sind zu berücksichtigen?
3. Ist die Kurzliste in ausreichendem Maße ganzheitlich ausgerichtet, sodass sie eine fundierte und aussagekräftige Teilhabeplanung für die Zielgruppe ermöglicht?

Zurzeit schult Till Weinekötter 32 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der WfbM des Benediktushofs Maria Veen, um sie mit der Teilhabeplanung und mit dem Instrument der ICF vertraut zu machen. „Die Kollegen sollen in ihrem Alltag problemlos mit der Item-Liste umgehen können“, sagt er. So komme man dem Ziel näher, für jeden Werkstatt-Beschäftigten einen passgenauen Arbeitsplatz zu finden, den er trotz seiner Einschränkung mit der entsprechenden Unterstützung ausfüllen kann.

Autor und Ansprechpartner:

Bernhard Seggebaing

E-Mail: b.seggebaeing@benediktushof.de

Internet: www.benediktushof.de

ICF-basiert denken und handeln

In der Heinrich-Sommer-Klinik ist das Bio-psycho-soziale Modell bereits fest in die Arbeit integriert – dank verschiedener Maßnahmen, vom Workshop bis hin zur „ICF-Besprechung“.

Die Heinrich-Sommer-Klinik im Berufsförderungswerk (BFW) Bad Wildbad ist eine von nur fünf Kliniken in Deutschland, die als Rehabilitationszentrum für Querschnittgelähmte anerkannt ist. Zurzeit können dort 53 Patienten behandelt werden. ICF in der Heinrich-Sommer-Klinik heißt vor allem: Alle Mitarbeiter im Rehabilitationsteam sehen und verstehen den Patienten als Individuum, mit allen seinen relevanten Facetten und vor seinem konkreten Lebenshintergrund.

Die große Bedeutung des Bio-psycho-sozialen Modells der ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) für die medizinische Rehabilitation wird durch die Forderung der Kostenträger an die Einrichtungen deutlich, die Zielsetzung, therapeutische Maßnahmen und die Dokumentation ICF-basiert durchzuführen. Das kurativ-medizinische Handeln soll systematisch erweitert werden um eine ganzheitliche bio-psycho-soziale Betrachtung, bei der die Krankheiten und Krankheitsfolgen in Beziehung zur Biografie und Lebenswelt des betroffenen Menschen gesehen werden können. Wichtige Impulse zur Implementierung sind auch von der beruflichen Rehabilitation des BFW Bad Wildbad ausgegangen, die zunehmend ICF-basiert arbeitet.

Bereits im Jahr 2015 führte der Chefarzt Dr. Michael Zell im Rahmen interner Schulungen in die Thematik ICF ein. In 2016 folgten im Februar und Juli zweitägige Workshops außer Haus, in denen je zehn Mitarbeiter aus allen Abteilungen geschult wurden.

Weiterhin wurde eine „ICF-Besprechung“ etabliert, bei der einmal pro Woche ausgewählte Patienten entsprechend dem Bio-psycho-sozialen Modell besprochen und dokumentiert werden. Damit soll ein Vorgehen eingeübt werden, das sukzessive in die „normalen“ Teambesprechungen Einzug halten wird und die separate ICF-Besprechung überflüssig machen soll.



Bislang war die Kommunikation bei den Teambesprechungen sehr von medizinisch-therapeutischer Sprache geprägt. Vor allem wurden Probleme auf der körperlichen-strukturellen Ebene diskutiert und dargestellt. Die Nutzung der ICF führt dazu, dass z. B. Sozialdienst-Mitarbeiter und Psychologen, aber auch neu ins Team hinzugekommene Ärzte leichter verstehen, worin die Probleme und konkreten Ziele des Patienten bestehen. Jetzt werden die Ziele allgemeinverständlich formuliert, sodass der Patient „plastischer“ und „greifbarer“ wird. Die Einflüsse der Kontextfaktoren (personen- und umweltbezogen) werden unmittelbar deutlich.

Weitere Projektziele, die sich derzeit schon in der Umsetzungsphase befinden, sind die komplette Implementierung der ICF-basierten Reha-Zielplanung in die wöchentlichen Teambesprechungen und des SCIM (Spinal-Cord-Independence-Measure) als Assessment auf der Aktivitätsebene. Entsprechende EDV-gestützte Dokumentationen werden in unserem KIS (Krankenhausinformationssystem) vorgenommen.

Autor und Ansprechpartner:

Dr. med. Michael Zell

E-Mail: m.zell@heinrich-sommer-klinik.de

Internet: www.bfw-badwildbad.de



Interdisziplinäre Zusammenarbeit verbessern

Implizit ist der ganzheitliche, ressourcenorientierte Ansatz der ICF seit Langem die Grundlage für die individuelle Leistungsplanung und Leistungserbringung im Berufsförderungswerk (BFW) Hamm. Mit dem Projekt „ICF.2016“ wird die zugrunde liegende Philosophie jedem Mitarbeiter unserer Einrichtung explizit bewusst gemacht.

Passgenaue Items

Umgesetzt wird die ICF im Rahmen der Teilhabeplanung. Diese erfolgt derzeit mit dem von den Leistungsträgern geforderten Prozessprofil (PP) und Prozessmonitoring (PM). In Zusammenarbeit mit der JG-Zentrale wurde eine „Übersetzungstabelle“ erstellt, die den „Kompetenzen“ des PP/PM entsprechende „Codes“ der ICF zuordnet. Es kann somit eine ICF-basierte Leistungsplanung nachgewiesen werden. Die im BFW Hamm eingesetzte Projektgruppe „ICF.2016“ plant eine Überprüfung der Passgenauigkeit dieser Items. Eine Ergänzung um Umweltfaktoren, die vorrangig von den begleitenden Diensten erhoben werden, soll erfolgen. Die interdisziplinäre Zusammenarbeit sehr unterschiedlicher Berufsgruppen ist gefordert, um für die Leistungsnehmer optimale Förderung, bezogen auf das Teilhabeziel und die berufliche Integration, zu gewährleisten. Die ICF kann eine gute Grundlage für eine reibungslose Kommunikation und Zusammenarbeit sein, wenn alle beteiligten Berufsgruppen die zugrunde liegende Haltung gegenüber den Leistungsnehmern verinnerlicht haben. Alle 186 Mitarbeiter des BFW Hamm werden deshalb nach den vorgegebenen JG-Standards geschult. Die Schulungen sollen bis Ende Februar 2017 abgeschlossen sein.

Um die Verbesserung der interdisziplinären Zusammenarbeit geht es auch in einem weiteren ICF-Projekt: Von den Leistungsnehmern werden im BFW umfang-

reiche Daten erhoben – bei der Aufnahme, im Assessment, im Medizinischen Dienst, vom Rehabilitations-/Integrationsmanager und vom Psychologischen Dienst. Was bisher fehlt, ist eine einheitliche Form der Erfassung und ein strukturiertes Zusammenführen dieser Daten. Dem Leistungsnehmer wird dadurch zugemutet, die gleichen Informationen mehrmals liefern zu müssen.



Strukturierte Datenerfassung

Eine Arbeitsgruppe ist mit der Sichtung und Vereinheitlichung aller sich derzeit in Gebrauch befindlichen Erhebungsbögen beauftragt worden. Sie entwickelt einen einheitlichen Erhebungsbogen, der in die Datenbank eingepflegt werden soll. Alle Mitarbeiter, die mit der Datenaufnahme oder Anamnese betraut sind, werden den für sie relevanten Teil des Erhebungsbogens bearbeiten und mit Informationen füllen. Sie haben gleichzeitig Zugang zu den Daten des Leistungsnehmers, die bereits an anderer Stelle erhoben wurden. Der Datenschutz wird durch entsprechende Zugriffsbeschränkungen eingehalten. Die Arbeitsgruppe wird den Informationen des Erhebungsbogens entsprechende ICF-Codes zuordnen. So gibt es bereits in einer frühen Phase der Umschulungsmaßnahme Hinweise auf mögliche Förderfaktoren oder Barrieren, die bei der Teilhabeplanung berücksichtigt werden müssen.

Autorin und Ansprechpartnerin:

Karin Hagedorn

E-Mail: khagedorn@bfw-hamm.de

Internet: www.bfw-hamm.de

Mehr Teilhabe für Menschen mit autistischen Störungen

Die Projektgruppe im Conrad-von-Wendt-Haus befasste sich mit der Frage, wie das Bio-psycho-soziale Modell an einem Fallbeispiel eines Bewohners mit Autismus-Spektrum-Störung, bezogen auf das herausfordernde Verhalten, angewandt werden kann. Unsere Mitarbeiter nahmen an Schulungen zu dem Ansatz von Bo Hejlskov Elven, „Herausforderndes Verhalten vermeiden“, teil. Hierdurch wurde der Aspekt „Bewertung des Verhaltens durch das Umfeld“ näher beleuchtet.

Unsere Beschäftigung mit dem Bio-psycho-sozialen Modell an diesem Fallbeispiel hat uns deutlich gemacht, wie wichtig die Gestaltung der Umweltfaktoren (strukturierte Tagesgestaltung mit TEACCH und insbesondere die Kommunikation mit Bildkarten) ist. Durch die Sichtweise der ICF ist es einfacher zu verstehen, wo wir in der Gestaltung der Hilfe ansetzen müssen, um die Teilhabe der Klienten zu fördern. So konnte durch die trainierte Verwendung von Bildkarten die Teilhabe beim Einkaufen wesentlich verbessert werden. Der Bewohner mit Autismus-Spektrum-Störung kann z. B. von ihm ausgewählte Produkte im Supermarkt anhand der Bildkarten selbst finden, auswählen und in den Einkaufswagen legen. Auch die Kompetenzen im Bereich der persönlichen Hygiene konnten durch die Kommunikation mit Bildkarten verbessert werden. Durch die ICF-basierte, strukturierte Erfassung der personenbezogenen Faktoren konnten zudem Potenziale des Bewohners deutlicher erkannt werden, z. B. seine Freude am Lernen und seine soziale Ausrichtung. Dies bestärkt uns darin, ihm weiterhin angemessene Trainingmöglichkeiten im TEACCH-Ansatz anzubieten.

Autor und Ansprechpartner:

Karl Wilhelm Fricke

E-Mail: kw.fricke@cvw-haus.de

Internet: www.cvw-haus.de



ICF im Ambulant Betreuten Wohnen

Während bereits dem aktuellen Instrument der Hilfeplanung im Betreuten Wohnen das Bio-psycho-soziale Modell der ICF zugrunde liegt (Integrierter Hilfeplan – IHP), so wird mit dem anstehenden Wechsel zum Integrierten Teilhabeplan (ITP) die ICF in deutlich höherem Ausmaß berücksichtigt werden. Zukünftig erfolgt bei der Erhebung und Beschreibung des Bedarfs nicht nur die Orientierung am Krankheitsfolgemodell, sondern darüber hinaus werden auch die klassifizierenden Items sowie deren Bewertung eine entscheidende Rolle spielen.

Vor diesem Hintergrund hat sich im Oktober 2016 erstmals die Projektgruppe „ICF im Ambulant Betreuten Wohnen“ zusammengefunden, die zunächst in der Kategorie „A“ des Fortbildungskonzepts der JG-Gruppe geschult wurde. Im weiteren Verlauf wurden folgende Projektziele festgelegt:

- // Abstimmung mit Kostenträger (hier: LWV-Hessen) zur zeitnahen Anwendbarkeit der Schulungsinhalte in der Praxis, möglichst mittels ITP;
- // Ausbildung von Multiplikatoren zur Schulung aller operativen Mitarbeiter;
- // ICF-Schulung der Kategorien „A“ und „B“ aller Mitarbeiter in 2017;
- // Abgleich der ITP-Item-Liste mit der JG-Basis-Item-Liste und ggf. Ergänzen notwendiger Items;
- // Verfassen eines Leistungskatalogs zum vereinfachten Erstellen des ITP.

Aus Sicht der Projektverantwortlichen sind im ambulanten Bereich die Voraussetzungen gegeben, dass eine zeitnahe Umsetzung und Anwendbarkeit ICF-basierenden Arbeitens als sinnvoll und realistisch erscheint.

Autoren und Ansprechpartner:

Daniela Strickert/Isabell Katrusa/Thilo Kaus/Frank Marzinkowski

E-Mail: d.strickert@adh-oberursel.de

Internet: www.st-vincenzstift.de



ICF-basierte Dokumentation von Prozessen der Bedarfsermittlung und Teilhabeplanung

Ende 2015 entstand in Haus Rheinfrieden im Rahmen des JG-weiten ICF-Projekts eine Arbeitsgruppe, die sich mit dem Auftrag beschäftigte, die ICF in die Prozesse des Teilhabe- bzw. Case Managements zu implementieren. Neben der Erarbeitung und Überarbeitung sämtlicher Prozessbeschreibungen galt es auch, ein neues Dokumentationssystem zu den Prozessen Bedarfsermittlung und Teilhabeplanung zu entwickeln. Da die Fertigstellung der ICF-basierten Software (Vivendi.JG) in noch nicht absehbarer Zukunft lag, sollte eine Übergangslösung geschaffen werden.

Ziel dieser Übergangslösung war es, ein Dokument zu erstellen, welches praxistauglich ist und gleichzeitig auf die Vivendi.JG vorbereitet. Entstanden ist dabei, neben den dazugehörigen Prozessbeschreibungen, ein Microsoft-Word-Formular, welches nun als Grundlage für eine ICF-basierte Bedarfsermittlung sowie Teilhabeplanung dient und seit Beginn des Schuljahrs 2016/2017 von den zuständigen Mitarbeitern genutzt wird.

Um die Mitarbeiter an das sehr umfangreiche Thema ICF heranzuführen und in einem angemessenen Tempo einzuarbeiten, haben wir uns dazu entschieden, die Items noch nicht in das besagte Dokument zu integrieren. Stattdessen gilt es, Kernaussagen zu treffen, welche den entsprechenden Kapiteln der ICF (Körperfunktionen, Aktivitäten etc.) zugeordnet werden. Die Herausforderung besteht darin, die Beobachtungen aus dem Alltag in die zugehörigen ICF-Kapitel zu übertragen und eine Aussage zu formulieren. Aus den getroffenen Kernaussagen ergeben sich dann Ziele und Maßnahmen, welche ebenfalls in dem Dokument festgehalten werden. So können sich die Mitarbeiter schon mit den Kapiteln der

ICF vertraut machen und Grundlagen schaffen, welche bei einer Vertiefung der Materie in Richtung Item-Ebene Voraussetzung sind.

Das Projekt für den Kongress bestand nun darin, eben dieses Dokument in Form eines Workshops zu präsentieren. Einrichtungen, welche sich bezüglich der ICF-Implementierung auf einem ähnlichen Stand wie Haus Rheinrieden befinden oder weniger fortgeschritten sind, haben so die Möglichkeit, zu sehen, ob solch ein Dokument, in für sie angepasster Form, vielleicht auch eine Übergangslösung wäre, die auf Vivendi.JG vorbereitet.



Zur Vertiefung des Verfahrens und Erprobung der Kongress-Gegebenheiten wurde kürzlich eine Falldokumentation mit den beteiligten Mitarbeitern ausführlich erarbeitet.

Autor und Ansprechpartner:

Daniel Doclot

E-Mail: d.doclot@haus-rheinrieden.de

Internet: www.haus-rheinrieden.de



Schülerzentrierte Förderplanung in der Christiane-Herzog-Schule

Umfassende und breit angelegte diagnostische Prozesse sind zentrale Voraussetzungen für eine schülerzentrierte und erfolgreiche pädagogische Entwicklungsförderung eines jeden Schülers. Neben einer wertschätzenden und offenen Grundhaltung zwischen den Agierenden gilt es, die Lebens-, Lern- und Handlungssituation der Schüler multiprofessionell durch Lehrkräfte, pädagogische Mitarbeiter, Ärzte, therapeutische und pflegerische Fachkräfte zu beschreiben. Die Eltern übernehmen dabei als „Experten für ihr Kind“ einen verantwortungsvollen emanzipatorischen Part.

Die multiprofessionelle Erfassung und Beschreibung der Möglichkeiten eines Kindes hinsichtlich Aktivität und Teilhabe in seinem Lebensumfeld und insbesondere in der Schule erfolgt in der Christiane-Herzog-Schule seit dem Jahr 2012 auf der Grundlage der ICF-CY (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen). Die Grundannahmen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) werden dabei berücksichtigt. Es wurde eigens dafür ein auf Excel basierendes Erfassungsinstrument entwickelt und flächendeckend eingeführt.

Nach fachspezifischer Relevanz ausgerichtete Core Sets ermöglichen unter Einbezug gründlicher Anamnese-Erhebungen, pädagogischer Diagnostik und fachspezifischer Assessments die jeweiligen Körperfunktionen und -strukturen, die Aktivitäten, die Teilhabe sowie die umwelt- und personenbezogenen Kontextfaktoren für alle Kinder und Jugendlichen systematisch zu erheben und zu beschreiben. In interdisziplinären Teambesprechungen werden auf dieser Grundlage Fähigkeiten, Problemstellungen und Ressourcen eines Kindes in einer einheitlichen

Nomenklatur festgehalten, besprochen, ein umfassendes Problemverständnis erarbeitet und Handlungs- und Entwicklungsräume formuliert.

Die anschließende gemeinsame Individualförderplanung lässt unter Berücksichtigung des schulischen Bildungs- und Erziehungsauftrags und des Leitbilds der Christiane-Herzog-Schule im Austausch mit den Eltern die Formulierung individuell bedeutsamer Bildungs- und Entwicklungsziele in verschiedenen Förderschwerpunkten zu. Dem multiprofessionellen Team bleibt die Vereinbarung und Operationalisierung SMARTer Förderziele sowie die fachkompetente und koordinierte Umsetzung der Fördermaßnahmen in Unterricht, Therapie und Pflege.



Förder- und Entwicklungserfolge werden im Rahmen der regelmäßigen Revisionen in dem Erfassungsinstrument über die Veränderung des Ausprägungsgrads der Beeinträchtigung oder das Einfügen von Kommentaren dokumentiert.

Im Schuljahresturnus erlaubt das Erfassungsinstrument eine systematische Evaluation und stets differenziertere Erfassung der funktionalen Gesundheit der Schüler. So lässt sich über die gesamte Schullaufbahn eines Kindes ein personenzentrierter Förder- und Entwicklungsverlauf abbilden.

Autoren und Ansprechpartner:

Rosemarie Schmidt, Michael Kasel

E-Mail: rosemarie.schmidt@heinrich-haus.de

Internet: www.heinrich-haus.de



Der Erbringungsplan in 3-D

Wie das Josefsheim Teilhabeplanung mit Ressourcenplanung verbindet.

Vom individuellen, ICF-basierten Teilhabeplan zur Ressourcenplanung und später zur Personaleinsatzplanung – damit beschäftigt sich das ICF-Projekt des Josefsheims. Was tragen die einzelnen Abteilungen zu den im Teilhabeplan vereinbarten Zielen und Leistungen bei? Und welche Ressourcen müssen sie dafür aufwenden? Diese Fragen sollen den Abteilungsleitern für ihren Verantwortungsbereich und den Case Managern für den einzelnen Leistungsnehmer EDV-gestützt beantwortet werden. In einem späteren Entwicklungsschritt soll das Instrument auch die Personaleinsatzplanung ermöglichen.

Derzeit handelt es sich bei dem Instrument um ein Excel-basiertes Werkzeug, das zukünftig in seinen Grundzügen über das Teilhabemanagement innerhalb von VIVENDI.JG abgebildet werden soll. Nachfolgend eine Übersicht über die drei Dimensionen des Erbringungsplans:

Dimension „Leistungsübersicht“

Sie ist die Basis. Ausgehend von der individuellen, ICF-basierten Teilhabeplanung fließen die dort besprochenen Leistungen ein. Dies erfolgt in der für den Menschen und den jeweiligen Leistungserbringer geeigneten Struktur, z. B. nach seinem Tagesablauf. Der Leistungserbringer beschreibt, wie die jeweiligen Leistungen individuell (qualitativ und quantitativ) durch wen (Mitarbeiterqualifikation) zu erbringen sind, wie dokumentiert wird und wann eine Wirkungskontrolle erfolgen soll.

Dimension „Ressourcenplanung“

Ist die Leistungsübersicht erstellt, führt der Budgetverantwortliche für diesen Leistungsbereich die Ressourcenprüfung und -planung durch. Hierzu wählt er pro Leistung den jeweils für die gewünschte Qualifikation hinterlegten Stundenverrechnungssatz aus. Über die Angaben zum Stundenverrechnungssatz, das Intervall und die Dauer der Leistung sowie den benötigten Personalfaktor (Einzelleistung $x : 1$ oder Gruppenleistung $1 : x$), berechnen sich sowohl der zeitliche Aufwand in Stunden als auch der fiskalische Aufwand in Euro pro Leistung (bezogen auf 30 Tage). Daraus ergeben sich Einzelsummen, die zu einer finalen Summe zusammengeführt und den Erlösen gegenübergestellt werden. Mithilfe dieses Ergebnisses muss der Budgetverantwortliche entscheiden, ob die Leistungen mit dem betreffenden Menschen vereinbart werden können oder ob, im Austausch mit dem Betroffenen und seinem Case Manager, nachgesteuert werden muss.

Dimension „Personaleinsatzplanung“

Aktuell bildet der Erbringungsplan nur die Basis für die Personaleinsatzplanung. Da eine komplexe Umsetzung in Excel auf Dauer zu aufwendig und anfällig ist, kann eine konsequente und effiziente Planung nur mithilfe eines entsprechenden EDV-Systems erfolgen. Mit Blick auf die Implementierung von VIVENDI.JG haben wir an dieser Stelle auf eine aufwendige Weiterentwicklung eines einheitlichen Instrumentariums verzichtet. Die Abteilungsleiter nutzen zurzeit noch ihre eigenen Erbringungspläne.

Autor und Ansprechpartner:

Sven Borgmann

E-Mail: s.borgmann@josefsheim-bigge.de

Internet: www.josefsheim-bigge.de



ICF-Schulung inklusiv

Im Kardinal-von-Galen-Haus in Dinklage nahmen Mitarbeiter und Bewohner gemeinsam an einer ICF-Schulung teil – für alle ein Gewinn.

Was passiert, wenn Mitarbeiter und Bewohner sich gemeinsam in der ICF schulen? Dieser spannenden Herausforderung stellten sich im Oktober 2016 – unter Anleitung von ICF-Projektleiterin Claudia Soggeberg – fünf Mitarbeiter und vier Bewohner des Kardinal-von-Galen-Hauses.

Was genau bedeutet ICF, wofür brauchen wir das und welches Gedankengut steckt dahinter? Nach einer kurzen Vorstellungs- und Einführungsrunde wurden diese Themen anhand von praxisorientierten Anwendungsaufgaben in Kleingruppen bearbeitet. Am Beispiel eines Bewohners wurde überlegt: Was sind fördernde, was hemmende Faktoren? Was ist „normal“, was ist „anders“? Was sind Ressourcen und in welchen Aktivitäten ist der Bewohner eingeschränkt? Dabei lenkten die Teilnehmer immer den Blick darauf, ob es personenbezogene oder Umwelt-Faktoren sind, die den Menschen behindern, oder ob eine Funktionsstörung Auslöser für die Einschränkungen in der Aktivität ist.

Die Ergebnisse der einzelnen Teams wurden in der Gesamtgruppe vorgestellt und reflektiert. Hierbei waren es vor allem die Rückmeldungen der Bewohner, die beeindruckten. Wie gut die Bewohner Einschätzungen vornahmen und sich in andere Bewohner hineinversetzen konnten, regte viele Mitarbeiter zum Nachdenken an und erweiterte den Blick fürs Wesentliche.



Die Orientierung am Bio-psycho-sozialen Modell vorzunehmen, den Fokus nicht auf Einschränkungen zu legen, sondern auf die Frage, wie Teilhabe gelingt, die Erkenntnis zu gewinnen, dass Bewohner sehr genau wissen, was sie benötigen und sich wünschen – dies alles sind Ergebnisse aus der gemeinsamen Schulung. Das begeisterte Fazit der Teilnehmer: „Das war ein toller Tag mit viel Spaß und guter Laune.“ Abgerundet wurde das Ganze durch eine gemeinsame Präsentationsvorbereitung für den 11. JG-Kongress in Bonn.

Autorin und Ansprechpartnerin:

Marion Tegenkamp

E-Mail: m.tegenkamp@kvg-haus.de

Internet: www.kv-galen-haus.de



Von der Diagnose zum Teilhabeziel

Nutzung der ICF in der Eingliederungshilfe für psychisch kranke Menschen

Eine besondere Schwierigkeit in der Arbeit mit psychisch Erkrankten besteht darin, ausgehend von der medizinischen Diagnose bzw. der Bandbreite an Symptomen auf die bedeutsamen Einschränkungen im Alltag zu schließen. Als Anbieter von Leistungen der Eingliederungshilfe nach SGB XII geht es uns im Rehabilitationszentrum aber genau darum: Welche Einschränkungen der Teilhabe ergeben sich als Krankheitsfolge und welche Zielstellungen lassen sich daraus ableiten?

Schon seit etlichen Jahren nutzen wir die ICF als gedankliche Grundlage unserer Arbeit. Das Bio-psycho-soziale Modell begleitet uns täglich in unserer Auseinandersetzung mit den Klienten. Die Gesamt-ICF als Assessment-Verfahren hat sich bisher nicht bewährt, und so haben wir uns über die anfängliche Bildung von Core Sets an ICF-Items (Basislisten) an schon verfügbare standardisierte Verfahren gehalten.

Im Folgenden soll der Ablauf der Teilhabeplanung exemplarisch dargestellt werden und letztendlich anhand von Fallbeispielen in einem Modell zusammenfließen. Aus der ICD-Diagnose als Fremdeinschätzung und der SCL-90 als Selbsteinschätzung ergibt sich für uns ein erstes Bild vom bestehenden Gesundheitsproblem. Im nächsten Schritt versuchen wir die Einschränkungen der mentalen Körperfunktionen auf ICF-Ebene abzuschätzen. Dabei helfen uns neben den bisher erhobenen Daten auch die Richtlinien zur sozialmedizinischen Begutachtung der Deutschen Rentenversicherung, die für jede psychische Erkrankung in Tabellenform die üblichen Einschränkungen zusammengetragen hat. Diese gleichen wir sowohl mit unseren erhobenen Daten als auch mit unseren bisherigen Verhaltensbeobachtungen ab.

Die Einschränkungen in den Aktivitäten und der Teilhabe lassen sich unserer Erfahrung nach sehr effizient mit der Mini-ICF-App erheben, welche zwar nicht auf ICF-Item-Ebene konzipiert ist, sich aber auf die wichtigsten 13 Bereiche der Teilhabe konzentriert, in denen sich typische Einschränkungen durch seelische Erkrankungen ergeben, z. B. Anpassung an Regeln und Routinen, Flexibilität und Umstellungsfähigkeit, Gruppenfähigkeit, Mobilität usw. Beide Bereiche, Aktivitäten und Teilhabe, werden dabei nicht voneinander getrennt betrachtet.

Im Gespräch mit dem Klienten ergeben sich die für ihn relevanten bzw. bedeutsamen Teilhabebereiche. Erste grobe Zielstellungen werden formuliert und anschließend wird überlegt, welche Aktivitäten dafür notwendig sind. Zum Beispiel müssen für das Ziel „eigenständig Wohnen“ u. a. die Erledigung von Hausarbeiten, das Einkaufen, die Zubereitung von Mahlzeiten, das Herstellen von Ordnung und Sauberkeit, das selbstständige Einhalten von Terminen außerhalb (Arzttermine, Sozialkontakte, Arbeitsstelle oder Tagesstätte, ...), die Schaffung und Einhaltung einer Tagesstruktur, die Sorge für die eigene Gesundheit (was gesunde Ernährung genauso wie die regelmäßige Einnahme von verschriebenen Medikamenten beinhaltet) gut funktionieren. Auf der Ebene der Aktivitäten werden dann die Teilziele formuliert und für einen festgelegten, meist überschaubaren Zeitraum unterstützende Maßnahmen vereinbart.

Nicht zu vergessen sind hierbei die Kontextfaktoren, die zum einen als individuelle Merkmale der Person selbst hilfreich oder erschwerend wirken können oder auch als Merkmale der äußeren Umwelt (Unterstützung durch andere Menschen, die Verfügbarkeit von Hilfsmitteln, die Beschaffenheit von Wohn- und Arbeitsumfeld usw.) bestimmte Maßnahmen von Anfang an unmöglich machen oder andernfalls nur durch diese zu bewerkstelligen sind.

Autorin und Ansprechpartnerin:

Janine Heinicke

E-Mail: j.heinicke@rehazentrum-stadtroda.de

Internet: www.rehazentrum-stadtroda.de



ICF zum Anfassen und Mitmachen

Das Case-Management-Team im Vinzenz-Heim hat sich zum Ziel gesetzt, Kindern und Jugendlichen den Nutzen der ICF zu vermitteln.

Im Vinzenz-Heim bildet die ICF schon seit einigen Jahren die Grundlage der Teilhabeplanung, bei Kindern und Jugendlichen wie auch bei den Erwachsenen jeden Alters. Dem Case-Management-Team rund um Abteilungsleiterin Elke Eismar-Stoertz war aber die bloße Anwendung dieses Ordnungssystems nicht genug. Ihr Wunsch war es, den Leistungsnehmern, Angehörigen und gesetzlichen Vertretern die Vorteile der ICF näherzubringen.

Zu diesem Zweck realisierten die Case Manager Lars Schilling und Andreas Schüller mit einer Gruppe von acht Kindern und Jugendlichen ein Bastelprojekt zum Thema „ICF – wie ‚behindert‘ bin ich?“ Gemeinsam bauten sie zwei verschiedene Welten: eine Welt mit Barrieren, welche die Teilhabe erschweren oder behindern, und eine Welt ohne Barrieren und mit viel Teilhabe. Beim Basteln wurde darüber diskutiert, was eine Barriere sein könnte und was hingegen unterstützend wirkt. Schnell stellte sich heraus, dass die Kinder „ihre Welt“ als die Kugel ohne Barrieren sehen. Im Rahmen ihrer kreativen Arbeit und der begleitenden Gespräche konnten die Kinder nachvollziehen, dass die ICF bzw. eine gute Teilhabeplanung einen wichtigen Teil dazu beiträgt.

Die Befragung verläuft mit der ICF klarer, strukturierter und für die Bewohner verständlicher. Mit dem Projekt konnte man den Kindern vermitteln, dass es sich direkt und positiv auf ihr Leben auswirken kann, wenn sie sich aktiv – mit ihren Bedarfen, Wahrnehmungen und Ideen – in die Gespräche mit ihrem Case Manager einbringen.



„Bilder sagen mehr als tausend Worte“

Für eine erfolgreiche ICF-Anwendung ist auch das Umfeld der Leistungsnehmer ein wichtiger Faktor. Angehörige, gesetzliche Vertreter, persönliche Betreuer und Kollegen müssen „mitgenommen werden“ und erkennen, dass diese Vorgehensweise für den Menschen mit Behinderung eine Verbesserung seiner Lebensumstände mit sich bringt. Gemeinsam mit seinem Kollegen Andreas Schüller hat Case Manager Tom Kästner den gesamten Teilhabeprozess filmisch dargestellt – getreu dem Motto „Bilder sagen mehr als tausend Worte“. Das hierfür entwickelte Storyboard wurde in zwölf Sequenzen umgesetzt. Der zweiminütige Film, in dem ausschließlich Menschen aus dem Vinzenz-Heim mitwirken, wurde auf dem JG-Kongress 2016 erstmalig präsentiert. Um die Kommunikation über Teilhabe und die ICF zu unterstützen, steht er jetzt unter www.vinzenz-heim.de allen Interessierten zur Verfügung.

Autoren und Ansprechpartner:

Elke Eismar-Störtz, Tom Kästner

E-Mail: e.eismar-stoertz@vinzenz-heim.de

Internet: www.vinzenz-heim.de

Ausblick

Dr. Theodor-Michael Lucas

Josefs-Gesellschaft gGmbH, Köln

Sprecher der Geschäftsführung





Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung

- // Rund 860.000 Menschen erhalten Eingliederungshilfe
- // Steigerung um ca. 3,1 % Anspruchsberechtigte
- // Durchschnittsalter: 34 Jahre
- // Kosten der Eingliederungshilfe jährlich rund 15 Mrd. € (dies entspricht 57 % der Sozialhilfeausgaben), seit Jahren steigende Tendenz

(Statistisches Bundesamt, Zahlen 2014)



BTHG – Ziele der Bundesregierung

- // Keine zusätzlichen Ausgaben für Länder und Kommunen
- // Ausgabendynamik der Eingliederungshilfe stoppen
- // Finanzielle Entlastung durch BTHG ab 2021
- // Effizienzrendite von 1,5 % ab 2022 für den Kostenträger erreichen und sichern
- // Erhöhung der Steuerungsfähigkeit in der Eingliederungshilfe



BTHG – Ziele der Bundesregierung

- // Vertragsrecht soll zu einer effizienteren Leistungserbringung durch die Leistungsanbieter führen
- // Zugänge in der Eingliederungshilfe wirksam bremsen
- // Steuerungsfähigkeit der Eingliederungshilfe erhöhen durch Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsprüfung
- // Recht zur Kürzung der Vergütung



1. Individuelle Teilhabepanung

- // ICF verbessert durch eine gemeinsame Sprache die Zusammenarbeit aller Beteiligten (Leistungsnehmer, Reha-Team, Case Manager, Leistungsträger)
- // ICF-Steuerung führt zu einem Abgleich von Zielen und Wünschen mit der vorhandenen finanziellen Möglichkeit im Rahmen der Finanzierung durch die Sozialhilfe
- // ICF-Projekte zeigen die Vielfalt und Kreativität innerhalb der JG-Gruppe und zeigen, dass wir auf dem richtigen Weg sind
- // ICF-Steuerung kann und soll Chancen im sozialen Umfeld öffnen
- // ICF entspricht unserem Menschenbild



2. Ressourcenorientierung

- // ICF liefert eine transparente Erfassung von Bedarfen, Zielen und Leistungen
- // ICF-basierte Teilhabeplanung liefert eindeutige Zuordnungen von Zuständigkeiten, d. h. Vermeidung von Doppelarbeiten und Gegeneinander-Arbeiten
- // ICF-Steuerung funktioniert und ist nicht so schwierig, wie es im ersten Moment erscheint



3. Überprüfbarkeit / Leistungskontrolle

- // IT-gestützte Planung, Durchführung und Dokumentation des Teilhabeprozesses verbessert die Qualität durch Standardisierung
- // IT-Vernetzung erhöht die Transparenz gegenüber dem Leistungsträger und erleichtert die Interaktion bei möglichen Kontrollen



4. Wirtschaftliche Steuerung

- // ICF kann und soll Ressourcen freisetzen und die Effizienz der Leistungserbringung erhöhen
- // ICF ist Grundlage für die Teilhabepanung von Connex Vivendi
- // IT-Vernetzung von Planung, Durchführung und Dokumentation mit Leistungsabrechnung und Buchhaltung und Personalbedarfsermittlung verbessert die Steuerung des Ressourceneinsatzes



- + selbstbewusste und empowerte Leistungsnehmer
 - + aktive Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter
 - + JG-Teilhabemanagement
 - + ICF-basiert und personenzentriert
 - + ökonomisch und ressourcenorientiert
 - + gesteuert durch Case Management
 - + VIVENDI.JG
-
- = Herausforderungen erfolgreich meistern



Im Mittelpunkt der Mensch

Josefs-Gesellschaft gGmbH

Custodisstraße 19–21, 50679 Köln

Tel. 0221.889 98-0, Fax 0221.889 98-60

info@josefs-gesellschaft.de, www.josefs-gesellschaft.de

www.facebook.com/josefsgesellschaft