



Casemanagement durch Therapeutinnen und Therapeuten

Matthias Schmidt-Ohlemann

Rehabilitationsfachdienste Stiftung kreuznacher diakonie
Vorsitzender der BAG MZEB
Vorsitzender der Dt. Vereinigung für Rehabilitation
Landesarzt für Körperbehinderte

1. MZEB Kongress Nürnberg/Rummelsberg 1.-2.3.2018
Workshop



Gliederung

1. MZEB, Team und Case Management
2. Zum Begriff und zur Konzeption von Case-Management: Facetten eines Begriffs
 - Erfahrungen
3. Rechtliche Fragen
4. Fachliche Fragen
 - Qualifikation
5. Aufgabenfelder
6. Gemeinsame Ziele
7. Teilhabesicherungskonzepte
 - Perspektiven

MZEB, Team und Case Management

MZEB verfügen zwingend über ein interdisziplinäres Team, um die gesetzlichen Aufträge nach § 119 c und § 43b SGB V zu erfüllen (vgl. u.a. Rahmenkonzeption MZEB der Fachverbände).

§ 119 c:(2) Die Behandlung durch medizinische Behandlungszentren ist auf diejenigen Erwachsenen auszurichten, die wegen der Art, Schwere oder Komplexität ihrer Behinderung auf die ambulante Behandlung in diesen Einrichtungen angewiesen sind. Die medizinischen Behandlungszentren sollen dabei **mit anderen behandelnden Ärzten, den Einrichtungen und Diensten der Eingliederungshilfe und mit dem Öffentlichen Gesundheitsdienst eng zusammenarbeiten.**

§ 43 b : „Versicherte Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen haben Anspruch **auf nichtärztliche Leistungen, insbesondere auf psychologische, therapeutische und psychosoziale Leistungen**, wenn sie unter ärztlicher Verantwortung durch ein medizinisches Behandlungszentrum nach § 119c erbracht werden und erforderlich sind, um eine Krankheit zum frühestmöglichen Zeitpunkt zu erkennen und **einen Behandlungsplan aufzustellen. Dies umfasst auch die im Einzelfall erforderliche Koordinierung von Leistungen.**



Case-Management (CM) - Facetten eines Begriffs (1)

(nach Ewers/Schaeffer 2005, mod. SchmO)

- In Übereinstimmung mit der Zielvorstellung der WHO von einer kontinuierlichen und integrierten Versorgung (continuum of care) intendiert CM auf der Ebene des direkten Versorgungsgeschehens und ausgerichtet auf einen individuellen Fall die Überwindung von Grenzen von Organisationen und Professionen sowie die Fokussierung arbeitsteilig handelnder Akteure auf ein gemeinsames Ziel.
- Hierzu wird ein kooperativer Prozess initiiert, bei dem ein Einzelner (oder eine Gruppe von Menschen) über eine bestimmte Zeitspanne oder den gesamten Betreuungsverlauf hinweg die Verantwortung für die Koordination der Versorgung eines Patienten/Klienten oder einer Gruppe von Patienten/Klienten übernimmt.
- Auf der Basis einer möglichst multiperspektivischen, d.h. interdisziplinären Bedarfsermittlung (Assessment) werden Versorgungsangebote und Dienstleistungen geplant, implementiert, überwacht und evaluiert, um so den individuellen Versorgungsbedarf mittels Kommunikation und verfügbarer Ressourcen zu befriedigen, die Versorgungsqualität zu fördern und effizient gute Ergebnisse im Hinblick auf die Bedarfsdeckung zu erzielen.



Case-Management (CM) - Facetten eines Begriffs (2)

(nach Ewers/Schaeffer 2005)

- Aufgabe von CM ist es, zuvor vereinbarte klinische, soziale oder ökonomische Ergebnisse über gut abgestimmte Versorgungsangebote für einen Patienten und/oder sein soziales Umfeld zu bewirken und für eine weitgehende Abstimmung der dazu notwendigen Aktivitäten mehrerer Disziplinen und ggf. Dienste und Einrichtungen zu sorgen.
- ➔ **CM ist eine auf den Einzelfall ausgerichtete von unterschiedlichen Personen und in diversen Settings anwendbare Methode zur Realisierung von Patientenorientierung und Patientenpartizipation sowie Ergebnisorientierung in komplexen und hochgradig arbeitsteiligen Sozial- und Gesundheitssystemen.**
- CM ist damit eine Antwort auf das Problem der wachsenden Desintegration und Diskontinuität des Leistungsgeschehens sowie mangelnde Patienten- und Ergebnisorientierung. Es fehlt in den verschiedenen Settings an verlässlichen Kooperations- und Vernetzungsstrukturen.



Case-Management (CM) - Facetten eines Begriffs (3)

(nach Ewers/Schaeffer 2005)

- Das Gesundheitssystem, auch mit seinen Angeboten für behinderte Menschen, stellt sich zersplittert in zahlreiche einzelne Angebote mit z. T. verschiedenen Kostenträgern dar.
- Spezialangebote sind oft nur wenig mit dem Regelversorgungssystem verzahnt.
- Die Leistungserbringung orientiert sich an der lege artis durchzuführenden Einzelleistung, an der dazu notwendig erscheinenden Binnenorganisation und an den dafür gültigen Vergütungsstrukturen.
- Es fehlt an Netzwerk- und Kooperationsstrukturen und -prozessen, auch auf Grund mangelnder Finanzierung.
- Betroffen sind vor allem Menschen mit
 - Multimorbidität v.a. mit chronischen Krankheiten
 - Multidimensionalen Problemhaushalten
 - Hohem und vielfältigen Behandlungs- bzw. Unterstützungsbedarf
 - Ansprüchen gegenüber verschiedenen Kostenträgern
 - Reduzierten persönlichen Ressourcen



Case-Management (CM) - Facetten eines Begriffs (4)

(nach Ewers/Schaeffer 2005)

- CM wird funktionell zur (auch ökonomischen) Prozessoptimierung eingesetzt
- CM wurde primär als sozialarbeiterisches Unterstützungsmanagement (Wendt 1991) konzipiert, aber tendenziell
 - Weniger an sozialer Gemeinwesenarbeit und klassischer sozialarbeiterischer Einzelfallarbeit orientiert
 - Sondern als an Ökonomisierung und Rationalisierung orientierte Managementkonzepte.
- Modelle
 - CM durch neutrale Instanzen (Koordinierungsstellen), leistungs- und kostenträgerunabhängig
 - CM durch Leistungserbringer
 - CM durch Kosten bzw. Sozialleistungsträger
 - Professionstypisches CM:
 - Ärztlich (Hausarzt)
 - Soziale Arbeit
 - Pflege
 - Therapeuten ?!



Case-Management für Menschen mit Behinderung

Bereich Gesundheitsversorgung

- Organisation und Kooperation in der ambulanten Medizin. Versorgung z. B. mit:
 - Ärztlichen Leistungen (Termine, Visiten, Überweisungen usw.): Diagnostik, Therapieplan, Verordnung von Leistungen
 - Medikamenten,
 - Heilmitteln (KG. Ergo, Logo),
 - Pflege (einschl. Behandlungspflege) und ggf. Behandlungspflegeplan
 - Hilfsmittel
- Stationäre med. Versorgung im Krankenhaus
- Organisation der med. Versorgung in der Familie
- Organisation der med. Versorgung in der Einrichtung (stationär (Heim), Tagesförderstätte, WfbM)
- Regelung des Antragswesens und der Finanzierung (Zuzahlung, Befreiungsausweis, Vorabgenehmigung von Heilmitteln, Beförderungen, Hilfsmittel einschl. Pflegehilfsmittel)



CM für Menschen mit Behinderung

Bereich: Lebenslagen

Der soziale Kontext und die Lebenssituation als Ressource/Grenze

- Wohnen/Wohnung (Barrierefreiheit, Wohngeld, Umbau, Zuschüsse)
- Existenzsicherung /Finanzielle Absicherung/Armut (Hilfe zum Lebensunterhalt. Grundsicherung, Kindergeld usw.)
 - Klientbezogen
 - Familienbezogen
- Beförderungs- und Transportfragen (ÖPNV, PKW usw.)
- Soziale Teilhabe: Assistenzleistungen, Hauswirtschaftl. Leistungen
 - primäres soziales Netzwerk (einschl. Familiensystem)
 - Sekundäres soziales Netzwerk
- Beschäftigung/Tagesstruktur
 - Des Klienten (Tagesförderstätte, WfbM, andere Formen)
 - Der Bezugspersonen/Familie (Arbeitsmarkt!, Vereinbarkeit Pflege-Beruf)



Aufgabe von CM

- Case Management ist eine Verfahrensweise in Humandiensten und ihrer Organisation zu dem Zweck, bedarfsentsprechend im Einzelfall eine nötige Unterstützung, Behandlung, Begleitung, Förderung und Versorgung von Menschen angemessen zu bewerkstelligen.
- Der Handlungsansatz ist zugleich ein Programm, nach dem Leistungsprozesse in einem System der Versorgung und in einzelnen Bereichen des Sozial- und Gesundheitswesens effektiv und effizient gesteuert werden können (Wendt 2010)
- Der Case Manager fungiert als Mittler zwischen allen am Versorgungsprozess beteiligten Disziplinen. Er ist ferner zentraler Ansprechpartner für den Patienten. Der Patient ist in alle Planungen involviert.
- Alle Leistungen werden basierend auf einer individuellen Bedarfserhebung vom Case Manager:
 - geplant
 - implementiert
 - koordiniert
 - überwacht und
 - evaluiert



Erfahrungen im Kontext der med. Versorgung von Menschen mit geistiger oder schwerer Mehrfachbehinderung

- Erfahrungen mit CM ?
- Bedarf an CM ?
- Grenzen des CM ?
- Insbesondere aus der Perspektive der therapeutischen Fachberufe



Rechtlicher Rahmen

1. Beauftragung

- Beauftragung durch den Patienten/Klienten
- Beauftragung durch den gesetzl. Betreuer/relevante Bezugsperson
- Beauftragung durch die Teamleitung im Rahmen des Einrichtungsauftrages
- Bevollmächtigung für bestimmte Aktivitäten

2. Datenschutz

- Strikte Wahrung! Schriftliche Vereinbarung notwendig
- Patient ist/bleibt Herr seiner Daten
- Schweigepflicht (als Therapeut!!)
- Datensicherheit/Datenmanagement/Informationsflüsse

3. Rechtliche Risiken

- Keine Rechtsberatung im jur. Sinne
- Umfassende Kenntnisse je nach Thematik erforderlich
- Vorsicht: Fehlberatung
- Dokumentationspflicht
- Regelmäßige Abstimmung im Rahmen der Beauftragung!

4. Grundlagen der Teilhabe- und Gesamtplanung beachten



Fachliche Aspekte

- Rollenklärung (Instrumentalisierung, Konfliktpartei usw.), Allparteilichkeit
- Mediation, Systemische Arbeitsweise
- Fachliches Konzept für Beratung
 - Haltung
 - Gesprächsführung
 - Beteiligung und Partizipation
 - Aktivierung/Befähigung/Empowerment
- Fachkenntnisse
 - Inhalte
 - Leistungsrecht und Leistungserbringungsrecht
 - Teilhabeplanung und
 - Verfahrensregelungen/Zuständigkeitsklärungen, jur. korrektes Vorgehen (Widerspruch etc.)
- Rückkopplung an MZEB Team
- Fokussierung auf MZEB-Aufgaben
- Problemklärung, Bedarfsermittlung, Bedarfsfeststellung, Unterstützungsplan, Umsetzung, Kontrolle

CM durch therapeutische Professionen:

- Voraussetzungen
- Qualifikation?
- Fortbildung?
- Rollendefinition: Durch wen?
- Welcher Umfang?
- Therapeut und Sozialarbeit?
- Grenzen?
- Chancen?



Aufgabenfelder im CM für therapeutische Fachberufe

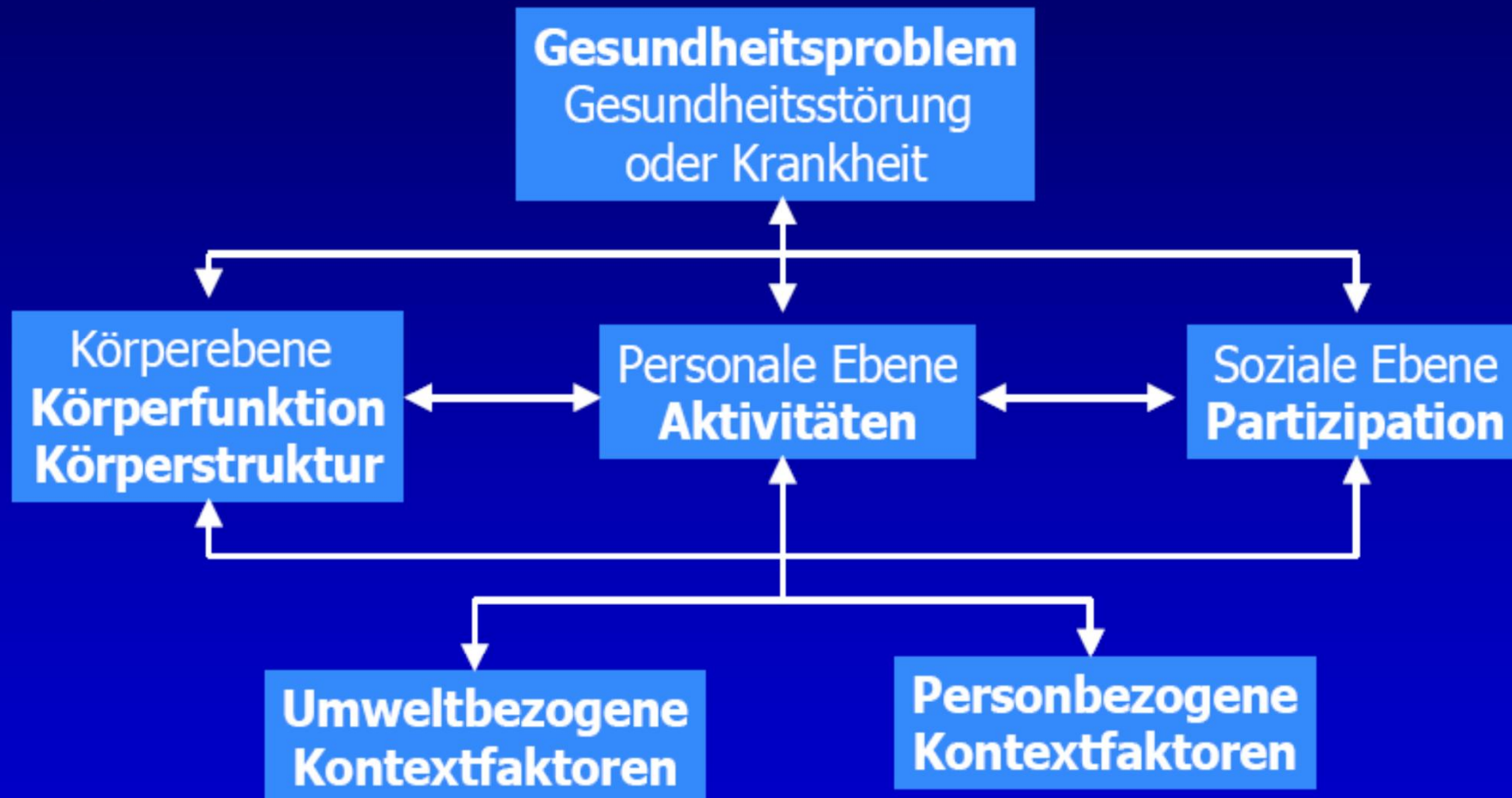
Folgende Optionen kann man diskutieren (Neuland!!!)

1. Primärer Ansprechpartner aus dem Team für einen Klienten („Kümmerer“)
2. Verantwortlich für die interne Koordination ggf. einschl. verwaltungstechnischer Aspekte
3. Zuständig für umfassende Bedarfserkennung /- ermittlung / Problemklärung / Identifikation spezifischer Problemlagen bei/mit dem Klienten und seiner Familie
4. Klärung des Settings, innerhalb dessen Therapeutin tätig werden soll
5. Problem-/Themenbezogenes CM
 1. Koordination der Zielermittlung- definition und Verwirklichung (Evaluation)
 2. Hilfsmittelversorgung
 3. Koordination der Erstellung des Behandlungsplanes (Generell??)
 4. Koordination der Heilmittelversorgung
 5. Transfer und Unterstützung der Familie oder Wohngruppe
 6. Übernahme spezifischer Aufgaben zur Problemlösung (Beauftragung?)

Problemklärung/Bedarfsermittlung/Zieldefinition

- Problemklärung: Wünsche, Beeinträchtigungen...
- Bedarfsermittlung (umfassend)
- Zieldefinition: Eine gute, umfassende und von allen Akteuren getragene Zieldefinition ist für das Gelingen von CM entscheidend!
 - Aus der Bedarfsanalyse und dem Assessment
 - Mit dem Klienten und seinem Umfeld
 - Mit den Teammitgliedern
 - Mit den weiteren Akteuren
- Notwendig: Nutzung der ICF: Differenzierung nach ICF- Bereichen im biopsychosozialen Modell
- Klärung, ob CM vor allem im Hinblick auf Leistungserbringung/ Kostenträger/ Antragsverfahren erforderlich ist : Klare Aufgabendefinition erforderlich
- Checkliste: Teilhabesicherungskonzepte (sog. kreuznacher Liste)

Wechselwirkungen zwischen den Komponenten der ICF





Teilhablesicherung für Menschen mit schweren Behinderungen - Optionen für Inklusion: Umsetzung durch Teilhablesicherungskonzepte

- Teilhablesicherungskonzepte (TSK) gehen von Wünschen und selbstgesetzten und mit Experten gemeinsam festgelegten Zielen aus.
- TSK integrieren Maßnahmen der Gesundheitssorge, der Behandlung, der Rehabilitation und der Förderung der Teilhabe problembezogen im je konkreten Lebenskontext.
- TSK stellen Bündel von problembezogenen Strategien zur Erreichung dieser Ziele dar, indem sie Maßnahmen zur Problemlösung und zu Bewältigungs-, Behandlungs- und Rehamöglichkeiten konzeptionell, praktisch im jeweiligen Kontext umsetzbar und leistungsrechtlich realisierbar bereitstellen, damit eine möglichst optimale Teilhabe und Inklusion erreicht wird und der Betroffene in seinen Entscheidungen so frei wie möglich wird.
- Dazu wurde ein Katalog von 27 Teilhablesicherungskonzepten für Menschen mit schwersten Mehrfachbehinderungen entwickelt
- **Teilhablesicherungskonzepte (TSK), erfordern ein interdisziplinäres Herangehen!**

Schlussrunde

- Handlungsbedarf: Therapeutinnen und Therapeuten als CM: Chance oder Notbehelf?
- Job-enrichment?
- Optimales Angebot für den Klienten?!
- Qualifikation: Fort- und Weiterbildung?
- Rollenklärung



Teilhabe-sicherungskonzepte I.

1. Ermöglichung des ggf. **mehrständigen Sitzens** im Sinne der Teilhabe am Leben im konkreten Wohnumfeld, ggf. mit in der Häuslichkeit benutzbaren und akzeptierten Hilfsmittel
2. Ermöglichung von Sitz, Mobilität und Pflege durch an die Wohnumgebung und die Assistenzpersonen angepasste **Transfertechniken bzw. Hilfsmittel**.
3. Ermöglichung von **Kommunikation** durch Verwendung von im konkreten persönlichen und gesellschaftlichen Umfeld angepassten, erprobten und akzeptierten Kommunikationsstrategien und Kommunikationshilfsmitteln bei eingeschränkter expressiver und rezeptiver Sprache
4. Ermöglichung der im sozialen Kontext akzeptierten **Ernährung bei orofazialer Dysfunktion** unter Förderung der Kompetenzen des sozialen Umfeldes bei Zubereitung und Nahrungsaufnahme (Schlucktraining) ggf. einschließlich der Akzeptanz veränderter Essensgewohnheiten
5. Bewältigung der **Inkontinenz** mit dem Ziel der (ggf. relativen) Kontinenz einschließlich Hilfsmittel, Management, Toilettengang und Toilettentraining im häuslichen Umfeld
6. Optimierte **Lokomotion**, d.h. eigenständige Beweglichkeit ggf. mit Hilfsmitteln zur Lagerung und Bewegung von ort zu Ort einschließlich Anleitung zur Eigenübung, Kontrollkompetenz



TSK: Sitzen im mobilen Stuhl über möglichst 6 Stunden (1)

1. Die Sitzposition wird so gewählt und die Sitzschale /der Sitz sind so gestaltet, dass **keine Schmerzen** entstehen
2. Schmerzursachen werden operativ beseitigt oder Schmerzen werden im Rahmen professioneller Schmerztherapie medikamentös oder mittels anderer, z. B. physikalischer Maßnahmen gelindert.
3. Der **Kreislauf** wird durch regelmäßiges Training und ggf. Medikamente stabilisiert.
4. Der Sitz ist so gestaltet, dass **eine stabile Haltung einschließlich Kopfkontrolle** gewährleistet ist. Störende Spastik und Dystonie werden inhibiert.
5. **Kontrakturen** und Bewegungseinschränkungen werden so behandelt bzw. berücksichtigt, dass das Sitzen über längere Zeit möglich ist.
6. Während des Sitzens ist dafür gesorgt, dass ein **Toilettengang mit Hilfe nur einer Betreuungsperson** erfolgen kann.
7. Alternativ ist durch angemessene **Inkontinenzversorgung** einschließlich Management von Stuhlgang (Toilettentraining) und Urinausscheidung (Urinalkondom) ein längeres Sitzen ohne Geruchsentwicklung und ohne Hautschäden zu ermöglichen.



TSK: Sitzen im mobilen Stuhl über möglichst 6 Stunden (2)

8. Sitz und Sitzposition sind so gewählt, dass einem **Dekubitus** vorgebeugt wird.
9. Durch die Positionierung während des Sitzens werden **fein- und grobmotorischer Aktivitäten** ermöglicht und ggf. **facilitiert (Bobath-Konzept)**.
10. **Signalgeber** und ein Notruf sind vorhanden und können bedient werden.
11. Im Sitz ist im Bedarfsfall eine **kontinuierliche Gabe von Nahrung** (evtl. über PEG) **oder Sauerstoff** (mobiles Gerät) möglich.
12. Möglichkeiten für **eigenständige Mobilität** werden geschaffen: Trippelmodus, elektrischer Antrieb, ggf. Sondersteuerungen.
13. Die **Sitzposition kann selbständig**, notfalls durch eine Hilfskraft, durch Verstellung der Rückenlehne oder Sitzkantelung **verändert** werden.



Unterstützte Kommunikation bei Menschen mit mehrfacher Behinderung

- Menschen ohne Sprache benötigen Hilfen aus dem **Konzept der Unterstützten Kommunikation (UK)**
- UK ist ein Arbeitsfeld für ein interdisziplinäres **Team** :
 - Logopädie
 - Ergotherapie
 - Physiotherapie (Optimale Positionierung für Ansteuerung)
 - Kommunikationspädagoge
 - Rehamittelfachmann für technische und elektronische Kommunikationshilfen
- Nicht selten stellt sich heraus, dass unter Nutzung der UK die Diagnose **Geistige Behinderung sich als falsch** erweist und keine geistige Behinderung vorliegt.
- Zumindest können diese Menschen mit UK, z. B. einem Signalgeber, einem Talker oder anderen technischen Hilfen, aber auch unter Einsatz körpernaher Kommunikationsstrategien in höherem Umfang am Leben teilhaben.



Teilhablesicherungskonzept: Kommunikation bei mehrfacher Behinderung

- Für jeden nichtsprechenden Menschen ist eine **Kommunikationsstrategie** zu entwickeln, die dem Betroffenen aktive, eindeutige, differenzierte und personenunabhängige, verständliche Äußerungen gestattet.
- Dazu gehört obligatorisch die **Umsetzung des Konzeptes der Unterstützten Kommunikation (UK)**, d.h. z.B.:
 - Systematische Nutzung von Mimik, Gebärden, also körpernaher Kommunikationsmittel
 - Nichttechnische Kommunikationshilfsmittel
 - Technische Kommunikationshilfsmittel
 - Herstellung geeigneter Kommunikationssituationen
 - Basale Stimulation und Kommunikation für Schwerstbehinderte
 - Anpassung und Entwicklung unter Einbezug des gesamten sozialen Umfeldes
- Die kann und sollte in einer spezialisierten **Beratungsstelle für Unterstützte Kommunikation und Assistive Technologien** erfolgen



Teilhablesicherungskonzepte (TSK 2)

7. Sicherstellung der **Mobilität** in Wohnung, Nachbarschaft, naher Stadt und Fernbereich.
8. Sonstige **Aktivitäten des täglichen Lebens** (selbstständig, mit Hilfe, mit Hilfsmitteln, ggf. Kontrollkompetenz, im konkreten Kontext)
9. Strategien zur Bewältigung eingeschränkter **Sinnesfunktionen**, u. a. zur Orientierung, Kommunikation, Kulturtechniken, soziale Teilhabe, ggf. mit Hilfsmitteln
10. Förderung der **Belastbarkeit und Handlungskompetenz** im konkreten, individuellen Alltagsleben, insbesondere der Handlungsplanung, der Ausführungskontrolle, der Verantwortlichkeit und der Selbstständigkeit im eigenen häuslichen Umfeld
11. Optimierung der Möglichkeiten der **Steuerung (Hilfsmittel)** mit dem Ziel der **Umfeldkontrolle**
12. Ermöglichung des **Lernens, der Wissensanwendung und Förderung der kognitiven Funktionen** einschließlich Gedächtnis, Konzentration, Merkfähigkeit, Aufmerksamkeit etc. speziell im Hinblick auf die alltäglichen praktischen Lebensvollzüge im häuslichen Umfeld
13. Ermöglichung eines selbstgesteuerten **Schmerzmanagements** unter häuslichen Bedingungen
14. Bewältigung **psychischer Probleme**, Erkennung, Behandlung, Bewältigung **psychiatrischer oder psychosomatischer Komorbiditäten**, insbesondere im sozialen Kontext



TSK 3

15. Bewältigung von **Atmungsproblemen**, u. a. bei Schluckstörungen, rez. Infekten, COPD, Unterbeatmung, Sauerstoffgabe, intermittierende oder dauerhafte Beatmung in häuslicher Umgebung
16. Vermeidung und Bewältigung von **Hautschäden** (z. B. Dekubitus, Infektionen) im alltäglichen Leben unter Beibehaltung möglichst hoher Mobilität und Teilhabe einschließlich der Hilfsmittelnutzung im Wohnumfeld
17. Praktische Ermöglichung und Förderung der Ausübung von **Kulturtechniken** im Alltag
18. Ermöglichung relevanter **Beschäftigung** im Alltag einschließlich solcher Aktivitäten, die dem Betroffenen Bedeutung in der sozialen Gemeinschaft geben können
19. Ermöglichung einer **Tagesstruktur**, ggf. durch Nutzung von Angeboten der Senioren- oder Eingliederungshilfe
20. Förderung und **Stabilisierung des sozialen Netzes** durch Information, Beratung, Stützung, Beseitigung von Begegnungshindernissen, Erschließung des öffentlichen Raumes (z. B. Gaststätten)



TSK (4)

21. Information und Kontakt zu Organisationen der **Selbsthilfe**, ggf. Selbstorganisation
22. Ermöglichung und Förderung eines fachgerechten, teilhabefördernden **medizinischen Managements** bei Pflegebedürftigkeit, interkurrenten Erkrankungen oder Komplikationen der Grunderkrankungen in der eigenen Häuslichkeit durch das primäre und sekundäre soziale Netz
23. Ermöglichung und Förderung der Beantragung und Organisation **sozialstaatlicher Leistungen unter den konkreten häuslichen Bedingungen u. a. als bedarfsgerechter Hilfemix**
24. Stützung und Beratung der **Bezugspersonen**
25. Förderung des regionalen sozialraumbezogenen **sekundären sozialen Netzwerks**.
26. Ermöglichung von **Kontrollkompetenz und Souveränität** im Hinblick auf die Gestaltung der Pflegeverrichtungen, die alltäglichen praktischen Lebensvollzüge, die Zeit und die Assistenz.
27. Förderung, Ermöglichung **konstanter persönlicher Beziehungen** und eines stabilen, angstfreien offenen, freundlichen Umfeldes mit verlässlichen Partnern, Bezugspersonen



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Kontakt:

Dr. med. M. Schmidt-Ohlemann

Rehabilitationsfachdienste Stiftung kreuznacher diakonie

Dt. Vereinigung für Rehabilitation (DVfR)

BAG MZEB

Pestalozzistr. 5

55543 Bad Kreuznach

Matthias.Schmidt.Ohlemann@googlemail.com



Anhang: Zur Teilhabe- und Gesamtplanung im Kontext des SGB IX , insbesondere der Eingliederungshilfe



Umfassender Teilhabebegriff

Normative Grundlagen, Fehlen einer Legaldefinition

- Teilhabe wird definiert als Einbezogenensein in eine Lebenssituation.
- Teilhabe meint im umfassenden Sinne die Möglichkeit des Individuums, in der Gesellschaft als deren Teil und als Subjekt zu handeln, d.h. die ihm wichtigen und von seinem Umfeld erwarteten Rollen, Aufgaben, Funktionen und Aktivitäten in einer Gesellschaft auszuüben bzw. dazu befähigt und in die Lage versetzt zu sein.
- Dazu gehört auch das Gefühl, d.h. die subjektive Realisierung, tatsächlich einbezogen zu sein („enhanced sense of belonging“)
- Teilhaben kann ein Mensch dann, wenn er zu solchen Aktivitäten befähigt ist, die er sich auf der Basis der eigenen Lebensgeschichte und unter je konkreten Lebensbedingungen in seinem persönlichen Lebensführungs-konzept konkret vorstellen und mehr oder weniger praktisch umsetzen kann, und zwar in den verschiedenen Situationen der Lebenswelt, so z. B. bei der unmittelbaren Lebensführung und Selbstversorgung, in der Wohnung, in der Familie, in Schule und Beruf und heute ganz wesentlich in den virtuellen Sozialen Netzwerken, dem Internet und der Welt der medial vermittelten Aktivitäten.
- Diese Fähigkeiten zur Teilhabe (und das dazu in die Lage versetzt sein) kann man als Grundfähigkeiten, besser als Grundbefähigungen bezeichnen, über die Menschen als prinzipielle Voraussetzungen für ein menschenwürdiges Leben (Christian Spieß) verfügen sollen. (Capability Approach, Sen und Nussbaum)

SGB IX § 12 Abs. 1 Maßnahmen zur Unterstützung der frühzeitigen Bedarfserkennung

- **Die Rehabilitationsträger stellen durch geeignete Maßnahmen sicher, dass ein Rehabilitationsbedarf frühzeitig erkannt und auf eine Antragstellung der Leistungsberechtigten hingewirkt wird.**
- **.....**
- **Die Rehabilitationsträger benennen Ansprechstellen, die Informationsangebote nach Satz 2 an Leistungsberechtigte, an Arbeitgeber und an andere Rehabilitationsträger vermitteln....**

➔ Servicestellen fallen weg.

Teilhabeplanung im SGB IX

Teil I: allgemein

- § 13 Instrumente für die Bedarfsfeststellung
- § 14 Zuständigkeit: Leistender Rehaträger
- § 15 Leistungsverantwortung bei mehreren Rehaträgern
- § 17 Begutachtung
- § 19 Teilhabeplan (bei mehreren Leistungsgruppen o. -trägern)
- § 20 Teilhabekonferenz
- § 21 Besondere Anforderungen an das Teilhabeplanverfahren (Eh)
- § 22 Einbeziehung anderer öffentlicher Stellen (Pflege, Integrationsamt)

Teil II: Eingliederungshilfe: §§ 117-122

- § 117 Gesamtplanverfahren
- § 118 Instrumente der Bedarfsermittlung
- § 119 Gesamtpfankonferenz
- § 120 Feststellung der Leistungen
- § 121 Gesamtplan
- § 122 Teilhabezielvereinbarung



Teilhabe-Konferenz (§ 19 SGB IX neu)

- (1) Mit Zustimmung der Leistungsberechtigten kann der für die Durchführung des Teilhabeplanverfahrens nach § 19 verantwortliche Rehabilitationsträger zur gemeinsamen Beratung der Feststellungen zum Rehabilitationsbedarf eine Teilhabeplankonferenz durchführen. Die Leistungsberechtigten, die beteiligten Rehabilitationsträger und die Jobcenter können dem nach § 19 verantwortlichen Rehabilitationsträger die Durchführung einer Teilhabeplankonferenz vorschlagen. Von dem Vorschlag auf Durchführung einer Teilhabeplankonferenz kann abgewichen werden,**
- 1. wenn der zur Feststellung des Rehabilitationsbedarfs maßgebliche Sachverhalt schriftlich ermittelt werden kann,**
 - 2. wenn der Aufwand zur Durchführung nicht in einem angemessenen Verhältnis zum Umfang der beantragten Leistung steht...**
- (3) An der Teilhabeplankonferenz nehmen Beteiligte nach § 12 des Zehnten Buches.... sowie sonstige Vertrauenspersonen teil. Auf Wunsch oder mit Zustimmung der Leistungsberechtigten können Rehabilitationsdienste, Rehabilitationseinrichtungen und Jobcenter sowie sonstige beteiligte Leistungserbringer an der Teilhabeplankonferenz teilnehmen. ...**

→ Offen: Beteiligung der Sozialmedizin/sonstiger Experten



§ 118 Instrumente der Bedarfsermittlung in der Eh

(1) Der Träger der Sozialhilfe hat die Leistungen nach den Kapiteln 3-6 unter Berücksichtigung der Wünsche des Leistungsberechtigten festzustellen. Die Ermittlung des individuellen Bedarfes erfolgt durch ein Instrument, das sich an der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit orientiert. Das Instrument hat die Beschreibung einer nicht nur vorübergehenden Beeinträchtigung der Aktivität und Teilhabe in den folgenden Lebensbereichen vorzusehen:

1. Lernen und Wissensanwendung,
2. allgemeine Aufgaben und Anforderungen,
3. Kommunikation,
4. Mobilität,
5. Selbstversorgung,
6. häusliches Leben,
7. interpersonelle Interaktionen und Beziehungen,
8. bedeutende Lebensbereiche und
9. Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben.

(2) Die Landesregierungen werden ermächtigt, durch Rechtsverordnung das Nähere über das Instrument zur Bedarfsermittlung zu bestimmen.

§ 119 Gesamtpflichtkonferenz im Rahmen der Eh

- (1) Mit Zustimmung der Leistungsberechtigten kann der Träger der Sozialhilfe eine Gesamtpflichtkonferenz durchführen, um die Leistungen für Leistungsberechtigte nach § 54 sicherzustellen. Die Leistungsberechtigten und die beteiligten Rehabilitationsträger können dem nach § 15 des Neunten Buches verantwortlichen Träger der Sozialhilfe die Durchführung einer Gesamtpflichtkonferenz vorschlagen. Von dem Vorschlag auf Durchführung einer Gesamtpflichtkonferenz kann abgewichen werden, wenn der Träger der Sozialhilfe den maßgeblichen Sachverhalt schriftlich ermitteln kann oder der Aufwand zur Durchführung nicht in einem angemessenen Verhältnis zum Umfang der beantragten Leistung steht.



Zur Teilhabeplanung in der Eingliederungshilfe nach dem BTHG

- 1. Die gesetzlich bestimmten Anforderungen erfordern eine umfassende und individuelle Bedarfsermittlung und –feststellung auf der Grundlage der ICF. Dies schließt u.a. die Erhebung der Schädigung (i. d. Regel Diagnosen nach ICD 10), die Erhebung der Beeinträchtigung der Funktionen, der Aktivitäten und der Teilhabe einschl. Capacity und performance und der Kontextfaktoren ein.**
- 2. Die ICF ist selbst kein Assessmentinstrument. Bündel von Einzelitems (sog. Core-Sets) sind nicht ausreichend (fehlende Evidenz!) sondern können allenfalls ein begrenztes Hilfsmittel zur Erfassung der Beeinträchtigungen sein.**
- 3. Der Hilfebedarf ist mit den Beeinträchtigungen auf den Ebenen der Funktionen, der Aktivitäten und der Teilhabe nicht unmittelbar korreliert: Zu berücksichtigen sind hier insbesondere die Wünsche und die Kontextfaktoren unter besonderer Berücksichtigung der vorhandenen Ressourcen und des Sozialraumes.**



Zur Teilhabeplanung in der Eh nach dem BTHG

4. Das Instrument nach § 118 darf die Bedarfsermittlung nicht beschränken sondern muss sie vollumfänglich ermöglichen. Das bedeutet: es muss offen gestaltet für alle relevanten Aspekte des Bedarfes sein! Diese können auch in den Bereich der privaten Leistungen des primären sozialen Netzwerkes fallen.
5. Zur Bedarfsermittlung bedarf es eines vorgelagerten hermeneutischen Prozesses zur Erörterung der individuellen Perspektiven für die persönliche Lebensführung. Dieser ist entweder im Rahmen des Gesamtplanverfahrens oder im Vorfeld zu organisieren. Ferner bedarf es der Berücksichtigung der ggf. vorliegenden fachlichen insbesondere sozialmedizinischen Erkenntnisse
6. § 4 SGB IX gilt uneingeschränkt auch für das Gesamtplanverfahren (Achtung: geänderter Aufgabenbereich der Eingliederungshilfe ab 2020)
7. Aus sozialmedizinischer Perspektive gehört dazu auch die Berücksichtigung von Krankheiten und daraus resultierender Hilfebedarf, auch soweit er durch andere Leistungsgesetze sichergestellt werden muss, insbesondere aber dann, wenn dies nicht der Fall ist. (Auch: **Gesundheitssorge**)



Zur Teilhabeplanung in der Eh nach dem BTHG

8. Der Betroffene ist bei allen Schritten maßgeblich zu beteiligen
9. Die Bestimmungen zur Teilhabeplanung aus Teil 1 SGB IX gelten in vollem Umfang auch für die Eingliederungshilfe

→ Fazit:

- Die bisher vorliegenden Instrumente z. B. IHP, THP RLP neu (in Bearbeitung, nur vorläufige Fassung verfügbar) und ITP (Hessen, Thüringen) erfüllen die gesetzlichen Anforderungen (noch) nicht. Sie bedürfen der Überarbeitung entsprechend den neuen gesetzlichen Grundlagen
- Den pädagogischen, medizinischen, sozialmedizinischen und rehabilitationswissenschaftlichen Stellungnahmen und Beurteilungen kommt bei der Teilhabeplanung eine besondere Bedeutung zu, insbesondere im Hinblick auf die Umsetzung des Art 26 UN-BRK. Dies stellt eine neue Herausforderung für die Fachkräfte in der Rehabilitation und so auch in der Eingliederungshilfe dar.