

Handbuch

Ressourcen / Teil **orienten-**

Handbuch goes SGBIX
Handbuch / Teil **nt-**
ghe / Teil **ahren in der Ein-**
Erwachsene im Kreis
ordfriesland

Stand Januar 2020

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung.....	3
2	Die Leitziele in der Ressourcen- und Sozialraumorientierung der EGH E im Kreis Nordfriesland ..	4
3	Das Fachkonzept der Ressourcen- und Sozialraumorientierung	7
3.1	Die fünf Prinzipien der Sozialraum- und Ressourcenorientierung.....	7
4	Umsetzung der Sozialraumorientierung in der Eingliederungshilfe Erwachsene in Nordfriesland	10
4.1	Die Sozialräume.....	10
4.2	Gremienstrukturen.....	11
4.3	Beteiligung der Nutzenden.....	12
4.4	Fallunspezifische Arbeit und fallübergreifende Arbeit (FuA/FüA)	12
5	Das Gesamt-/Teilhabeplanverfahren der ressourcen- und sozialraum-orientierten Eingliederungshilfe Erwachsene im Kreis Nordfriesland.....	15
5.1	Ziele des Gesamt- /Teilhabeplanverfahrens im Überblick.....	15
5.2	Struktur des Gesamt- und Teilhabeplanverfahrens	16
5.2.1	Gesamt- und/oder Teilhabeplanverfahren gemäß SGB IX.....	16
5.3	Eingliederungshilfe Erwachsene Gesamtplan- / Teilhabeplanverfahren im Überblick, Tabelle: Wer macht was bis wann?.....	17
5.4	Fachlich-inhaltliche Ausrichtung des Gesamt- und Teilhabeplanverfahrens.....	21
5.5	Nutzende stehen mit ihrem Willen, ihren Zielen und/oder ihrer Kooperationsbereitschaft im Mittelpunkt.....	22
5.6	Schaubild Wille/Ziele/Kooperationsbereitschaft	24
5.7	Ressourcen	26
5.8	Das bio-psycho-soziale Modell gemäß ICF	26
6	Gesamt- und/oder Gesamt- und Teilhabeplankonferenz und/oder Kollegiale Fachberatung	27
6.1	Die kollegiale Fachberatung im Rahmen der Konferenzen	28
6.2	Der Ablauf der kollegialen Fachberatung und Aufgaben der Fallmoderation (Moderationsleitfaden)	32
6.3	Das Teilhabezielvereinbarungsgespräch	34
6.4	Ziele, konkret und SMART formuliert.....	35
7	Hilfreiches zur Sozialraum- und Ressourcenorientierung in der Eingliederungshilfe Erwachsene in Nordfriesland. Das ABC	40
8	Anhang	54

1 Einleitung

Seit 2012 setzen Leistungserbringende und der Leistungsträger im Kreis Nordfriesland die Forderung der UN-Behindertenrechtskonvention nach Inklusion, sowie die Vorschläge der Arbeits- und Sozialministerkonferenz (ASMK) zu diesem Thema um.

Im Jahr 2013 wurde die Ressourcen- und Sozialraumorientierung in der Eingliederungshilfe für Erwachsene im Kreis Nordfriesland eingeführt. Kernstücke sind das gemeinsame Hilfeplanverfahren und die von Leistungsträger und Leistungserbringenden gemeinsam getragene fachliche und wirtschaftliche Verantwortung zur Weiterentwicklung der Sozialräume.

Der Wille und die Lebenswelten der leistungsberechtigten Menschen stehen im Mittelpunkt. Bestehende Strukturen in ihrem Umfeld werden genutzt und viele übergreifende Projekte wurden entwickelt, die es ermöglichen, auch jenseits von professioneller Hilfe auf Netze zurückzugreifen und die Lebenswelt aktiv mitzugestalten.

Eine vom Land in Auftrag gegebene Evaluation belegt, dass sich in allen wesentlichen Dimensionen vom ersten bis zum dritten Messzeitpunkt (vor Beginn des Projekts bis zum Ende des Projekts 2017) Steigerungen ergeben haben, die zumeist moderat und bisweilen auch signifikant ausgefallen sind. Auf Grund dieser Tatsache wurde das Projekt zum 01.01.2018 in den Regelbetrieb überführt.¹ Alle Beteiligten arbeiten weiter daran, dass sich die Dimensionen im Modell Sozialraumorientierte Eingliederungshilfe Erwachsene in Nordfriesland signifikant verbessern.

Nr.	Dimension	Qualitätsbereiche
1	Hilfequalität (gesamt)	MZP 3 MZP 1 2
a	Persönliche Situation	MZP 3 MZP 1 2
b	Individuelle Ziele	MZP 3 MZP 1 2
c	Ressourcen	MZP 3 MZP 1 2
d	Passgenauigkeit	MZP 3 MZP 1 2
2	Partizipation der Betroffenen	MZP 3 MZP 1 2
3	Kooperation der Beteiligten	MZP 3 MZP 1 2
4	Aktivierung Umfeld/Sozialraum	MZP 3 MZP 1 2
5	Hilfeeffizienz	MZP 3 MZP 1 2
Skala (0 bis 5)		null gering mittel hoch optimal

¹ Dr. Vincent Richardt, via sozial, Rosenheimer Str. 10, D-81669 München

Um weiterhin alle Ressourcen der Beteiligten optimal zum Wohle der Antragstellenden zu nutzen, ist das Hilfeplanverfahren als Bestandteil des Gesamt-/Teilhabeplanverfahrens² im Rahmen des Bundes-teilhabegesetzes (BTHG) gemäß den Richtlinien des Landes Schleswig-Holstein überarbeitet worden und entspricht jetzt der gesetzlichen Grundlage des SGB IX. Das Gesamt-/Teilhabeplanverfahren bezieht neben den Leistungsberechtigten auch Reha-und/oder andere Leistungsträger in die Planung und Durchführung der Hilfen ein. Die Bedarfsermittlung erfolgt ICF-orientiert an den neun Lebensbe-reichen und fließt ebenfalls in die Hilfe mit ein.

2 Die Leitziele in der Ressourcen- und Sozialraumorientierung der EGH E im Kreis Nordfriesland

Die im Rahmen des Modellprojekts in Anlehnung an die UN-Konvention über die Rechte der Men-schen mit Behinderungen 2012 von allen Beteiligten entwickelten sieben Leitziele sind weiterhin Grundlage und fester Bestandteil sowohl der täglichen Arbeit als auch der Haltung aller Beteiligten.

Präambel

Der Kreis Nordfriesland und die am Modell Sozialraumorientierte EGH E beteiligten Träger mit ihren Einrichtungen nach SGB XII in Nordfriesland wollen in einem gemeinsam gestalteten Prozess neue Wege der Zusammenarbeit und der Finanzierung der Eingliederungshilfe weiter entwickeln.

Alle Beteiligten sind sich darüber einig, dass das Modell Sozialraumorientierte EGH E innerhalb des Landesrahmenvertrages (LRV) angesiedelt ist und daher alle Bestimmungen des LRV auf jener Ebene weiterhin Gültigkeit besitzen.

Der Kreis Nordfriesland und die beteiligten Leistungserbringer mit ihren Angeboten arbeiten partner-schaftlich und gleichberechtigt zusammen und treffen einvernehmliche Entscheidungen.

Allen am Modell Sozialraumorientierte EGH E beteiligten Leistungserbringern ist bewusst, dass der verantwortungsvolle Umgang mit den öffentlichen Finanzmitteln ein Beitrag zur Erhaltung und Ent-wicklung des Sozialstaates ist. Daher übernehmen sie gemeinsam die fachliche und wirtschaftliche Verantwortung für die Sozialräume.

„Fachliche Verantwortung“ bedeutet, dass die Vertragspartner den Willen der Menschen mit Behin-derung gemäß ihren individuellen Interessen und Bedarfen als Leitlinie ihres Handelns verstehen und umsetzen.

„Wirtschaftliche Verantwortung“ bedeutet, dass die Vertragspartner sich darum bemühen, die ver-einbarten Leistungen innerhalb eines vereinbarten Budgets zu erbringen.

Das Modell Sozialraumorientierte EGH E vereinbart fachliche Weiterentwicklung und Begrenzung der Kostensteigerung.

Die Vertragspartner arbeiten vertrauensvoll zusammen. Dies drückt sich insbesondere in einer vorbe-haltlos ehrlichen, transparenten und kooperativen Arbeitsweise der Gremien der Partner im Modell Sozialraumorientierte EGH E aus.

² Von Gesamtplanverfahren wird gesprochen, wenn die Eingliederungshilfe Erwachsene (EGH E) als alleiniger Leistungsträger für die Hilfen zuständig ist. Von Teilhabeplanverfahren wird gesprochen, wenn neben der Eingliederungshilfe Erwachsene (EGH E) noch andere Reha-/ Leistungsträger für die Hilfen zuständig sind. Die EGH E ist Hüterin des Verfahrens.

Die betroffenen Menschen mit Behinderungen und ihre gewählten Vertreter gestalten die Sozialraumorientierung mit.

Vor dem Hintergrund der UN-Konvention über die Rechte der Menschen mit Behinderungen sollen folgende Ziele durch das Modell Sozialraumorientierte EGH E erreicht werden:

Gesamt- und Teilhabeplanung

Der Wille des Betroffenen steht im Mittelpunkt der Entscheidungsfindung. Es gibt eine kooperative Gesamt- und Teilhabeplanung, in der der Wille der Betroffenen und die (persönlichen, Umfeld- und Sozialraum-) Ressourcen herausgearbeitet werden.

Es soll ein Einvernehmen zwischen Leistungsberechtigtem, Leistungserbringer und Leistungsträger erzielt werden.

Der Teilhabebedarf wird ausschließlich nach fachlichen und nicht nach finanziellen Erwägungen festgestellt. Gemäß § 119 SGB IX ist über die Barmittel zu beraten, wenn der Leistungsberechtigte in einer besonderen Wohnform lebt.

Die passende Hilfe zur Teilhabe wird zum richtigen Zeitpunkt erbracht.

Maßgeschneiderte Angebote

Die Angebote zur Unterstützung der Leistungsberechtigten werden in jedem Einzelfall spezifisch entwickelt.

Flexible Gestaltung der Assistenzangebote unter Aufrechterhaltung der Beziehungskontinuität

Ein flexibler Wechsel zwischen den verschiedenen Angeboten (auch unterschiedlicher Träger) unter Aufrechterhaltung der Beziehungskontinuität soll ermöglicht werden.

Sozialräumliches Arbeiten

Der Sozialraum bietet ausreichend Ressourcen, Menschen mit Behinderungen eine angemessene Teilhabe zu ermöglichen und möglichst wenig auf individualisierte Angebote angewiesen zu sein.

- a) *FuA und FÜA im Rahmen der täglichen Arbeit
Die Erkundung und der Einsatz von Sozialraumressourcen ist Bestandteil der Arbeit der Fachkräfte um den Leistungsberechtigten eine angemessene Teilhabe zu ermöglichen bzw. zu erleichtern.*
- b) *Niedrigschwellige Zugänge
Die Fachkräfte der Vertragspartner gestalten niedrigschwellige Zugänge zu Angeboten im Sozialraum.*
- c) *FuA und FÜA im Rahmen von Sozialräumlichen Projekten
In den Sozialräumen werden die Fallunspezifische Arbeit (FuA) und die Fallübergreifende Arbeit (FÜA) systematisch aufgebaut. Hierzu werden geeignete Projekte gefördert.*

Die Vertragspartner stellen ihren Fachkräften die notwendigen zeitlichen Ressourcen zur Verfügung.

Arbeit und soziale Teilhabe

Alle Menschen haben die Möglichkeit, einer Tätigkeit nachzugehen und dabei am gesellschaftlichen Leben teilzuhaben.

a) Teilhabe am Arbeitsleben

Alle Menschen haben die Möglichkeit, einer Beschäftigung nachzugehen, die ihre Leistungs- und Erwerbsfähigkeit erhält, entwickelt, verbessert oder wiederherstellt und ihre Persönlichkeit weiterentwickelt.

Gemeinsam mit Arbeitgebern werden Angebote geschaffen, die es ermöglichen, dass Menschen mit Behinderungen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt tätig werden.

b) Soziale Teilhabe/Tätigkeit

Alle Menschen haben die Möglichkeit, einer Tätigkeit nachzugehen, die ihre Fähigkeiten erhält, entwickelt, verbessert oder wiederherstellt und ihre Persönlichkeit weiterentwickelt.

Kooperation zur Entwicklung der Sozialräume

Die Vertragspartner informieren einander frühzeitig, fortlaufend und umfassend über die Herausforderungen in den Sozialräumen beziehungsweise im Sozialraum Nordfriesland. Sie entscheiden im Konsens über identifizierte Bedarfe an Strukturen und Angeboten und verpflichten sich, diese in Kooperation zu gestalten.

Fachliche Standards

Die Vertragspartner verpflichten sich vereinbarte fachliche Standards gemeinsam zu implementieren, umzusetzen und weiter zu entwickeln.

Ein Modell für Nordfriesland

Gemeinsames Ziel der Vertragspartner ist, dass alle Träger, die in Nordfriesland im Rahmen der EGH E Angebote erbringen, sich vertraglich verpflichten am Modell der Sozialraumorientierung (inklusive Budgetierung) teilzunehmen.

3 Das Fachkonzept der Ressourcen- und Sozialraumorientierung

Was bedeutet Sozialraumorientierung?

Das ist schnell am Beispiel der Gummibärchen erklärt: Ich habe einen Haufen bunter Gummibärchen. Daneben liegt ein Haufen roter Gummibärchen. => Das ist **Segregation** oder **Exklusion**.

Lege ich nun den Haufen roter Gummibärchen zusammen als Haufen innerhalb des Haufens bunter Gummibärchen, immer noch als roter Haufen erkennbar, ist das **Integration**. So ist es heute, wenn wir an die Standorte der Werkstätten oder auch des TSBW in Husum, an Besondere Wohnformen, auch an viele Altenheime oder an Unterkünfte für Asylbewerber denken.

Vermische ich nun den Haufen roter Gummibärchen mit dem bunten Haufen und sehe einen bunten Haufen, dann ist es **Inklusion**.

Der Sozialraum ist die Lebenswelt, in der wir leben, die Angebote an Institutionen und auch an Menschen, die uns zur Verfügung stehen und die wir nutzen.

Sozialraumorientierung und Inklusion gehen nur miteinander. Es bedeutet, dass

- jede Form von Unterstützung sich an das Leben der Menschen anpasst.
- Unterstützung dort stattfindet, wo Menschen leben.
- Menschen in ihre sozialen Netze eingebunden sind.
- Institutionen/Dienstleister sich öffnen und sich vernetzen in ihrem Umfeld.

Das Fachkonzept zur Ressourcen- und Sozialraumorientierung selber ist keine neue „Theorie“ oder ein mit anderen „Schulen“ konkurrierender Ansatz, sondern eine unter Nutzung und Weiterentwicklung verschiedener theoretischer und methodischer Blickrichtungen entwickelte Perspektive für unterschiedliche Zielgruppen, die als konzeptioneller Hintergrund für das Handeln in zahlreichen Feldern sozialer Arbeit dient.³ Der methodischen Vielfalt von Akteurinnen und Akteuren, die unter dieser Überschrift arbeiten, sind dabei keine Grenzen gesetzt. Die unten genannten 5 Prinzipien der Sozialraumorientierung nach Prof. Dr. Wolfgang Hinte dienen dabei als „Kompass“, ob die Beteiligten „auf der hohen See“ des beruflichen Alltags noch „auf Kurs“ des Fachkonzeptes sind.

3.1 Die fünf Prinzipien der Sozialraum- und Ressourcenorientierung

Sozialraum- und Ressourcenorientierung als fachliches Konzept besteht im Kern aus folgenden fünf Prinzipien:

1. Ausgangspunkt jeglicher Arbeit sind der Wille bzw. die Interessen der Menschen (in Abgrenzung zu Wünschen oder gutgläubig definierten Bedarfen).

³ Hinte, W. & Treeß, H. (Hrsg.), Sozialraumorientierung in der Jugendhilfe. Theoretische Grundlagen, Handlungsprinzipien und Praxisbeispiele einer kooperativ-integrativen Pädagogik - Einführung für Studierende und PraktikerInnen in den sozialräumlichen Ansatz. (S. 15-128). Weinheim / München 2007: Juventa

2. Aktivierende Unterstützung hat grundsätzlich Vorrang vor betreuender Tätigkeit.
3. Bei der Gestaltung der Aktivitäten und Hilfen spielen personelle und sozialräumliche Ressourcen eine wesentliche Rolle.
4. Aktivitäten sind immer zielgruppen- und bereichsübergreifend angelegt.
5. Vernetzung und Integration der verschiedenen sozialen Dienste sind Grundlage für funktionierende Einzelhilfen.

Die zentrale Bedeutung des Willens im Fachkonzept trägt der Tatsache Rechnung, dass Menschen sich dann bewegen, aktiv werden, Aufwand und Rückschläge in Kauf nehmen, wenn ihnen etwas wirklich wichtig ist, wenn etwas tatsächlich Bedeutung hat, kurz: wenn sie wirklich (etwas) wollen. Die Wahrscheinlichkeit, dass sich jemand anstrengt für etwas, das weniger wichtig, attraktiv, bedeutsam erscheint, erscheint dagegen deutlich geringer.

Der Wille der Menschen ist zugleich Motor und Treibstoff, um deren Ziele zu erreichen. Damit unterscheidet sich der Wille deutlich von Wünschen, Vorstellungen, Ideen, Träumen und Visionen, auch wenn diese häufig als Ausgangspunkt für einen deutlich formulierten Willen dienen.

Für die Fachkräfte bedeutet dies, dass sich die Hilfen, wenn eben möglich, am Willen und an den Ressourcen der leistungsberechtigten Menschen orientiert – da dies die Chance auf einen effektiven Verlauf der Unterstützung und auf nachhaltige Lösungen deutlich erhöht.

Darüber hinaus beinhaltet dies auch, dass jeder Versuch, Menschen

- zu etwas zu überreden,
- zu etwas zu motivieren(, was sie nicht wirklich wollen,)
- zu überzeugen, dass sie etwas wollen sollten,

mit hoher Wahrscheinlichkeit zum Scheitern verurteilt ist. In der Regel bedeutet es auch Verschwendung von personellen und zeitlichen Ressourcen.

Um passgenaue Hilfen, orientiert am Willen und an den Ressourcen der leistungsberechtigten Menschen zu entwickeln, bedarf es einer Vielzahl unterschiedlicher Methoden, Strategien und Instrumente. Es gilt, die Inhalte und Ziele herauszufinden, die grundsätzlich vorrangig für die Menschen sind und durch eigene Leistung – sowie auch unter Nutzung sorgfältig dosierter, professioneller Unterstützung und sozialstaatlicher Leistungen – durch sie selbst erreicht werden können.

Fachkräfte können Menschen dabei unterstützen

- ihren Willen herauszufinden und zu klären,
- realistische Ziele zu entwickeln,
- Voraussetzungen zu schaffen oder Hindernisse zu beseitigen, um ihren Willen umzusetzen.

Die Aufgabe der entsprechenden Fachkräfte ist somit die Schaffung einer von Respekt und Augenhöhe geprägten kommunikativen Situation, in der unter Verzicht auf jegliche Form von Einmischung und Besserwisserei geklärt wird, was jemand in Bezug auf die eigene Lebenssituation für Voraussetzungen / Bedingungen schaffen will, um diese ggf. zu verändern bzw. den Status quo zu erhalten.

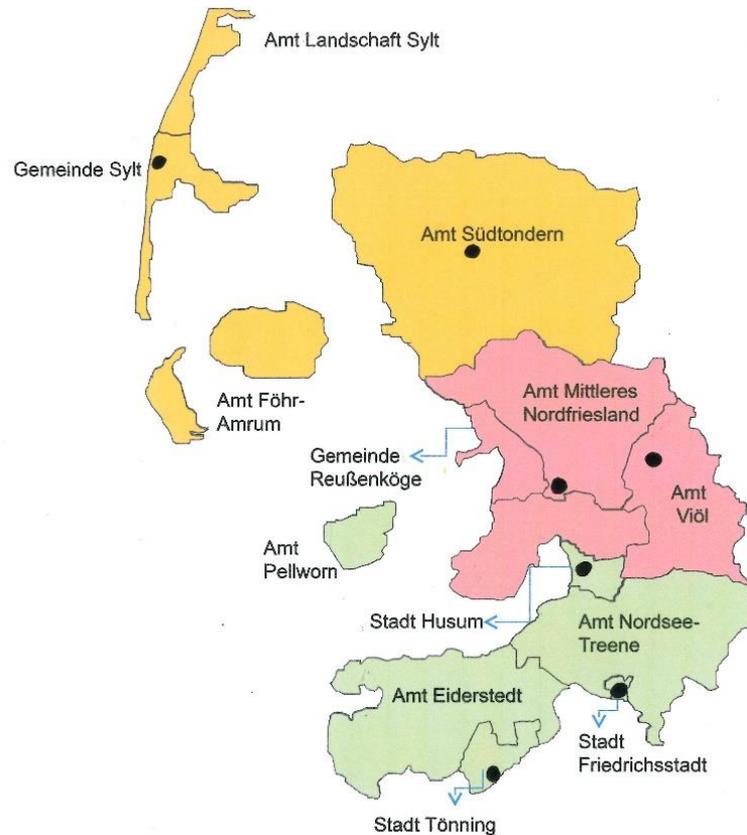
Für die Kommunikation mit den leistungsberechtigten Menschen bedeutet dies, dass die entscheidenden Interventionen der (sozialen) Fachkräfte allesamt auf die folgenden Kernfragen zurückzuführen sind:

- Was wollen Sie in Bezug auf ihre aktuelle Situation ändern?
- Was wollen Sie erreichen?
- Wann wollen Sie damit beginnen?
- Welche Ressourcen nutzen Sie?
- Welche Ressourcen müssen noch (ggf. mit Hilfe von Fachkräften) erschlossen werden?

Grundsätzlich beinhaltet das Konzept der Sozialraum- und Ressourcenorientierung, dass der Mensch in der Umsetzung seines Willens aktiver ist als die Fachkraft.

4 Umsetzung der Sozialraumorientierung in der Eingliederungshilfe Erwachsene in Nordfriesland

4.1 Die Sozialräume



Die Einteilung in drei Sozialräume erfolgte im Rahmen der Projektplanung im Jahr 2012. Für diese Aufteilung wurden die Fallzahlen der Eingliederungshilfe, das Einzugsgebiet der Leistungserbringenden und die zur Verfügung stehenden Personalressourcen berücksichtigt.

Diese Sozialräume sind als größere Einheiten zu betrachten, deren Gestaltung als gemeinsame Aufgabe aller Beteiligten angesehen wird. Die persönlichen Lebenswelten mit den Ressourcen der Nutzenden sind entscheidend für das Unterstützungssetting und werden in den jeweiligen Einzelfällen betrachtet.

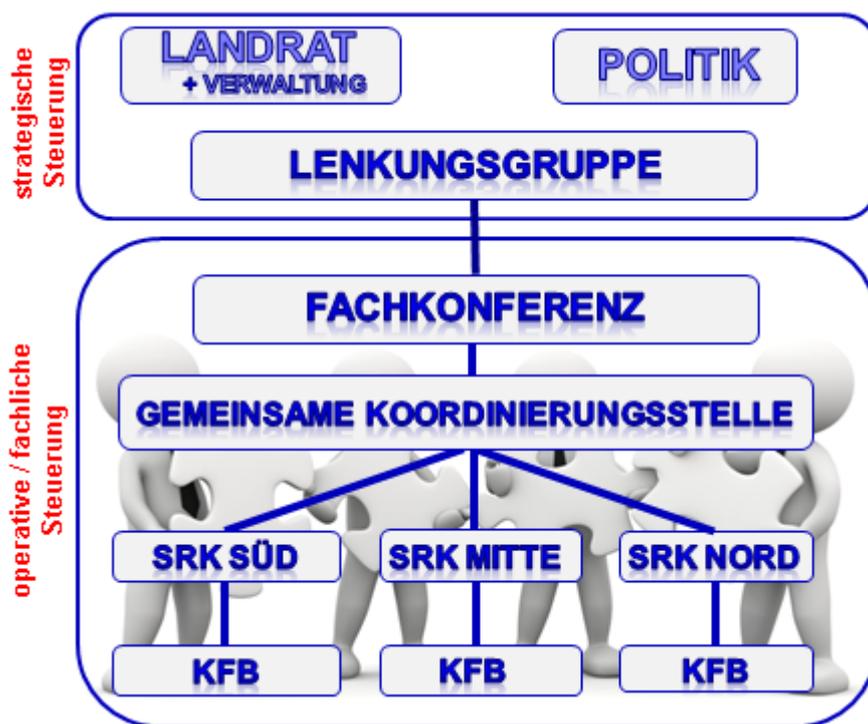
Es gibt in den Sozialräumen zahlreiche Stellen, die Informationen über Unterstützungsmöglichkeiten vermitteln:

- Kreis Nordfriesland, Hauptsachgebiet Eingliederungshilfe Erwachsene (EGH E),
- Wohlfahrtsverbände wie Lebenshilfe, Paritätischer, Diakonie, AWO, SoVD, usw.,

- (Fach-) Ärzte und Ärztinnen,
- Sozialdienste der Krankenhäuser, insb. der DIAKO NF,
- Unabhängige Teilhabeberatung (EUTB),
- jede Einrichtung in Nordfriesland, die EGH-Leistungen erbringt,
- weitere Rehabilitations- und Leistungsträger,
- Beauftragter des Kreises für Menschen mit Behinderung,
- und vieles mehr.

4.2 Gremienstrukturen

Die folgende Grafik gibt einen Überblick über die jeweiligen Gremien und wie diese ausgerichtet sind. Die daran anschließende Tabelle erläutert die Aufgaben und die Teilnehmenden an den Gremien.



Grundsätzlich gilt das Konsensprinzip für die Entscheidungen in den Gremien.

Sollte dies nicht gelingen, erarbeiten die Clearing-Beauftragten (je 1 LE- und LT-Vertretung) einen Beschlussvorschlag, der der FK vorgelegt wird. Für den Fall, dass es nicht gelingt, eine Einigung zu finden, entscheiden LE und LT für ihre jeweiligen Zuständigkeitsbereiche.

Eine detaillierte Beschreibung der einzelnen Gremien finden sie im Anhang.

4.3 Beteiligung der Nutzenden

Nicht über (Nutzende) sondern gemeinsam auf Augenhöhe mit den Nutzenden die Lebenswelten gestalten!

Schon im Rahmen des Modellprojekts (2013-2017) ist eine Beteiligung der Nutzenden an den Entscheidungsprozessen gewollt und umgesetzt worden. In den einzelnen Sozialräumen (siehe Sozialräume) sind verschiedene Beteiligungsformate erprobt worden und gemeinsam mit den Nutzenden wurde für die Beteiligung im Modell Sozialraumorientierung ab 2019 folgendes festgelegt:

- Es gibt alle 2 Jahre eine Wahl, an der alle Nutzenden der Eingliederungshilfe in Nordfriesland als Wahlberechtigte teilnehmen können. Aus dem Kreis der Wahlberechtigten haben alle die Möglichkeit, sich als Kandidat/in zur Wahl aufstellen zu lassen.
- Ein entsprechendes Wahlverfahren wird von der Koordinierungsstelle entwickelt und die Wahl wird in Zusammenarbeit mit den Einrichtungen der Eingliederungshilfe und dem Kreis Nordfriesland umgesetzt.

Die **Aufgaben der Selbstvertretung** der Nutzenden wurden wie folgt beschrieben:

- Teilnahme an den Vorbereitungstreffen (organisiert durch die Koordinierungsstelle) zur Vorbereitung der Gremien.
- Teilnahme an den Gremien:
 - Sozialraumkonferenz, monatlich.
 - Lenkungsgruppe, alle 3 Monate.
- Vertretung von Erfahrungen und Meinungen - nicht aber von eigenen Interessen.

Im Rahmen der Möglichkeiten des SGB IX wird zurzeit geprüft, inwieweit Assistenzleistungen zur Unterstützung im Ehrenamt genutzt werden können, um die Selbstvertretung der Nutzenden und die Teilhabebegleitungen zu stärken.

4.4 Fallunspezifische Arbeit und fallübergreifende Arbeit (FuA/FüA)

FuA - Was ist das?

Fallunspezifische Arbeit ist seit Beginn des Modellprojektes eine große Herausforderung der sozialraumorientierten EGH Erwachsene, erfordert es doch ein Umdenken der bisherigen, fürsorgenden Face-to-Face-Arbeit hin zu einer flexiblen Offenheit und ressourcenorientierten Haltung, die in den letzten 40 Jahren wenig gefordert und gefördert war. Heute steht die fallunspezifische Arbeit der Einzelfallararbeit gleichberechtigt gegenüber.

Fallunspezifische Arbeit

- umfasst die Arbeit, in der die sozialräumlichen Ressourcen nicht konkret in der Fallarbeit eingesetzt werden, sondern entdeckt, kontaktiert, gefördert bzw. aufgebaut werden.
- ist das Wissen über potenzielle Ressourcen in einem sozialen Raum, die zu einem Zeitpunkt X für (spätere) mögliche Einzelfälle mobilisiert werden können.

Warum findet es statt?

Fallunspezifische Arbeit findet statt

- um Ressourcen im Sozialen Raum zu ergründen damit sich Fachkräfte „... vom Potenzial mehr oder weniger zufällig entdeckter Gelegenheiten auf neue Wege leiten“ (lassen).

Wo findet das statt?

Fallunspezifische Arbeit findet statt

- in einem Sozialen Raum, um sich dort Kenntnisse anzueignen, ohne zu wissen, ob diese Ressourcen für einen späteren Fall benötigt werden.

Wann findet das statt?

Fallunspezifische Arbeit findet statt

- zu jeder Zeit! Fachkräfte können nicht immer absehen, ob und für welchen Fall sie die entdeckten Ressourcen benötigen.

Zusammenfassend lassen sich also fünf Kategorien von FuA benennen, die für die Arbeit der Fachkräfte unerlässlich sind:

- Netzwerke, die wir selber aufbauen und quasi betreiben und damit ein Ziel verfolgen (muss aufgeschrieben werden).
- Netzwerke, zu denen wir eingeladen werden und hingehen und etwas erwarten (die Frage nach dem WAS ist hier eine Killerfrage).
- Aktivitäten, um den Sozialraum kennenzulernen, Ressourcen im Köcher zu haben und basierte Projekte zu planen.
- Selbstständige Projekte, aber in Verbindung / Verknüpfung mit einer Institution / Einrichtung im Sozialraum durchgeführte Projekte mit dem Ziel, der mittelfristigen Übernahme des Projektes durch den Partner (Bereitstellung von Ressourcen und „Startkapital“ durch uns).
- Erkundung, Aufbau und Pflege von Kontakten in die Kommunalpolitik (völlig offen, ohne Zweckverfolgung).

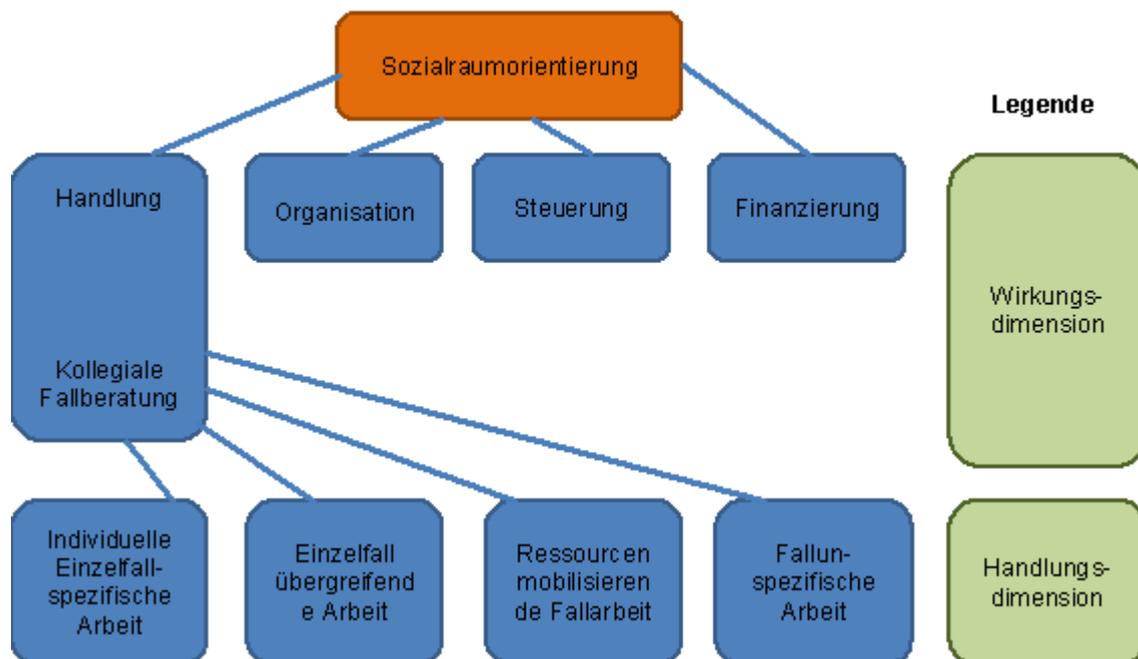
FüA- Was ist das?

Fallübergreifende Arbeit sowie Ressourcen mobilisierende Fallarbeit:

Die Begriffe der fallübergreifenden Arbeit sowie Ressourcen mobilisierenden Fallarbeit werden im Folgenden kurz umrissen, da diese beiden Termini maßgeblich durch das ISSAB in den sozialräumlichen Diskurs eingeführt worden sind, um damit den Begriff der fallunspezifischen Arbeit abgrenzen zu können.

Der fallübergreifende Arbeitsansatz stellt ein für Mitarbeitende seit langem bewährtes Instrument in der Hilfeleistung dar. Es werden aus individuellen einzelfallspezifischen Kontexten übergreifende Zusammenhänge hergestellt. Zumeist bedeutet dies, dass individuelle Einzelfälle mit ähnlicher Ausgangslage oder auch Fragestellung zusammengeführt werden zu sogenannter Gruppenarbeit. (HINTE 1989).

Schaubild



Unter Ressourcen mobilisierender Fallarbeit schreibt Hinte: »Bezogen auf einen konkreten Anlass, eine individuelle Notlage, werden Ressourcen des Sozialraums wie Nachbarschaften und Netzwerke herangezogen« (ISSAB 2007). Kooperation und Vernetzung mit anderen Fachkräften aber auch nicht-professionellen, ehrenamtlichen sowie privaten Schlüsselpersonen aus dem Sozialraum bzw. der Lebenswelt der Betroffenen sind entsprechend wirksame Strategien.

Diese sozialräumlichen Ressourcen können sowohl in individuellen Einzelfallzusammenhängen als auch in fallübergreifenden Kontexten genutzt werden.

5 Das Gesamt-/Teilhabeplanverfahren der ressourcen- und sozialraum-orientierten Eingliederungshilfe Erwachsene im Kreis Nordfriesland

5.1 Ziele des Gesamt- /Teilhabeplanverfahrens im Überblick

Es gibt eine kooperative Gesamt- / Teilhabeplanung, in der der Wille der Leistungsberechtigten und die (persönlichen, Umfeld- und Sozialraum-) Ressourcen herausgearbeitet sind.

Es wird ein Einvernehmen zwischen Leistungsberechtigten, Leistungserbringer und Leistungsträger sowie Reha- und/oder anderen Leistungsträgern erzielt.

Der Hilfebedarf wird ausschließlich nach fachlichen (und nicht nach finanziellen) Erwägungen festgestellt.

Die passende Hilfe zur Teilhabe wird zum richtigen Zeitpunkt erbracht.

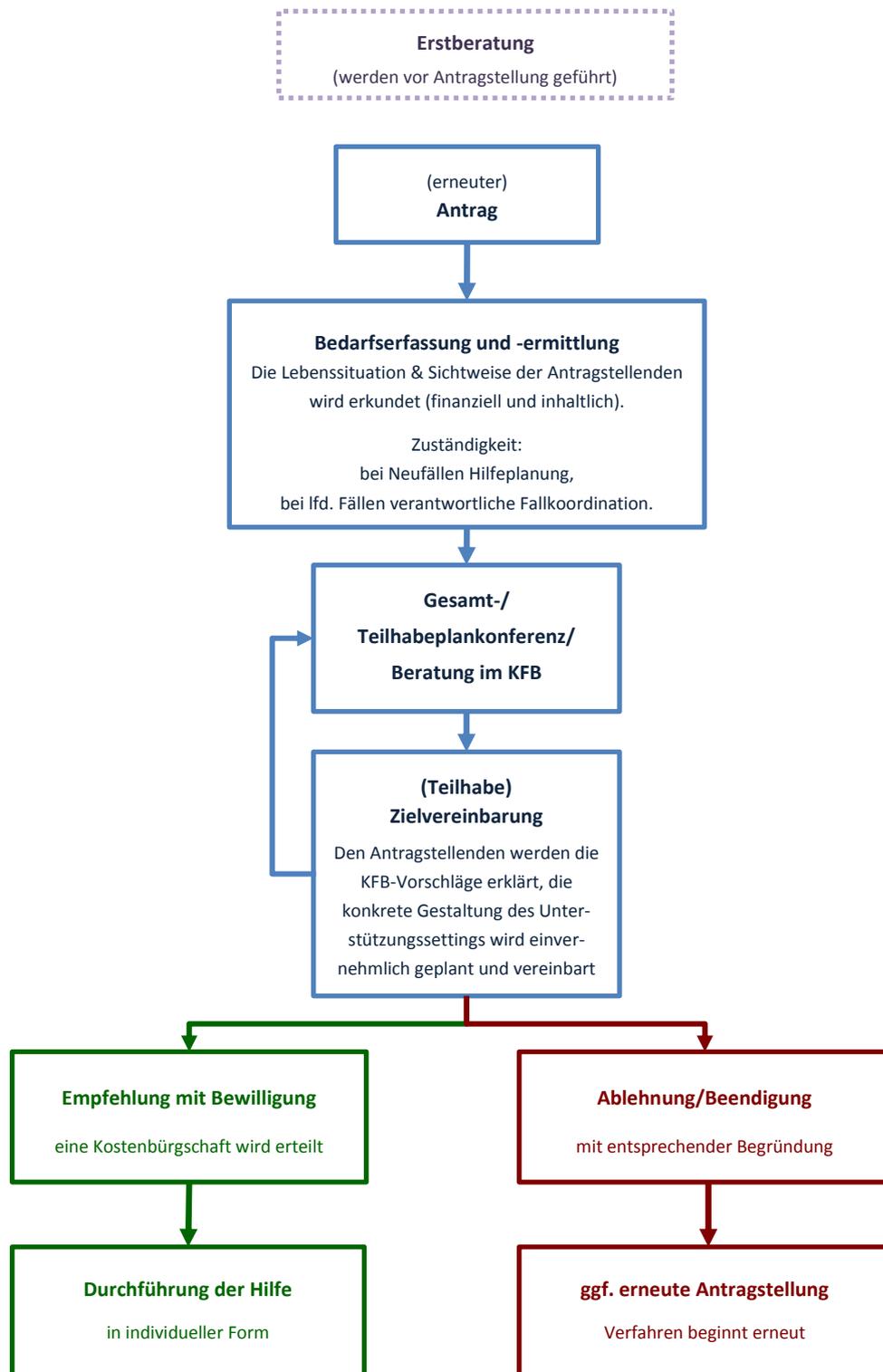
Das entwickelte Verfahren unterstützt dabei, dass

- Leistungsberechtigte schnell und unkompliziert die geeignete und notwendige Hilfe erhalten, um die von ihnen gewollte Teilhabe am gesellschaftlichen Leben zu erreichen.
- Fachkräfte mit und nicht über Leistungsberechtigte sprechen und einen fachlichen Diskurs führen, um die geeignete Hilfe zu konzipieren.
- die Unterstützungsvorschläge, die Leistungsberechtigten gemacht werden, sich an der individuellen Lebenssituation orientieren.

Die Leistungsberechtigten entscheiden im Gesamt- und/oder Teilhabezielvereinbarungsgespräch, ob das Unterstützungssetting zur Erreichung der Ziele dient.

5.2 Struktur des Gesamt- und Teilhabeplanverfahrens

5.2.1 Gesamt- und/oder Teilhabeplanverfahren gemäß SGB IX



5.3 Eingliederungshilfe Erwachsene Gesamtplan- / Teilhabeplanverfahren im Überblick, Tabelle: Wer macht was bis wann?

Ein Verzeichnis der Abkürzungen befindet sich im Anhang

	Wer?	Macht was?	Wann?
	Erstberatung		
	Antragstellende, Kreis NF/EGH, Leistungserbringende, Fachklinik, Wohlfahrtsverbände, Unabhängige Teilhabebearbeitungsstelle	führen die Erstberatung über Ausgangssituation und Unterstützungsmöglichkeiten, beraten über passende Unterstützungsleistungen im Sozialraum und/oder über Möglichkeiten und Bedingungen der EGH, verwenden Erstberatungsbogen, da ab 2020 Dokumentationspflicht besteht, auch wenn kein Antrag gestellt wird.	jederzeit
	Bearbeitung eingehender Anträge bei Neufällen		
	Antragstellende	stellen Antrag auf EGH, ggf. mit Unterstützung der beratenden Stelle.	bei Bedarf
	Sachbearbeitung (SB)	legt Fall an, prüft örtliche Zuständigkeit und welche Rehaträger noch zusätzlich beteiligt sind. Leitet den Antrag ggf. ganz oder teilweise an diese weiter oder fordert bei diesen Stellungnahmen an. Fordert ggf. Unterlagen nach. Informiert über weitere notwendige Schritte und leitet den Antrag danach an Hilfeplanung weiter.	innerhalb von 14 Tagen nach Antragstellung
	Antragstellende	unterschreiben Schweigepflichtentbindung.	so früh wie möglich
	Hilfeplanung (HP)	prüft ärztliche Unterlagen, ob sie ausreichend sind oder ob eine fachärztliche Stellungnahme durch das Gesundheitsamt (GA) notwendig wird.	Prüfung immer, Weiteleitung an GA bei Bedarf
	Bedarfsermittlung		
	HP	führt die Bedarfsermittlung orientiert am Willen und Zielen mit Antragstellenden durch, unter Berücksichtigung der Erkenntnisse anderer beteiligter Fachkräfte und/oder Reha- bzw. Leistungsträger.	so schnell wie möglich
	HP/SB	prüfen, ob andere Reha-/Leistungsträger involviert sind,	wenn alle Infos vorliegen,

Wer?	Macht was?	Wann?
	vergeben Konferenz-Termin und laden andere Beteiligte gemäß Verfahren zur Konferenz ein.	zum geplanten Termin der Konferenz
Durchführung der Konferenzen/KFBs		
HP	stellt anhand des Bedarfsermittlungsbogens Fall in Konferenz mit AMR vor.	Im Konferenzteam während der Kollegialen Beratung
Konferenz-Team/ alle TN der Konferenz	entwickelt Ideen, wie Ziele des Antragstellenden erreicht, bzw. der Hilfebedarf gedeckt werden kann, erstellt Protokoll der Beratung, legt Fallkoordination fest.	
Teilhabezielvereinbarungsgespräch / Gesamt-/Teilhabeplan		
HP, Antragstellende, ggf. Fachkraft LE	stellt Antragstellenden im Zielvereinbarungsgespräch Ideen vor, verabredet mit Antragstellenden das konkrete weitere Vorgehen unter Einbeziehung weiterer Reha-/Leistungsträger gemäß Verfahren.	zeitnah nach Konferenz
HP, Antragstellende, ggf. Fachkräfte der LE	erstellen Gesamt-/Teilhabeplan und schließen Zielvereinbarung unter Einbeziehung weiterer Reha-/Leistungsträger gemäß Verfahren.	zeitnah nach Konferenz, Protokoll der Konferenz ist Grundlage für den Bescheid
Bewilligung/Bescheid		
SB	fertigt, nach Rücksprache mit HP, ggf. unter Heranziehung anderer Reha-/Leistungsträger, Kostenbewilligung (KB) gemäß Gesamt-/Teilhabeplan mit Zielvereinbarung.	zeitnah, nach Abgabeempfehlung der HP, auf Grundlage des Gesamt-/Teilhabeplans mit Zielvereinbarung
Falldurchführung		
Fachkräfte der LE, ggf. Fallkoordination	setzen Hilfe lt. Zielvereinbarung um, erkunden die Lebenssituation, den Veränderungswillen, die Ziele und ggf. die Bedarfe des LB mit ihm gemeinsam.	gemäß Zielvereinbarung im Gesamt-/Teilhabeplan

Wer?	Macht was?	Wann?
Erneute Bedarfsermittlung (alle zwei Jahre) / Standortbestimmung (jährlich)		
Fallkoordination ggf. mit Unterstützung durch HP (Vermittlung)	sorgt für erneute Bedarfsermittlung/ Standortbestimmung (ein Formular!), führt dazu die unterschiedlichen Ressourcen sowie Maßnahmen unterschiedlicher Reha-/Leistungsträger zusammen, schickt erneute Bedarfsermittlung/ Standortbestimmung an zuständige SB.	lt. den Zielen der letzten Zielvereinbarung im Gesamt-/ Teilhabeplan
Antragstellende	stellen Verlängerungsantrag mindestens 6 Wochen bevor KB ausläuft, unter Einbeziehung der Unterlagen zur wirtschaftlichen Prüfung sofern weitere Hilfe notwendig ist.	bei Bedarf
Fachkräfte der LE	bereiten (idealerweise gemeinsame) erneute Bedarfsermittlung für die Beratung bzw. die Konferenzen im KFB-Team vor, formulieren AMR bei Beratungsbedarf, vereinbaren mit HP einen Termin für die Konferenz, sprechen sich mit allen beteiligten Fachkräften, wichtigen Bezugspersonen und anderen Reha-/Leistungsträgern gemäß Verfahren ab, beteiligen ggf. HP an der Vorbereitung der Bedarfsermittlung	6 Wochen vor Ablauf des Bewilligungszeitraumes oder bei akutem Bedarf
HP	Organisiert Einladung zur Konferenz unter Beteiligung anderer Reha-/Leistungsträger (siehe Schweigepflichtentbindung bei Erstantrag).	Bei Bedarf
Durchführung der Konferenzen/KFBs		
Fachkräfte der LE	stellen bei Beratungsbedarf bzw. nach Rücksprache mit HP Fall zur Beratung in der Konferenz AMR vor. (ohne Beratungsbedarf: abschließende Formulierung ggf.in der Konferenz möglich).	im Konferenz-Termin
Teilhabezielvereinbarungsgespräch		
Antragstellende, Fach-	stellen Antragstellenden im Zielvereinbarungsgespräch Ideen der Konferenz vor, verabreden im	zeitnah nach (Teilhabe-) Zielvereinba-

	Wer?	Macht was?	Wann?
	kräfte der LE, HP	Einvernehmen das konkrete weitere Vorgehen unter Einbeziehung weiterer Reha-/Leistungsträger gemäß Verfahren, führen Zielvereinbarungsgespräch mit LB, erstellen Gesamt-/Teilhabeplan, geben Gesamt-/Teilhabeplan mit Zielvereinbarungen an SB zur Erstellung des Bescheides.	rungsgespräch, Erstellung des Gesamt-/Teilhabepans mit Zielvereinbarungsgespräch auch ohne Konferenz alle zwei Jahre notwendig
	Bewilligung/Bescheid		
	SB beim Kreis NF	fertigen Kostenbewilligung unter Berücksichtigung anderer Reha-/Leistungsträger gemäß Verfahren, unter Einbeziehung des Gesamt-/Teilhabeplanes sowie der Zielvereinbarung	Gesamt-/Teilhabepan mit Zielvereinbarung ist Grundlage des Bescheids

5.4 Fachlich-inhaltliche Ausrichtung des Gesamt- und Teilhabeplanverfahrens

Verwendung der Begriffe Wille, Ziel und Bedarf

In der praktischen Arbeit wurde deutlich, dass die Begriffe Wille und Ziele in Abgrenzung zum Bedarf unterschiedlich benutzt und verstanden wurden. Für einen gemeinsamen Prozess ist es wichtig, dass es für inhaltlich wichtige Fachbegriffe ein gemeinsames Verständnis gibt.

Für die Eingliederungshilfe Erwachsene in Nordfriesland gilt:

Nach der Erfassung der Ausgangssituation und der Bedarfsermittlung kann sich die Hilfe entweder

- am Willen/an den Zielen der leistungsberechtigten Menschen

und/oder

- am von den Fachkräften definierten, individuellen Bedarf des leistungsberechtigten Menschen

orientieren.

Daraus folgt, dass

- der Begriff Wille/Ziel nur verwendet wird, wenn er durch die leistungsberechtigten Menschen selbst ausgedrückt wird. Die Möglichkeit zur Teilhabe geht nur mit eigenem Zutun. Der Mensch selbst muss etwas „wirklich wollen“ und einen Gestaltungsbedarf in seinem Leben erkennen. Das sind Ziele, die innerhalb eines überschaubaren Zeitraums tatsächlich für den Antragstellenden erreichbar sind („SMART“ + 3, siehe hierzu Kapitel 6.4). Dazu kann auch die Erhaltung des Status quo der sozialen Teilhabe gehören.
- der Begriff Bedarf nur bei von Fachkräften entwickelten Notwendigkeiten verwendet wird, die sich auf medizinische Diagnosen, festgestellte Eigen- und Fremdgefährdung sowie Teilhabe einschränkungen beziehen.

Gelegentlich wird es vorkommen, dass die Nutzenden selbst ihren Willen und ihre Ziele nicht äußern können. In diesen Fällen arbeiten die beteiligten Fachkräfte gemeinsam mit den rechtlich Betreuenden / mit den Vertretungen der Nutzenden den „mutmaßlichen Willen“ und „das wohlverstandene Interesse“ der Nutzenden heraus. Hierbei ist es wichtig, dass Interpretationen der Fachkräfte, aus denen sich ggf. Maßnahmen ergeben, vermieden bzw. kenntlich gemacht werden. Maßnahmen sind immer nur Mittel zum Zweck. Sie helfen dabei, das Ziel zu erreichen. Sie selbst sind kein Ziel.

5.5 Nutzende stehen mit ihrem Willen, ihren Zielen und/oder ihrer Kooperationsbereitschaft im Mittelpunkt

Das Schaubild Wille/Ziele/Kooperationsbereitschaft gilt zielgruppenübergreifend, d. h. sowohl für den Bereich der Menschen mit einer geistigen und/oder körperlichen Einschränkung sowie einer seelischen und/oder Sucht-Erkrankung.

Für die Arbeit im Einzelfall sowie für die Formulierung der Konzentrationsrichtung für die Gesamt-Teilhabekonferenz und/oder das KFB Team ist es immanant wichtig zu wissen, an welcher Stelle im Schaubild Wille/Ziele/Kooperationsbereitschaft, die Falldurchführung zu verorten ist.

Der Ausgangspunkt der Arbeit besteht immer in der Erfassung der Ausgangssituation. Hier gilt es, gleichgewichtig und gleichwertig zu erfassen, was gut läuft und was besser werden kann.

Der entscheidende Schritt besteht in der Erfassung des Willens: Haben die Nutzenden selbst einen konkreten Willen und ein realistisches Ziel formuliert oder sind sie mit Unterstützung in der Lage dazu? Nicht alle Nutzenden sind in der Lage dazu.

Der Auftrag der Fachkräfte umfasst in jedem Fall

- Erkundung der Ausgangssituation und der vorhandenen Ressourcen
- Zielarbeit am Willen der Nutzenden und/oder Erhebung der Kooperationsbereitschaft der Nutzenden
- Ressourcencheck
- Planung und Durchführung der zur Zielerreichung notwendigen Schritte oder der im Rahmen der Kooperationsbereitschaft notwendigen Schritte
- Auswertung

Im Schaubild Wille/Ziele/Kooperationsbereitschaft wird im **linken Handlungsstrang** die Arbeitsweise mit Nutzenden, die einen konkreten Willen äußern, d.h. einen Willen in Bezug auf die Veränderung ihrer Situation bzw. auf den Erhalt ihres Status quo, dargestellt.

Die Nutzenden formulieren einen **konkreten (Veränderungs-) Willen**. Dieser drückt sich in realistischen Zielen hinsichtlich ihres (Veränderungs-)Willens aus. Die Ressourcen zur Zielerreichung sind im Wesentlichen vorhanden und können aktiviert werden.

→ Auftrag der Fachkräfte in der Zielarbeit ist die Überprüfung des Ziels, Ressourcencheck, Durchführung und Auswertung. Vorrangig sind sozialräumliche Ressourcen für das Unterstützungsetting zu entwickeln und /oder darin einzubeziehen.

Der mittlere Handlungsstrang im Schaubild Wille/Ziele/Kooperationsbereitschaft zeigt die Situation, in der Nutzende einen **diffusen Willen** in Bezug auf Veränderung und/oder ihre Lebenssituation haben, d.h. der Wille ist nicht in einem Ziel fokussiert. Die Nutzenden handeln in Bezug auf Veränderung und/oder Erhaltung ihrer Lebenssituation unkonkret.

→ Auftrag der Fachkräfte in der Ziellarbeit ist die weitere Konkretisierung des Willens. Sie arbeiten mit den Nutzenden daran, deren Willen zu konkretisieren, Ziele zu erarbeiten, Ressourcencheck, Durchführung und Auswertung. Vorrangig sind sozialräumliche Ressourcen für das Unterstützungssetting zu entwickeln und /oder darin einzubeziehen.

Wird jedoch bei der Arbeit deutlich, dass ein Wille nicht weiter zu konkretisieren ist, oder dass Nutzende keinerlei Initiativen zeigen (können), wird ggf. mit der Kooperationsbereitschaft im rechten Handlungsstrang gearbeitet.

Im rechten Handlungsstrang der Kooperation wird mit Nutzenden gearbeitet, die explizit keinen Veränderungswillen äußern (können). Die Nutzenden sind eher passiv bzw. rezeptiv in der Zusammenarbeit, ggf. auch, weil die Einschränkung und/oder Erkrankung sie an einer Zusammenarbeit hindert.

→ Auftrag der Fachkräfte ist es, vor dem Hintergrund des Bedarfes mit den Nutzenden die passgenaue Gestaltung der Unterstützung zu erarbeiten, um die Teilhabebeeinschränkung abzumildern. Bedarfsermittlung, Ressourcencheck, Durchführung und Auswertung. Vorrangig sind sozialräumliche Ressourcen für die Gestaltung der Unterstützung zu entwickeln und /oder darin einzubeziehen.

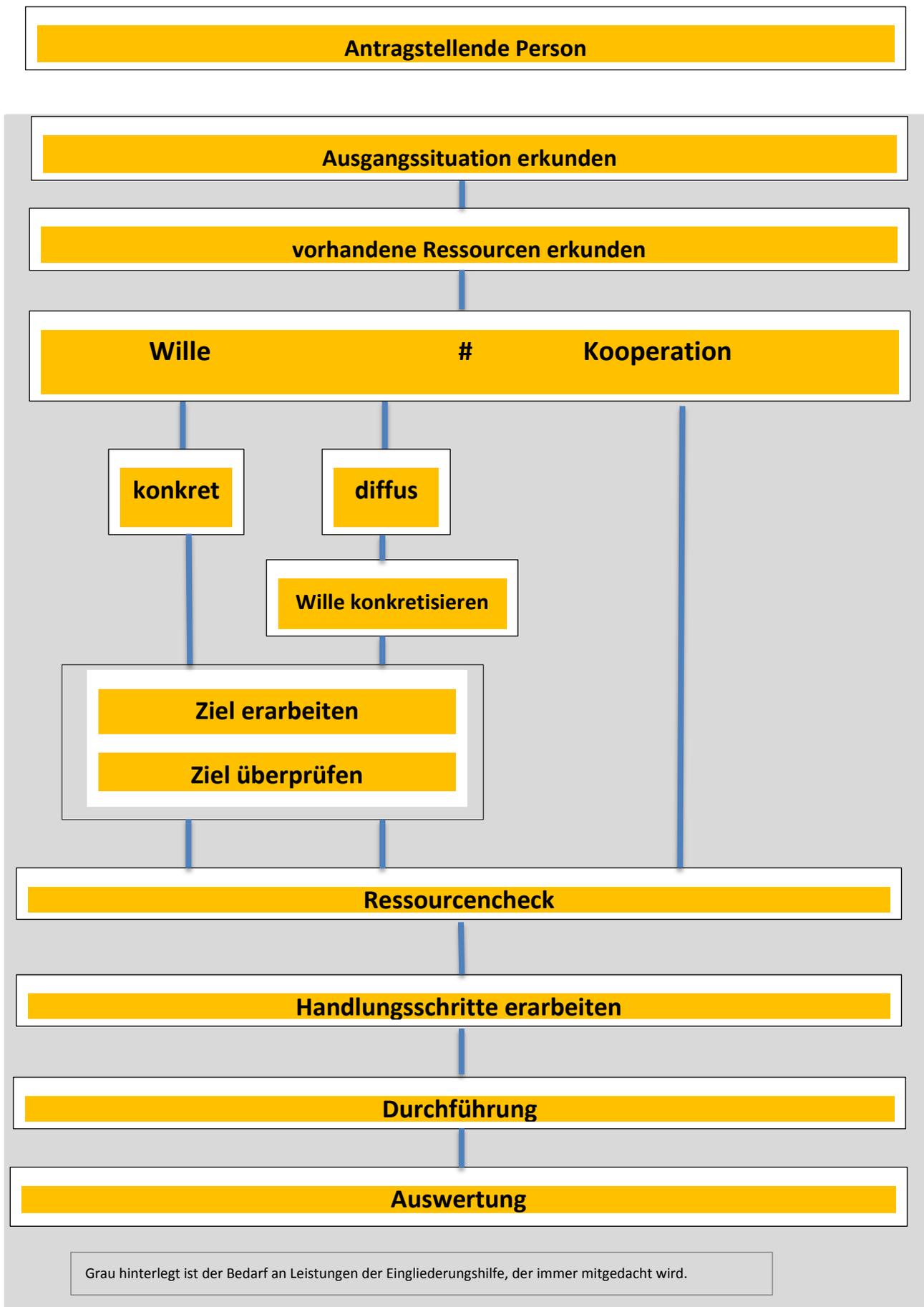
Das Schaubild Wille/Ziele/Kooperationsbereitschaft unterstützt die Fachkräfte dabei,

- den jeweiligen Arbeitsauftrag in den unterschiedlichen Handlungssträngen zu definieren,
- die inhaltliche Ausgestaltung der Gestaltung der Unterstützung mittels spezifischer, kommunikativer Instrumente zu steuern,
- die Arbeitsenergie zielführend und ressourcenökonomisch zu lenken.

Generell gilt: An jedem Punkt der Arbeit mit den Nutzenden kann es - immer dann, wenn Wille oder Teilhabebeeinschränkung/Bedarf sich ändern - zu einer Neuorientierung im Hilfeverlauf kommen. Ebenso kann es notwendig sein, die Gestaltung der Unterstützung durch die Fachkräfte den wechselnden Situationen flexibel anzupassen.

Allen Prozessen sind kommunikative Instrumente zugeordnet, die in der Personalqualifikation der Beteiligten übergreifend und kontinuierlich trainiert werden. Entsprechende Fragen finden sich im Anhang.

5.6 Schaubild Wille/Ziele/Kooperationsbereitschaft



Schritt 1: Ausgangssituation erkunden

Die Ausgangssituation wird gemeinsam mit der antragstellenden Person erkundet, ggf. unter Einbeziehung anderer Reha-/Leistungsträger, Fachkräfte und Personen aus dem Umfeld.

Bei Folgeanträgen ist die jeweils aktuelle Situation die Ausgangssituation und wird neu erkundet.

Schritt 2: Vorhandene Ressourcen erkunden

Die vorhandenen Ressourcen werden gemeinsam mit der antragstellenden Person erkundet.

Bei Folgeanträgen wird überprüft, ob bisherige Ressourcen noch vorhanden sind und genutzt werden und ob neue entwickelt wurden. Auch hier wird neu erkundet.

Schritt 3: Erhebung des Willens bzw. der Kooperationsbereitschaft

Dabei wird ein festgestellter Bedarf nach SGB IX vorausgesetzt.

Konkreter Wille

Ausgangspunkt ist ein vorhandener konkreter Wille in Bezug auf Veränderung und/oder Erhalt der Lebenssituation.

Aus dem Willen wird ein Ziel erarbeitet. SMART+3-Kriterien beachten.

Ziel überprüfen.

Diffuser Wille

Ausgangspunkt ist ein vorhandener jedoch noch unkonkreter Wille in Bezug auf Veränderung und/oder Erhalt der Lebenssituation.

Konkretisierung des Willens Erarbeitung und Formulierung eines Ziels. SMART+3-Kriterien beachten.

Ziel überprüfen. Wenn das nicht möglich ist: Bedarf feststellen und im Bereich Kooperationsbereitschaft weiterarbeiten.

Kooperationsbereitschaft

Ausgangspunkt ist der Bedarf. Kooperationsbereitschaft ist vorhanden und wird auf Tragfähigkeit geprüft.

Schritt 4: Ressourcencheck

Welche Ressourcen gibt es schon? Wie werden sie genutzt? Welche werden noch gebraucht, um das Ziel zu erreichen? Wie können weitere Ressourcen erschlossen werden?

Schritt 5: Handlungsschritte erarbeiten

Konkret: Wer macht was bis wann? Was kann die antragstellende Person selbst tun (ggf. mit Unterstützung)? Lassen sich keine Handlungsschritte erarbeiten, erfolgt eine Prozessüberprüfung.

Schritt 6: Durchführung

Die Handlungsschritte werden umgesetzt, ggf. mit Unterstützung.

Ist das nicht möglich, erfolgt eine Prozessüberprüfung.

Schritt 7: Auswertung

Was wurde erreicht? Was war hilfreich? Was bleibt noch zu tun?

Haben sich Ziele verändert oder wurden Ziele nicht erreicht, erfolgt eine Prozessüberprüfung.

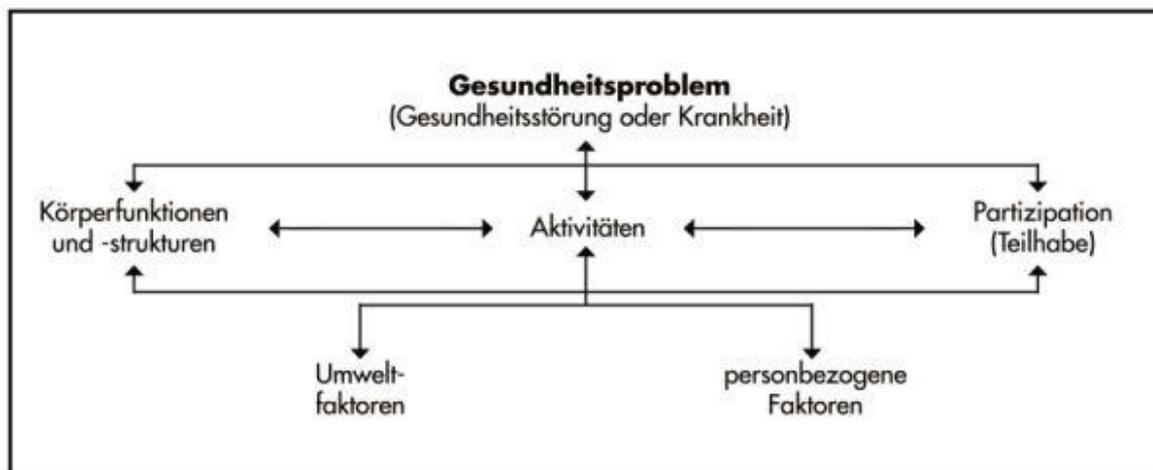
Ggf. wird ein Verlängerungsantrag gestellt, und die Handlungsschritte werden neu durchgeführt.

5.7 Ressourcen

Ressourcenerkundung ist ein wichtiger Bestandteil der Sozialraumorientierung. Ressourcen sind Fähigkeiten und Stärken der Betroffenen sowie ihres Lebensumfelds. Diese werden eingesetzt, um die Nutzenden dabei zu unterstützen, ihre Ziele zu erreichen und Bedarfe zu decken.

5.8 Das bio-psycho-soziale Modell gemäß ICF

Das Bio-psycho-soziale Modell des ICF beinhaltet im Rahmen der personenbezogenen Faktoren die persönlichen Ressourcen. Die Ressourcenbereiche Sozial, Infrastruktur und Materiell fließen in den Umwelt- und Kontextfaktoren ein.



In der Sozialraumorientierung EGH E in Nordfriesland nach SGB IX finden sich die vier Ressourcenbereiche nach Prof. Dr. Wolfgang Hinte folgendermaßen wieder:

Personenbezogene Faktoren:

- **Persönliche Ressourcen:** Was können die Antragstellenden selber tun, um ihr Ziel zu erreichen? Über welche Ressourcen verfügen sie selbst?

Umwelt- und Kontextfaktoren:

- **Soziale Ressourcen:** Wer aus der Familie, dem Freundeskreis, der Nachbarschaft kann die Antragstellenden bei dem Erreichen ihrer Ziele unterstützen?
- **Materielle Ressourcen:** Was steht mir an Geld zur Verfügung? Welche Dinge gehören mir, die ich im täglichen Leben nutze?
- **Sozialräumliche/Infrastrukturelle Ressourcen:** Welche Angebote gibt es im Sozialraum, die für das Erreichen der Ziele nützlich sein könnten? Welche Infrastruktur bietet der Sozialraum für die Antragstellenden?

Hilfreiche Fragen zur Ermittlung der Ressourcen sowohl nach ICF und der Ressourcenorientierung nach Prof. Dr. Wolfgang Hinte finden sich im Anhang.

6 Gesamt- und/oder Gesamt- und Teilhabepankonferenz und/oder Kollegiale Fachberatung

Indikatoren für die Besprechung der Fälle in den Gesamt- und/oder Gesamt- und Teilhabepankonferenzen und/oder in der Kollegialen Fachberatung (im Weiteren Konferenzen genannt).

Grundsätzlich gilt:

Wird oder wurden Antragstellende bereits von einem Leistungserbringer, auch WfbM, unterstützt, so ist die zuständige Fachkraft bei der Erarbeitung der Bedarfsermittlung und/oder der Konferenz hinzuzuziehen, um ein möglichst vollständiges Bild des Leistungsberechtigten zu erhalten. Dies gilt auch bei Neufällen.

Das gemeinsame Verfahren besagt:

- bestand in der Vergangenheit bereits eine Betreuung im Rahmen einer Maßnahme und/oder ein Arbeitsplatz in einer WfbM, so werden die Fachkräfte zur Erstellung der Bedarfsermittlung hinzugezogen.
- die Feststellung der Teilhabeeinschränkung erfolgt in diesen Fällen gemeinsam mit Hilfeplanung und Fachkräften.
- ist zwischen Hilfeplanung und Fachkraft aufgrund unterschiedlicher Bewertungen keine Einigung (möglich), so erfolgt eine gemeinsame Falleingabe im KFB mit der AMR: Welche Ideen habt Ihr, wie herausgefunden werden kann, ob eine Teilhabeeinschränkung vorliegt?
- die Konferenz spricht, wie bei allen anderen Fällen auch, Empfehlungen aus.
- der formale Akt der Feststellung der Teilhabeeinschränkung erfolgt dann über die Hilfeplanung.

Folgende Indikatoren gelten für Fall-Besprechungen in den Konferenzen:

- Fachkraft der Einrichtung, Hilfeplanung oder Sachbearbeitung hat Beratungsbedarf
→ bei Veränderungswillen der Leistungsberechtigten erstellt die Fachkraft die Bedarfsermittlung.
- Alle Neufälle
→ nach formaler und rechtlicher Prüfung durch Sachbearbeitung (Einkommens- und Vermögensüberprüfung, sachliche Zuständigkeit SGB XII/IX, örtliche Zuständigkeit).
→ nach Prüfung der Vorlage einer wesentlichen Behinderung und/oder von Behinderung bedroht (länger als sechs Monate andauernd).
→ nach Prüfung und Vorlage einer Teilhabeeinschränkung durch Hilfeplanung (Vorgehensweise siehe oben).
- Alle Not/Krisenfälle
→ auch möglich, wenn o. a. Prüfungsverfahren noch läuft.

- Sollte es während der Hilfedurchführung zu einem Beratungsbedarf kommen, verständigt die durchführende Fachkraft die fallzuständige Hilfeplanung umgehend. Dies ist insbesondere der Fall, wenn grobe Abweichungen vom Gesamt- und Teilhabeplan vorliegen oder zu erwarten sind.

Hilfeplanung und Fallkoordination/Fachkraft beraten gemeinsam, ob ein Fall außerplanmäßig in den Konferenzen besprochen wird. Weiter wird geklärt, welche Maßnahmen ergriffen werden, um die Zielerreichung nicht zu gefährden oder sie anzupassen. Soweit notwendig und möglich wird die Unterstützung an ggf. veränderte Ziele angepasst.

- Fälle, von auswärts, die wieder zurück in das Kreisgebiet ziehen.
- Hilfeplanung und/oder Sachbearbeitung sehen Konferenzen als erforderlich an, dies gilt auch für
 - alle Fälle, die außerhalb Nordfrieslands untergebracht sind,
 - alle Fälle mit persönlichem Budget,
 - in der Übergangsphase für alle baW-Fälle (bis auf Weiteres),
 - alle Fälle, die umgesteuert werden sollen (z. B. Besondere Wohnform zu selbstständigem Wohnen, in die Hilfe zur Pflege).
- WfbM-Beschäftigte, die in vier Jahren die Regelaltersgrenze erreichen (durch WfbM).
- WfbM-Beschäftigte ein Jahr nach dem Berufsbildungsbereich (durch WfbM).
- Personenkreis der Tagesförderstätten ein Jahr nach Aufnahme.
- Hilfeplanung stellt fest, dass Abweichungen zwischen den Zielen im Gesamt- und/oder Teilhabeplan und denen der folgenden Bedarfsermittlung bestehen, und diese nicht vorher benannt wurden.

Die Zeitplanung der Konferenzen kann individuell gestaltet werden und zwischen 30 und 120 Minuten variieren.

6.1 Die kollegiale Fachberatung im Rahmen der Konferenzen

Das KFB-Team besteht aus mindestens zwei Mitarbeitenden des Leistungsträgers (fallzuständige Hilfeplanung, fallzuständige Sachbearbeitung), zwei Mitarbeitenden der Leistungserbringer (je einer aus den Bereichen seel./Sucht und gei/kö).

Die Mitglieder der gemeinsamen Koordinierungsstelle und die Abteilungsleitung EGH nehmen regelmäßig an den Sitzungen teil. Dies sichert den Austausch auf allen Ebenen ab.

Im Rahmen des Gesamt-/Teilhabeplanverfahrens werden andere an der Hilfe beteiligte Reha- und/oder Leistungsträger zu den jeweiligen Fallbesprechungen ins KFB eingeladen. Die Einladung erfolgt über die fallzuständige Sachbearbeitung in Absprache mit der fallzuständigen Hilfeplanung und den Falleingebenden.

Das KFB-Team tagt pro Sozialraum einmal in der Woche und nach Bedarf. Es berät alle Neu-Anträge auf EGH-Leistungen, die das Prüfverfahren durchlaufen haben, sowie laufende Hilfen – sofern Beratungsbedarf besteht. Der Ablauf folgt einem standardisierten Verfahren (siehe Kapitel 6.2).

Die Hilfeplanung legt unter Berücksichtigung der Dringlichkeit fest, welche Fälle wann im KFB-Team besprochen werden und berücksichtigt dabei, ob die Falleingebenden einen eher hohen oder eher niedrigen Beratungsbedarf sehen.

Das KFB-Team führt eine Beratung mit den Falleingebenden durch. Für Neufälle ist dies regelmäßig die fallzuständige Hilfeplanung. Ausnahmen sind möglich. Alle weiteren Fälle werden von der fallzuständigen Fachkraft eingegeben.

Gemäß SGB IX werden weitere beteiligte Leistungs- und/oder Rehaträger zur Beratung in der Konferenz hinzugezogen.

Die Antragstellenden können bei der Konferenz anwesend sein. Die Falleingebenden bereiten die Antragstellenden angemessen auf den Termin vor und sorgen während der Konferenz dafür, dass diese dem Geschehen folgen können.

Sind Reha- und/oder andere Leistungsträger in die Hilfe einzubeziehen, nehmen diese entweder an der Konferenz teil oder verfassen Stellungnahmen, die im Rahmen der Falleingabe vorgestellt werden.

Ausgangspunkt für die Konferenz ist eine von den Falleingebenden formulierte Aufmerksamkeitsrichtung (AMR), in der deutlich wird:

- An welcher Stelle im Fallverlauf brauche ich Unterstützung?
- An welcher Stelle möchte ich einen Schritt weiterkommen?

Die AMR ist immer im Schaubild Wille/Ziele/Kooperationsbereitschaft zu verorten.

Für die Formulierung der AMR gibt es vier Ansatzmöglichkeiten, die von den Falleingebenden passend weiterentwickelt werden können:

- Welche Ideen habt Ihr, wie XY dabei unterstützt werden kann, seine/ihre Ziele zu erreichen?
- Welche Ressourcen gibt es, bzw. braucht es (noch), um den Willen herauszuarbeiten/ die Ziele zu erreichen/ die Teilhabe einschränkung abzumildern?
- Welche Ideen/ welche Methoden kennt Ihr/ habt Ihr, wie die Ziele von XY herausgearbeitet werden können?

- Welche passgenaue Unterstützung braucht XY, um seine/ihre Teilhabeinschränkung abzumildern?

Für die Arbeit in den Konferenzen ist es wichtig, dass die AMR der Falleingebenden in diesem Sinne vom KFB-Team verstanden wird. Daher werden grundsätzlich zwei Fragen gestellt:

- Versteht Ihr die AMR im Wortlaut?
- Versteht Ihr die AMR inhaltlich?

Die AMR ist immer und ausschließlich die fachliche Frage der Falleingebenden. Sie ist nicht die Frage der Antragstellenden, ebenso wenig die Frage des KFB-Teams.

Die Kollegiale Fachberatung unterstützt die Falleingebenden bei

- der zielgenauen Reflexion und Überprüfung ihres fachlichen Handelns.
- der Erweiterung der eigenen Wahrnehmung.
- der Klärung diffuser Situationen.
- in Entscheidungen rund um die Anwendung des Fachkonzeptes.
- der Entwicklung von Handlungsstrategien in schwierigen Fallkonstellationen.
- der Entwicklung kreativer Lösungen durch die Ideen Dritter.
- der Erschließung und Nutzung sozialräumlicher Ressourcen.
- der Einbeziehung anderer Leistungs- und/oder Rehaträger.

Im Anschluss an die Formulierung der AMR stellen die Falleingebenden die Falleingabe im KFB-Team vor. Wenn das KFB-Team alle notwendigen Informationen durch die Fallvorstellung und Nachfragen erhalten hat, entwickelt es Ideen als Antwort auf die AMR.

Das Unterstützungsangebot wird so konzipiert, dass sowohl die persönlichen als auch die Umfeld-/Umwelt- und Kontextfaktoren in die Hilfe einbezogen und genutzt werden. Es werden Wege aufgezeigt, die dazu beitragen, Ressourcen zu aktivieren und somit „inklusive Teilhabe“ zu ermöglichen. Anderer Leistungs- und/oder Rehaträger werden aktiv in das Unterstützungssetting einbezogen.

Am Ende der Konferenzen stehen konkrete Vorschläge zur weiteren Gestaltung der Unterstützung, die ggf. auch die Leistungen von Reha- und/oder anderen Leistungsträgern einbeziehen. Diese bringt die Hilfeplanung als Empfehlung in das Teilhabezielvereinbarungsgespräch ein. Die Ergebnisse der Konferenzen werden protokolliert.

Es ist möglich, dass das KFB-Team als Empfehlung eine Ablehnung von Hilfestellung vorschlägt. Dies passiert z.B., wenn Ressourcen ausreichend vorhanden und für die Antragstellenden gut nutzbar sind, so dass keine institutionelle Hilfe benötigt wird.

Auch diese „Idee“ wird den Antragstellenden in einem (Teilhabe-)Zielvereinbarungsgespräch vorgestellt und erklärt.

6.2 Der Ablauf der kollegialen Fachberatung und Aufgaben der Fallmoderation (Moderationsleitfaden)

Phase/Wer	Macht was	Bemerkung
Einstieg/Begrüßung Fallmoderation max. 5 Minuten	steht auf, geht den Ankommenden entgegen, begrüßt sie persönlich (z.B. durch Hand geben, direkt mit dem Namen ansprechen, Augenkontakt, Freundlichkeit). bietet einen Platz und Getränke an. gibt 1-2 Minuten Zeit und Raum zum Ankommen und vermittelt damit Ruhe und Sicherheit. gewährleistet, dass alle Gäste willkommen sind, auch, wenn sie nicht angemeldet sind, die Antragstellenden sie aber dabei haben möchten.	Namensschilder mit Namen stehen vor allen Teilnehmenden des KFB Teams.
Einstieg/Begrüßung Fallmoderation	leitet die Vorstellungsrunde ein. gibt Hinweis, dass sowohl Mitarbeitende der Einrichtungen, des Kreises und ggf. andere Leistungs-/und/oder Rehaträger in der Runde sitzen.	
Einstieg/Begrüßung Alle	stellen sich kurz selbst mit Namen vor und geben nur den Personenkreis an. Zu welcher Einrichtung jemand gehört ist nachrangig. Wichtig ist, welcher Personenkreis in der Konferenz vertreten wird!	Sachbearbeitung und Hilfeplanung sowie andere Leistungs- und/oder Rehaträger geben an, dass sie für die jeweilige Person zuständig sind.
Einstieg/Begrüßung Fallmoderation	gibt Hinweis auf den Ablauf (Phasenmodell) wie z. B. „Ich leite Sie durch den heutigen Tag und sage Ihnen immer, was wir gerade zusammen machen“.	
Einstieg/Begrüßung Fallmoderation	fragt Falleingebende immer, ob Falleingaben mitgebracht wurden. beschreibt kurz die Funktion des Perspektivwechsels. fragt Falleingebende, welche Perspektive für Perspektivwechsel gewünscht wird.	Einsatz des Perspektivwechsels/der Perspektivwechselrunde ist für alle Teams verbindlich. Perspektive der Antragstellenden wird eingenommen, wenn diese

Phase/Wer	Macht was	Bemerkung
	<p>lässt kurz die wichtigsten Merkmale und Besonderheiten der Antragstellenden für Perspektivwechsel darstellen.</p> <p>Perspektivwechsel bringt in der Regel keine Ideen ein.</p> <p>Zusätzliche Perspektiven können auf Wunsch der Falleingebenden eingenommen werden.</p>	nicht an KFB teilnehmen.
<p>Informationsfragen</p> <p>Fallmoderation</p> <p>max. 15 Minuten</p>	<p>achtet auf Wortmeldungen.</p> <p>achtet darauf, dass die Fragen kurz und knapp ohne Anmoderation bzgl. der AMR gestellt werden.</p> <p>achtet darauf, dass sich niemand für Fragen entschuldigt.</p> <p>achtet darauf, dass sich Antworten kurz und knapp auf die Frage und die AMR beziehen.</p> <p>gibt nach max. 2-3 Fragen/ Antworten an weitere Fragestellende weiter.</p>	<p>Fallmoderation unterbindet Abweichungen von der AMR</p> <p>Fallmoderation regt ggf. an, offene Fragen zu stellen</p> <p>Fallmoderation sendet eindeutige, auch nonverbale positive Botschaften</p>
<p>Beantwortung der AMR</p> <p>Fallmoderation</p> <p>max. 15 Minuten</p>	<p>legt Ideen und Anmerkungen aus vorheriger Fallbesprechung vor.</p> <p>liest vor Beantwortung der AMR (früher Ideensammlung) die AMR noch einmal.</p> <p>achtet darauf, dass die Beantwortung der AMR ohne Kommentierung sowohl der Falleingebenden als auch des Teams und/oder der Antragstellenden/der Gäste erfolgt und unterbindet dabei auch nonverbale Botschaften.</p> <p>Bei Entscheidungsfragen wird Votum aufgeführt, bei nicht-einstimmigen Aussagen kann ggf. ein Konsens herbeigeführt werden, andernfalls geht Entscheidung in die Clearing-Ebene.</p>	<p>Falleingebende legen Ideen vor, dürfen zum Verständnis d. Ideen nachfragen.</p> <p>Im Protokoll sollte das Wort „Ideensammlung“ durch „Antwort auf die AMR“ ersetzt werden.</p> <p>Sachbearbeitung kann am Ende der Antwortphase Anmerkungen machen.</p> <p>Maßnahmen sind keine Ideen!</p>
<p>Auswahl und Konkretisierung</p>	<p>bittet Falleingebende darum, die Antworten daraufhin zu prüfen, ob sie im HPG vorgestellt werden sollen.</p>	<p>Fallmoderation macht deutlich, dass Falleingebende kein fachliches Vo-</p>

Phase/Wer	Macht was	Bemerkung
Fallmoderation max. 10 Minuten	macht Falleingebende darauf aufmerksam, dass die Entscheidung, ob die Antwort im HPG vorgestellt werden soll oder nicht, nicht begründet werden muss. liest vor Beantwortung durch die Falleingebenden die jeweilige Antwort vor. Antworten werden durch Protokollführende markiert.	tum bzgl. Weiterbewilligung der Maßnahme vornimmt, dies obliegt der päd. Empfehlung des KFB-Teams
Auswahl und Konkretisierung Fallmoderation	erfragt die TN sowie den Terminrahmen des HPG. erfragt den Konkretisierungsbedarf. HP holt sich bei Bedarf fachliche Unterstützung bzgl der Bewilligungsdauer ein.	Formulierungen für den Konkretisierungsbedarf in Absprache mit HP und Falleingebenden.
Reflexion Fallmoderation max. 5 Minuten	Erfragt von allen Rückmeldung bzgl. Atmosphäre, Ideen/Antworten, Falleingabe, Perspektivwechsler, etc..	Es kann auch ein Schwerpunkt gesetzt werden.

6.3 Das Teilhabezielvereinbarungsgespräch

Die Empfehlungen und Ideen der Konferenzen werden den Antragstellenden von der zuständigen Fachkraft des LE vor dem (Teilhabe-) Zielvereinbarungsgespräch vorgestellt. So haben die Antragstellenden die Möglichkeit, sich mit den Vorschlägen auseinander zu setzen und sie in Ruhe zu bedenken. Die Fachkraft und die Antragstellenden erarbeiten zur Vorbereitung auf das (Teilhabe-) Zielvereinbarungsgespräch Ziele und Handlungsschritte für das weitere Vorgehen.

Die Antragstellenden bringen, ggf. mit Unterstützung der Fachkraft, im (Teilhabe-)Zielvereinbarungsgespräch ihre Vorstellungen der Hilfe ein.

Das Ziel des (Teilhabe-)Zielvereinbarungsgesprächs ist es, ein Einverständnis mit den Antragstellenden über das weitere Vorgehen herzustellen. Im Rahmen des Gesamt-/Teilhabeplanverfahrens werden Hilfen möglicher anderer Reha- und/oder Leistungsträger einbezogen und die Träger der Hilfen über die fallzuständige Sachbearbeitung des Kreises zu den Kosten herangezogen.

Die konkrete Umsetzung wird durch die Hilfeplanung im Protokoll des (Teilhabe-)Zielvereinbarungsgesprächs festgehalten. Das Protokoll wird in Alltagssprache / leichter Sprache formuliert, so dass es für alle Beteiligten verständlich und nachvollziehbar ist. Das (Teilhabe-)Zielvereinbarungsgespräch

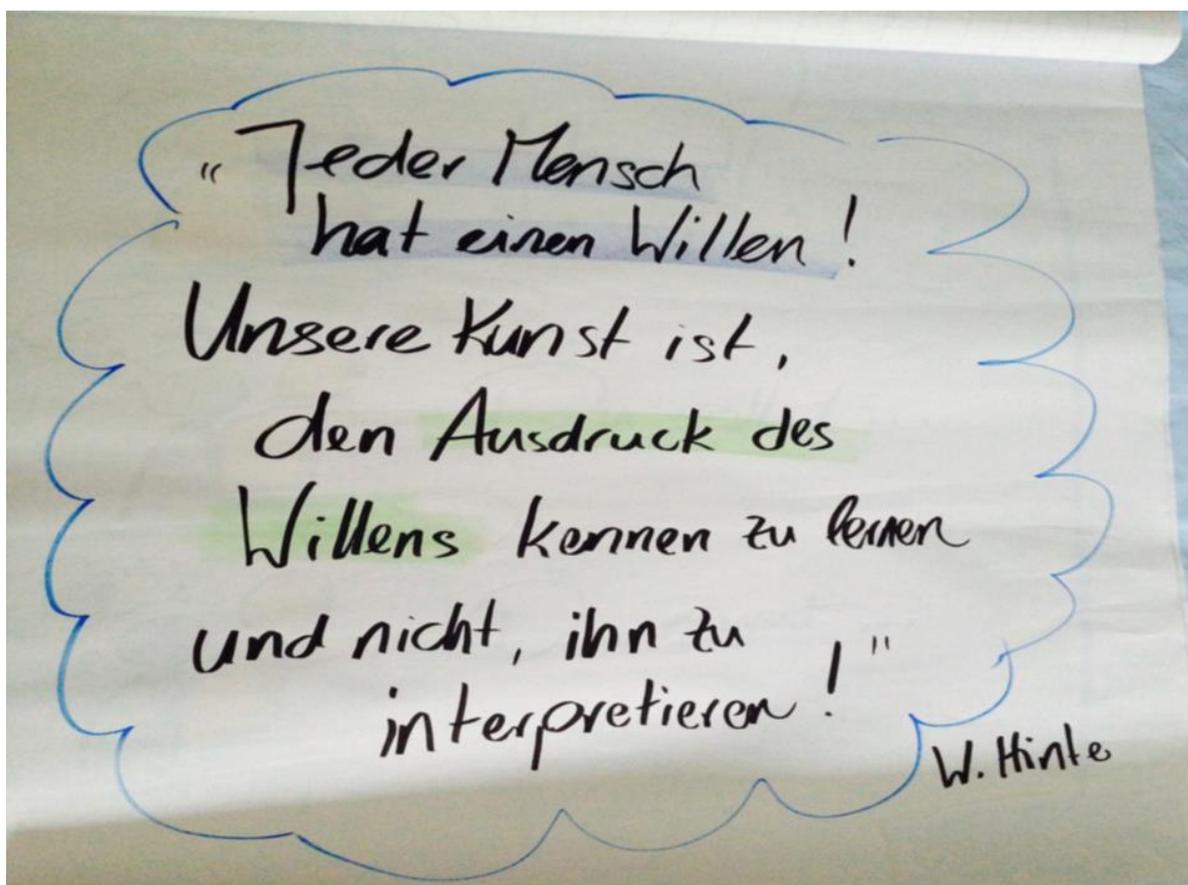
wird, ebenfalls wie das Informationsgespräch, für den Leistungsberechtigten als „Heimspiel“ organisiert.

Die (zukünftig) an der Hilfedurchführung Beteiligten einigen sich im Vorwege des (Teilhabe-) Zielvereinbarungsgesprächs (ggf. in der Konferenz) untereinander darüber, wer zukünftig als „Fallkoordination“ („Fallko“) fungiert. Die Fallko ist Ansprechpartner/in für die Antragstellenden und die an der Durchführung beteiligten Fachkräfte. Zur Erarbeitung erneuter Bedarfsermittlungen als Falleingaben sowie Standortbestimmungen organisiert die Fallko die Zusammenarbeit der zuständigen Fachkräfte und weitere Beteiligter. Hierzu gehören auch Stellungnahmen und/oder Mitarbeitende anderer Reha- und/oder Leistungsträger.

Sollten die Antragstellenden mit der Beendigung oder Ablehnung der Hilfe nicht einverstanden sein, wird ihnen der Ablauf bzgl. des Widerspruchsverfahrens erläutert und im (Teilhabe-) Zielvereinbarungsgespräch protokolliert. Das Protokoll wird der zuständigen Sachbearbeitung geschickt, die auf dieser Grundlage ihren Bescheid fertigt.

6.4 Ziele, konkret und SMART formuliert

Ziele sind positiv formulierte, zukünftige Zustände und ergeben sich aus dem Willen eines Menschen.



Akzeptierte und realistische Ziele ergeben sich häufig wie von allein. Wer wählt schon Ziele aus, die ohnehin niemand erreichen kann?

Ziele sind zu unterscheiden von

- Wünschen
- Willensäußerungen
- Maßnahmen
- Aufträgen
- Anweisungen / Auflagen

8 Zielstandards - SMART + 3

Für die kooperative Hilfeplanung im Kreis Nordfriesland richten sich die Standards der Zielformulierung nach den fünf Kriterien der SMART- Methode und werden durch drei weitere wichtige Kriterien ergänzt.

SMART-Kriterien

S – spezifisch

Ein Ziel muss spezifisch, also konkret, klar, eindeutig und präzise formuliert sein. Damit ist sichergestellt, dass alle Beteiligten die gleiche Vorstellung von dem haben, was erreicht werden soll und es keinen Spielraum für Interpretationen gibt.

Ein Ziel muss für die jeweilige Person also maßgeschneidert sein, da es in einem anderen Kontext eine völlig andere Bedeutung haben kann.

M – messbar

Um das Erreichen eines Zieles zu prüfen, muss ein Ziel messbar sein. Es muss daher ein Erfolgskriterium formuliert sein, das zweifelsfrei überprüft werden kann. Hilfreich ist hierbei die Frage
Woran genau merke ich, dass ich das Ziel erreicht habe?

A – attraktiv

Das Ziel muss positiv und aktivierend formuliert und dabei attraktiv sein. Das Erreichen des Ziels kann anspruchsvoll sein, sollte jedoch Freude bereiten und angemessen sein.

R – realistisch

Realistische Ziele werden leichter akzeptiert und aktivieren deutlich stärker, als solche, die bereits im Vorfeld als unrealistisch angesehen werden. Dabei kann das Ziel die Betroffenen fordern, es muss jedoch erreichbar sein.

Ein Ziel ist dann realistisch, wenn die Zielerreichung durch die Betroffenen, auch mit Ressourcen, direkt beeinflussbar ist. Ein unerreichbar scheinendes Ziel wirkt wenig aktivierend und führt zu Frustrationen.

T – terminiert

Zu jedem Ziel gehört eine klare Terminvorgabe, bis wann das Ziel erreicht werden soll. Das ist der Zeitpunkt, an dem die endgültige Zielerreichung gemessen werden soll. Fehlt die Terminierung, wird die Arbeit an dem Ziel vor sich hergeschoben. Der Termin ist ein entscheidendes Merkmal eines echten Zieles.

Über die SMART-Kriterien hinaus gibt es **drei weitere Kriterien** für die Ziele:

1. positiv formuliert
2. in der Sprache der Betroffenen formuliert
3. die Zielerreichung liegt in der eigenen Hand, in der Hand des Betroffenen

Wichtig: Diese drei Faktoren runden die Zielformulierung ab und wirken auf den Betroffenen aktivierend.

Anwendung der SMART + 3 -Kriterien

→ Wunsch „ich will mehr Sport machen“ konkretisiert nach den SMART-Kriterien:

Spezifisch: Um meine Fitness zu verbessern und mein Gewicht zu stabilisieren, will ich Sport treiben. Joggen interessiert mich dabei am meisten.

Messbar: Ich wiege derzeit 100kg und möchte mein Gewicht stabil halten.

Akzeptanz: Um mein Ziel zu erreichen, gehe ich ab Januar 2 mal die Woche zur Laufgruppe.

Terminierung: Bis zum 30.06. bleibt mein Gewicht stabil und meine körperliche Fitness ist verbessert

Realistisch: Ich gehe 2x/Woche zur Laufgruppe, um 5km zu laufen.

Fassen wir alle fünf Aspekte nach den SMART- Kriterien zusammen und ergänzen sie um die drei weiteren Punkte, so kommen wir z. B. zu dieser Formulierung:

Ziel: Ich habe meine Fitness bis zum 30.06. verbessert und mein Gewicht ist stabil.

Handlungsschritte:

- Ich gehe montags und donnerstags jeweils um 18:00 zur Laufgruppe nach Rödemis.
- Ich laufe mit der Laufgruppe 5km.
- XY holt mich dazu ab und bringt mich auch wieder nach Hause.

→ Wunsch „ich will psychisch stabil bleiben“ konkretisiert nach den SMART-Kriterien:

Spezifisch: Psychische Stabilität heißt für mich, dass ich weiter in meiner eigenen Wohnung leben kann.

Messbar: Ich gehe 2x/Woche morgens um 10:00 Uhr in die Tagesklinik zur Medikamenteneinnahme.

Akzeptanz: Um mein Ziel zu erreichen, gehe ich regelmäßig 1x/Monat zum Gespräch in die Tagesklinik, damit ich lerne, wie ich mich in Krisensituationen verhalte.

Terminierung: Bis zum 30.06.2017 habe ich die o. g. Termine regelmäßig wahrgenommen und sie eingehalten.

Realistisch: Ich treffe mich zusätzlich noch 2x/Woche mit meinem Bezugsassistenten, um mit ihm zu erarbeiten, wie ich Krisen vorbeugen bzw. mich in ihnen verhalten kann.

Fassen wir alle fünf Aspekte nach den SMART- Kriterien zusammen und ergänzen sie um die drei weiteren Punkte, so kommen wir z. B. zu dieser Formulierung:

Ziel: Ich habe bis zum 30.06. durch die regelmäßigen Termine mit dem Facharzt, dem Assistenten und der Fachklinik daran gearbeitet, dass meine psychische Stabilität erhalten bleibt.

Handlungsschritte: Ich gehe montags und donnerstags jeweils um 10:00 morgens in die Fachklinik zur Medikamenteneinnahme. Komme ich nicht, ruft die Fachklinik bei meinem Bezugsassistenten an und berichtet dies.

Ich gehe regelmäßig an jedem 1. Montag im Monat zum Facharzt und bespreche die letzten vier Wochen bzw. mein Anliegen mit ihm.

Ich treffe mich dienstags und freitags jeweils um 17:00 für eine Stunde mit meinem Bezugsassistenten und erarbeite mit ihm meine Handlungsoptionen in Krisensituationen und die Frühwarnzeichen.

Ich rufe meinen Bezugsassistenten an, wenn ich an mir die Frühwarnzeichen wahrnehme.

Wichtig! Die Ziele müssen bekannt sein, damit sie SMART + 3 formuliert werden können.

Die SMART + 3 - Methode ist keine Methode zur Zielfindung und bietet dafür nur bedingt Hilfestellung. Hier sind Methoden aus der Persönlichen Zukunftsplanung oder die Methode des Embodiments (ISSAB) zielführend.

7 Hilfreiches zur Sozialraum- und Ressourcenorientierung in der Eingliederungshilfe Erwachsene in Nordfriesland. Das ABC

A

(Vor der) Antragstellung

Die Informationsstellen haben Antragsformulare für EGH- und Grundsicherungsleistungen vorliegen. Hilfesuchende können die Formulare im Zweifel sofort und ggf. mit Unterstützung durch die informierende Stelle ausfüllen. Der **unterschiedene** Antrag wird schnellstmöglich - gern im Upload-Verfahren - an die Eingliederungshilfe übermittelt. Anträge müssen schriftlich gestellt werden.

Das Antragsformular der EGH E ist bewusst niedrigschwellig gestaltet. Im ersten Teil werden allgemeine Daten zur Person erhoben, die der Leistungsträger zur Prüfung der sachlichen und örtlichen Zuständigkeit und zum Anlegen des Falles benötigt. So kann der Antrag im Zweifelsfall kurzfristig an einen anderen, tatsächlich zuständigen Leistungsträger weitergeleitet werden. Im zweiten Teil finden sich Fragen zur Prüfung von Einkommen und Vermögen. Auch sie sind bewusst niedrigschwellig formuliert und einfach zu beantworten.

Wichtig zu wissen:

- **Hilfe beim Ausfüllen der Antragsunterlagen**

Die sogenannte „Prüfung der rechtlichen Voraussetzungen“ erfordert viele Informationen. Die Mitarbeitenden der Leistungserbringer und des Kreises (Servicetelefon 04841/67-182) unterstützen die Antragstellenden, die entsprechenden Fragen zu beantworten.

- **Soforthilfe für Fachleistungen in dringenden Fällen**

In dringenden Fällen kann die Aufnahme der Antragstellenden durch einen budgetierten Leistungserbringer bereits vor der Bewilligung erfolgen. Liegen die rechtlichen Voraussetzungen vor, erfolgt rückwirkend eine Bewilligung. Die Antragstellenden werden ausdrücklich darauf hingewiesen, dass sie ggf. zu den Kosten beitragen müssen. Wird keine Kostenbewilligung ausgesprochen, rechnet der Leistungserbringer mit den Antragstellenden ab.

- **Schweigepflichtentbindung**

Sinnvoll ist, schon in der Erstberatung darauf hinzuweisen, dass eine Schweigepflichtentbindung die weitere Bearbeitung deutlich erleichtert, teilweise sogar erst ermöglicht. Die hilfesuchende Person kann bereits hier eine Schweigepflichtentbindung erteilen und diese mit dem Antrag an den Kostenträger schicken. Das Nicht-Erteilen einer Schweigepflichtentbindung gilt nicht als mangelnde Mitwirkung. Um den Antrag weiter zu bearbeiten, muss jedoch die Schweigepflichtentbindung zwingend vorliegen.

- **Prüfung der existenzsichernden Leistungen**

Erhalten die Antragstellenden Grundsicherung oder Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem SGB XII ist die finanzielle Prüfung bereits durch die hierfür zuständige Stelle erfolgt. Eine erneute Prüfung ist nicht notwendig. Es reicht aus, dass die Antragstellenden eine Kopie des Bescheids über seine Leistungen nach dem SGB XII einreichen. Weitere Angaben zu Einkommen und Vermögen sind nicht erforderlich.

- **Einkommen und Vermögen**

Ebenfalls wird geprüft, ob die Antragstellenden über ausreichendes Einkommen und/oder Vermögen verfügen, um sich die notwendigen Teilhabeleistungen selber beschaffen zu können. Verfügen sie über genügend Einkommen und Vermögen, müssen sie die Hilfe selber finanzieren.

- **Zuständigkeit der Eingliederungshilfe**

Neben der Eingliederungshilfe können auch weitere Reha- und/oder Leistungsträger für die beantragte Leistung zuständig sein. Die Eingliederungshilfe prüft dieses, leitet den Antrag bei Nicht-Zuständigkeit an den zuständigen Reha- und/oder Leistungsträger weiter. Bei geteilter Zuständigkeit tritt die Eingliederungshilfe an den mit-zuständigen Reha- und/oder Leistungsträger heran, um das weitere Vorgehen abzustimmen und ggf. eine Stellungnahme anzufordern.

B

Bedarfsermittlung bei Neufällen

Für Neufälle ermittelt die Hilfeplanung die für die Fallbearbeitung benötigten Informationen. Hierzu stehen der Hilfeplanung die ausführlichen personenbezogenen Daten aus den Antragsunterlagen zur Verfügung.

Darüber hinaus erhebt die Hilfeplanung alle Informationen über die (aktuelle) Lebenssituation der Antragstellenden, die notwendig sind, um eine geeignete Hilfe konzipieren bzw. die bereits laufende Hilfe optimieren zu können. Sind die Antragstellenden bereits in früherer Zeit durch einen Leistungserbringer begleitet worden und/oder arbeiten sie in einer Werkstatt für behinderte Menschen, so werden zur Informationsermittlung die bisherigen Fachkräfte hinzugezogen. Ebenso wird auf die Unterlagen anderer Reha- und/oder Leistungsträger zur Informationsermittlung zurückgegriffen.

Für Verlängerungsfälle erfolgt die Bedarfsermittlung durch die aktuell begleitende Fachkraft des beauftragten Leistungserbringers.

Bescheid-Erteilung

Das Protokoll des (Teilhabe-)Zielvereinbarungsgesprächs bildet die Grundlage des förmlichen Bescheids. Es muss daher immer schnellstmöglich an die zuständige Sachbearbeitung geschickt werden.

Grundsätzlich gibt es drei Arten von Bescheiden:

1. Bewilligungen in der Regel bis max. 2 Jahre
2. Ablehnungen und Versagungen
3. Teilweise Bewilligung/Ablehnung

Es gelten folgende Regeln zur Bescheid-Erteilung:

- der Bescheid ist in verständlicher Sprache abgefasst.
- eine Hilfe, die befristet bewilligt ist, ist immer zu Ende, wenn der Bewilligungszeitraum ausläuft.
- wenn es weiteren Hilfebedarf bzw. einen Willen und Ziele der Antragstellenden gibt, muss ein erneuter Antrag gestellt werden. Haben die Leistungsberechtigten den erneuten Antrag rechtzeitig gestellt und ist dieser aufgrund personeller Engpässe beim Leistungsträger nicht fristgerecht bearbeitet worden, so prüft der Leistungsträger den Antrag bis zum erneuten Hilfeplangespräch wohlwollend.
- der Bescheid umfasst im Rahmen des Gesamtplanverfahrens auch Leistungen anderer Reha- und/oder Leistungsträger.
- die Zeiträume für Bewilligungen von Fachleistungen können individuell passend gewählt werden. In der Regel ist von 6-24 Monaten auszugehen. Denkbar ist auch ein sehr kurzer Bewilligungszeitraum (z.B. für 3 Monate), in welchem es zunächst nur darum geht, das Netzwerk und die Ressourcen der Antragstellenden zu erkunden und zu aktivieren. Dazu können verschiedene Methoden, z.B. eine persönliche Zukunftsplanung oder eine Familiennetzwerk-konferenz durchgeführt werden. Ziel ist es, auf dieser Grundlage eine nachhaltige und auf die Dauer des voraussichtlichen Unterstützungsbedarfs angelegte Hilfe konzipieren zu können.
- die max. Bewilligungsdauer für Fachleistungen beläuft sich, gemäß SGB IX 2 Jahre (24 Monate).
- die max. Bewilligungsdauer für Grundsicherungsleistungen beläuft sich auf 1 Jahr (12 Monate).
- wird der Antrag abgelehnt, erhalten die Antragstellenden einen Bescheid mit verständlicher Begründung. Sie werden auf ihr Widerspruchsrecht hingewiesen.
- Grundsätzlich gilt: im Teilhabezielvereinbarungsgespräch wird den Antragstellenden mitgeteilt, wann die Hilfe beginnen kann. Eine Bescheid-Erteilung erfolgt nach dem Gespräch.

C

Checklisten: Praktische Hilfen für die personen- und sozialraumorientierte Arbeit

Checkliste Selbständiges Wohnen

Die Checkliste der Fähigkeiten dient dazu, mit den Betroffenen gemeinsam zu erarbeiten und zu überprüfen, über welche Fähigkeiten und Fertigkeiten sie verfügen, damit ein Leben in der eigenen Häuslichkeit gelingen kann.

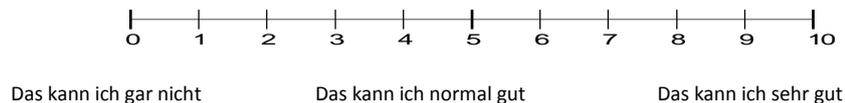
Fehlen Fähigkeiten und Fertigkeiten oder sind schwächer ausgeprägt, bedeutet dies, dass die Betroffenen natürlich in der eigenen Häuslichkeit wohnen bzw. verbleiben können. Gemeinsam werden Ideen entwickelt und Lösungswege gefunden, um den Betroffenen das Leben in der eigenen Häuslichkeit - auch jenseits der Fachkräfte unter Einbeziehung unterschiedlicher Ressourcen - zu ermöglichen.

Checkliste: Selbständiges Wohnen – was heißt das?

Die Betroffenen schätzen sich selber auf einer Skala von 1 (kann ich gar nicht) bis 10 (kann ich sehr gut) ein. Parallel dazu erfolgt eine Einschätzung der Bezugspersonen, diese können neben den Fachkräften auch andere Personen im Umfeld sein, die die Betroffenen selbst benennen.

- In der Spalte "Heute ist es so" wird der Ist-Wert angegeben.
- In der Spalte "So soll es in Zukunft sein" wird eingetragen, welchen Wert die Betroffenen für notwendig halten, um auf eigenen Füßen zu stehen.

Die Differenz von Ist- und Zielwert ist leicht zu erkennen, und bietet neue Ansatzpunkte zur Erarbeitung neuer Ziele und Handlungsschritte.



Grundsätzlich gilt, dass die Betroffenen nicht alles lernen müssen, um ein Leben in eigener Häuslichkeit zu führen.

Wenn jemand z. B. nicht allein einkaufen kann, kann auch der Bring-Dienst des Supermarkts genutzt werden. Wenn jemand nicht kochen kann, gibt es ebenfalls andere Möglichkeiten, sich entsprechend zu versorgen. Bei einigen Fragen wird es sinnvoll sein, die Betroffenen um eine weitere Konkretisierung zu bitten (Welches sind Ihre Stärken? Wie gehen Sie mit Konflikten um? Wo holen Sie sich Hilfe? Wer sind Ihre Freunde? usw.).

Checkliste: Fazit

Die Bereiche in denen die Betroffenen Entwicklungspotenzial sehen und Handlungsschritte umsetzen bzw. Ideen zur Umsetzung sammeln wollen, werden im Arbeitsblatt Fazit aufgelistet. Sinnvoll ist, dieses Arbeitsblatt in der Falleingabe aufzuführen, damit Ideen zum Leben/Verbleib in der eigenen Häuslichkeit entwickelt werden können.

Die Checklisten dienen als Handlungsleitfaden für die Fachkräfte der Einrichtungen und des Kreises gleichermaßen. Sie können sowohl als Vorbereitung auf die Verselbständigung, als auch als Vorbereitung für das KFB-Team genutzt werden. Möglich ist auch, die Checkliste in der Ideenbörse des KFB-Teams zur Nutzung vorzuschlagen.

Die Checkliste in Form einer Tabelle befindet sich im Anhang zum Handbuch.

Checkliste Herausforderndes Verhalten

Ein Mensch und seine Umwelt stehen täglich vor neuen Herausforderungen. Dementsprechend passt ein Mensch sein Verhalten der Umwelt an. So verhält sich jeder Mensch aus seiner subjektiven Sicht situationsbezogen, zielgerichtet, sinnvoll und nützlich.

Dass Menschen mit Behinderungen und herausforderndem Verhalten sich und ihre Umwelt häufig an Grenzen bringen, ist kein neues Phänomen. Herausforderndes Verhalten ist jedoch nicht automatisch als Störung des Zusammenlebens zu sehen, sondern als Zeichen, und/oder als Hilferuf zu deuten.

Aufgrund ihrer Stärke, Häufigkeit oder Dauer werden unterschiedliche Verhaltensweisen wie z. B.

- weglaufen, sich schlagen, sich kratzen, sich beißen, sich schlagen, sich verstümmeln, Gegenstände verschlucken (Autoaggression)
- anderen drohen, andere bespucken, andere beißen, andere kratzen, andere schlagen, jemanden zum Sex zwingen
- soziales Desinteresse, nicht sprechen
- in fremde Räume eindringen, Distanzlosigkeit
- Zerstörung von eigenem und/oder fremdem Eigentum
- Störung des Tag/Nacht-Rhythmus
- Tics

subjektiv als herausfordernd erlebt und etikettiert.

Verhaltensauffälligkeiten sind nun nicht einzig und allein einer Person zuzuschreiben (ggf. mit Ausnahme von genetisch bedingten Faktoren oder Schmerzen). Das Verhalten, das von der Umwelt als normabweichend und somit als sozial unerwünscht beschrieben wird, ist stets Ausdruck einer Störung der Beziehung zwischen Mensch und Umwelt (Personen, Dinge, Begebenheiten) und somit ein Versuch, die Störung zu beheben, das Problem zu lösen. Allerdings wird häufig das Gegenteil damit erreicht: die Teilnahme an Angeboten und Diensten im Gemeinwesen für diese Menschen wird eingeschränkt oder ihnen der Zugang gänzlich verwehrt.

Unbestritten ist, dass herausforderndes Verhalten eine große Belastung für den Menschen selbst und für die ihn umgebende Umwelt, also Mitwohnende, Personal, An- und Zugehörige ist. Oft ist der weitere Aufenthalt nicht mehr möglich, die Menschen werden, mit Zwischenaufenthalten in Psychiatrien, von Wohneinrichtung zu Wohneinrichtung weitergereicht.

Um mit Menschen mit herausforderndem Verhalten möglichst objektiv und passgenau zu arbeiten ist es wichtig, dass mehrere Fachkräfte (mindestens 3) gemeinsam das Verhalten der Person herausarbeiten und genau beschreiben:

- welches Verhalten genau gezeigt wird?
- in welchen Situationen genau das Verhalten auftritt? Was passierte davor? Was war danach? Wer ist noch dabei?
- wie oft wird dieses Verhalten gezeigt?
- welche konkreten Auslöser liegen dem Verhalten zugrunde? Welche vermuteten Auslöser liegen dem Verhalten zugrunde?
- welche Funktion hat das Verhalten möglicherweise? Aufstellung einer Hypothese(!)
Wichtig ist dabei, auch die Unterschiede der Bewertungen darzulegen
- ist die Hypothese überprüft worden? Wenn ja, wie/wann/wo/bei/mit wem?

Die Skalierung bietet neue Ansatzpunkte zur Übersicht des Verhaltens und zur Erarbeitung neuer Ziele und Handlungsschritte. Eine Wiederholung der Beurteilung erfolgt nach einem abgesprochenen Zeitrahmen.

Die Checkliste in Form einer Tabelle befindet sich im Anhang zum Handbuch.

D

Platz für zukünftige Informationen

E

Platz für zukünftige Informationen

F

Platz für zukünftige Informationen

Gremienübersicht

Gremium	Teilnehmende	Aufgaben
Team der Konferenzen	Siehe Kapitel 6.2 zum KFB	Fallbesprechungen im Rahmen des Gesamt- und Teilhabeplanverfahrens. Sozialräumliche Bedarfe an die zuständige SRK melden.
Sozialraumkonferenzen	eine Vertretung der budgetierten Leistungserbringer eine Vertretung der Kreisverwaltung ein Mitglied der Nutzervertretung ein Mitglied der gemeinsamen Koordinierungsstelle eine Vertretung der Werkstätten evtl. geladene Gäste ohne Stimmrecht	Reflektion, Begleitung, Beurteilung und Koordination des Leistungsgeschehens im Sozialraum inklusive der sozialräumlichen Arbeit und Fallunspecifische Arbeit/Fallübergreifende Arbeit (FuA/FüA). Einsetzung von Arbeitsgruppen und Festlegung deren Struktur, Aufgabe, Ziel und zeitliche Begrenzung. Entgegennahme der Arbeitsergebnisse, deren Bewertung und die evtl. Ableitung von Maßnahmen. Analyse der Versorgungssituation und - in Zusammenarbeit mit den Gesamtplankonferenzen/ Teilhabepankonferenzen (ehem. KFB-Teams) - der erforderlichen Bedarfe der Leistungsberechtigten im Sozialraum. Gegenüberstellung und Vergleich dieser Analyse mit dem vorhandenen Angebot und dessen Passgenauigkeit. daraus schlussfolgernd die Beratung und der Beschluss über Entwicklungs- bzw. Veränderungs-, Steuerungsbedarfe in der Versorgungsstruktur (Steuerung, Lenkung und inhaltliche Weiterentwicklung des Leistungsgeschehens). Beratung, Bewilligung, Steuerung der Budgets für Sozialraumprojekte und deren inhaltliche Struktur.
Gemeinsame Koordinierungsstelle	1,5 Stellen werden über die Leistungserbringer besetzt. 0,5 Stellen werden vom Kreis besetzt.	Die Jahresschwerpunkthemen werden von der Lenkungsgruppe festgelegt. Die Jahresziele werden von der Fachkonferenz festgelegt
Fachkonferenz	je eine Vertretung der Leistungserbringer pro Sozialraumkonferenz. je eine Vertretung der beiden Kooperationsverbände der Leistungserbringer (GPV und KVN). drei Vertretungen der Kreis-	Erfahrungs- und Informationsaustausch zwischen den Sozialraumkonferenzen (SRK) Beschluss und - bei Bedarf - Anpassung der Geschäftsordnung (GO) der SRKs. Beobachtung, Bewertung und Koordination des Leistungsgeschehens und der Versorgungssituation für Menschen mit Behinderung im Kreis Nordfriesland. Umsetzung von kreisweiten neuen Projekten, die den

Gremium	Teilnehmende	Aufgaben
	<p>verwaltung</p> <p>Die Mitglieder der gemeinsamen Koordinierungsstelle nehmen in beratender Funktion teil.</p>	<p>Zielen der sozialräumlichen Arbeit dienen.</p> <p>Definition und Umsetzung von kreisweiten Bedarfen und Maßnahmen der Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung im Rahmen der sozialräumlichen Arbeit</p> <p>Wirtschaftliche Verantwortung für das Gesamtbudget in der EGH.</p> <p>Beobachtung und Bewertung der Finanzentwicklung in den Sozialräumen und Zusammenführung der Ergebnisse.</p> <p>Diskussion und Umsetzung von kreisweiten Verfahren zum Finanzcontrolling in Absprache mit den SRK.</p> <p>Informationen über Budgetverträge.</p> <p>Steuerung und Entscheidung über die Verwendung der FuA/FüA-Mittel in den Sozialräumen.</p> <p>Beratung der Empfehlungen der Lenkungsgruppe.</p>
Lenkungsgruppe	<p>Vertretung des Landes SH, der Landesverbände, der budgetierten Einrichtungen, der Verwaltung, der Kreispolitik, der Nutzer , der Landes- und Kreisbehindertenbeauftragten</p>	<p>Beobachtung der fachlichen und finanziellen Entwicklung.</p> <p>Erarbeitung strategischer Empfehlungen für die unterschiedlichen Gremien, insbesondere für die Fachkonferenz.</p>

H

Heimspiel

Die notwendigen Gespräche werden in einer vertrauensvollen und wertschätzenden Atmosphäre geführt. Dazu gehört, dass den Antragstellenden angeboten wird, sie zu Hause aufzusuchen oder sich mit ihnen an einem Ort zu treffen, der ihnen angenehm und für sie leicht zu erreichen ist.

Um die Antragstellenden nicht zu überfordern, dauern die Gespräche nicht länger als eine Stunde. Wenn es weiteren Gesprächsbedarf gibt, wird ein weiterer Termin vereinbart, der zeitnah, möglichst innerhalb einer Woche, stattfindet. Die Antragstellenden können zu allen Gesprächen eine Person ihres Vertrauens hinzuziehen.

Hilfedurchführung

Hilfe vorab ohne Bewilligungsbescheid

Bei einer besonderen Dringlichkeit kann eine Hilfe sofort einsetzen. Es spielt dann keine Rolle, ob die Hilfebedürftigen bereits Leistungen nach SGB IX bekommen oder nicht.

Budgetfinanzierte Leistungserbringer können Menschen unterstützen, die in Krisensituationen schnell Hilfe benötigen. Der Leistungserbringer informiert schnellstmöglich die Hilfeplanung und leitet ein beschleunigtes Gesamt-/Teilhabeplanverfahren ein. In der nächstmöglichen Gesamt- Teilhabeplankonferenz/ im KFB-Team wird das weitere Vorgehen besprochen, auch wenn noch nicht alle Voraussetzungen und Unterlagen des Antragsverfahrens geklärt sind.

Budgetierte Leistungserbringer können mit der Hilfedurchführung unmittelbar nach der Beratung und positiven Empfehlung der Gesamt-/Teilhabeplankonferenz, des KFBs bzw. dem Teilhabe-Zielvereinbarungsgespräch beginnen, wenn ein Einvernehmen mit dem Leistungsberechtigten erzielt wurde. Der Hilfebeginn wird im Protokoll des Teilhabe- Zielvereinbarungsgesprächs festgehalten und in den Bewilligungsbescheid übertragen. So werden Verzögerungen der Hilfeerbringung aufgrund administrativer Schwierigkeiten vermieden.

I/J

Platz für zukünftige Informationen

K

Platz für zukünftige Informationen

M

Maßnahme-/Einrichtungswechsel (Ablaufschema)

Wechseln Antragstellende von einem Anbieter zu einem anderen, (z. B. beide Besondere Wohnformen), so ist Folgendes zu beachten:

- Eine Falleingabe und/oder eine Konferenz ist nicht zwingend erforderlich.

Wer?	Macht was?	(bis) wann?	Anmerkungen
abgebende Einrichtung	klärt mit den Antragstellenden die Modalitäten (u. a. datenschutzrechtliche Zustimmungserklärung) für den Wechsel und führt ein Abschlussgespräch.	Vor dem Wechsel	Kontaktaufnahme mit der aufnehmenden Einrichtung erfolgt über abgebende Einrichtung.
abgebende Einrichtung	Informiert die Hilfeplanung über den bevorstehenden Wechsel.	Vor dem Wechsel	

abgebende Einrichtung	formuliert einen Abschlussbericht und sendet diesen an die Hilfeplanung.	Vor dem Wechsel	
abgebende Einrichtung	führt ein Übergabegespräch mit der aufnehmenden Einrichtung und übergibt die relevanten Informationen (z.B. KFB-Protokoll, aktuellen Hilfeplan).	Zum /zeitnah nach dem Wechsel	Antragstellende müssen von abgebender Einrichtung begleitet werden. Einverständniserklärung der Antragstellenden muss vorliegen.
Aufnehmende Einrichtung	Führt ein Aufnahmegespräch mit der fallzuständigen Fachkraft der abgebenden Einrichtung und den Antragstellenden.	Zum Wechsel	Aufnehmende Einrichtung informiert sich bei der abgebenden Einrichtung über die Antragstellenden.

Wechseln Antragstellende von einer Maßnahme in eine andere (z. B. Besondere Wohnform in selbständiges Wohnen oder umgekehrt) eines anderen Anbieters, so ist Folgendes zu beachten:

- Bei einem Maßnahmewechsel ist eine Antragstellung auf Maßnahmewechsel, eine Falleingabe und ein KFB erforderlich.

Wer?	Macht was?	(bis) wann?	Anmerkungen
Abgebende Einrichtung	Informiert die Hilfeplanung über den möglichen Maßnahme/Anbieterwechsel und terminiert mit der Hilfeplanung einen Konferenz-Termin.	Vor Maßnahme/Anbieterwechsel	
Abgebende Einrichtung	Führt mit den Antragstellenden ein (Abschluss) Gespräch, das zur Erarbeitung der Falleingabe dient.	Vor dem Maßnahme/Anbieterwechsel	Falleingabe dient als Abschlussbericht
Hilfeplanung	Lädt aufnehmende Einrichtung zur Konferenz ein.	Zum Termin	Sofern schon vorhanden
KFB-Team	Beratung des Falles.	Zum Termin	Abgebende Einrichtung stellt den Fall vor, aufnehmender LE nimmt ggf. teil
Abgebende Einrichtung	Informiert die Antragstellenden über die Ideen der Konferenz.	Nach der Konferenz	Ggf. gemeinsam mit aufnehmender Einrichtung
Hilfeplanung	Führt Hilfeplangespräch mit Antragstellenden und aufnehmender Einrichtung.	Zum Termin	Ggf. mit abgebender Einrichtung
Abgebende Einrichtung	Führt ein Übergabegespräch mit der aufnehmenden Einrichtung und übergibt die relevanten Informationen (z.B. KFB-	Zum Wechsel	Einverständnis des Klienten muss vorliegen

	Protokoll, aktuellen Hilfeplan).		
Aufnehmende Einrichtung	Führt ein Aufnahmegespräch mit der fallzuständigen Fachkraft der abgebenden Einrichtung und den Antragstellenden.	Zum Wechsel	Einverständnis der Antragstellenden muss vorliegen

Medizinische Prüfung

Für Neufälle muss immer eine „(fach-) ärztliche Stellungnahme“ eingereicht werden. Aufgrund dieser Stellungnahme wird das Vorliegen einer behinderungsrelevanten, gesundheitlichen Einschränkung überprüft. Bei bereits laufenden Fällen findet bei Bedarf eine Überprüfung dieser Einschränkung statt. Hierfür benötigte Unterlagen werden mit der Eingangsbestätigung angefordert.

Wenn die geforderte (fach-) ärztliche Stellungnahme fehlt, zu alt oder für die Hilfeplanung zu wenig aussagekräftig ist, wenden sich die Antragstellenden an einen (Fach-) Arzt/eine (Fach-)Ärztin. Diese/r erstellt dann eine aktuelle (fach-) ärztliche Stellungnahme.

Das Vorliegen oder das Drohen einer Behinderung sowie eine sich daraus ergebende Teilhabebeeinträchtigung, orientiert am ICF, ist eine Voraussetzung für die Bewilligung einer EGH-Leistung nach SGB IX. Diese Voraussetzung wird regelhaft geklärt, bevor weitere Schritte unternommen werden. Ausnahmen in dringenden Fällen sind möglich.

Menschen, die bereits Eingliederungshilfeleistungen über den Kreis Nordfriesland beziehen oder vor Kurzem bezogen haben, werden grundsätzlich - außer in begründeten Ausnahmefällen - nicht erneut medizinisch geprüft.

Für diese Ausnahmen wie auch für alle Neufälle erfolgt die medizinische Prüfung nach oder parallel zu der Prüfung der wirtschaftlichen Verhältnisse. Die Hilfeplanung beauftragt hierfür das Gesundheitsamt. Dieses prüft aufgrund der eingereichten Unterlagen, ob eine behinderungsrelevante, gesundheitliche Einschränkung vorliegt. Bei Bedarf werden die Antragstellenden hierfür zu einem Termin eingeladen.

Das Gesundheitsamt teilt der Eingliederungshilfe das Ergebnis der Überprüfung schriftlich mit.

Liegt eine behinderungsrelevante gesundheitliche Einschränkung vor, geht das Verfahren in die nächste Prüfphase.

N

Platz für zukünftige Informationen

O

Platz für zukünftige Informationen

P/Q

Platz für zukünftige Informationen

R

Platz für zukünftige Informationen

S

Standortbestimmung

Die Fallkoordination stellt, nach den Termin-Vorgaben des Teilhabe-Zielvereinbarungsprotokolls (jährlich), die Erstellung der Standortbestimmung sicher. In dieser beurteilen die Antragstellenden, die beteiligten Fachkräfte, ggf. andere Reha- und/oder Leistungsträger, sowie nahestehende Personen den bisherigen Verlauf.

Für die Standortbestimmung gibt es keinen verbindlichen Vordruck. Das vom Kreis bereitgestellte Formular Bedarfsermittlung kann jederzeit verwendet werden. Die in diesem Formular benannten Inhalte sollten auch in der formfreien Standortbestimmung inhaltlich berücksichtigt werden.

Die Standortbestimmung wird an die fallzuständige Sachbearbeitung des Kreises Nordfriesland geschickt. Diese gibt es an die Hilfeplanung weiter, damit die Hilfeplanung über den Verlauf der Hilfe informiert ist. Abweichungen zwischen den Zielen der Teilhabe-Zielvereinbarung und der Standortbestimmung werden von der Hilfeplanung ggü. den Antragstellenden und den Fachkräften thematisiert. Ggf. wird ein KFB einberufen, bei der die Hilfeplanung die AMR formuliert.

Mögliche Wege zur Erstellung der Standortbestimmung:

a) Gespräch unter 4 Augen zwischen Fallko/Falldurchführenden und LB

Fallko/Falldurchführung holt Sichtweisen der beteiligten Fachkräfte und der nahestehenden Personen ein und erörtert diese mit dem Leistungsberechtigten und erstellt eine schriftliche Standortbestimmung.

b) Runder Tisch

Neben den Leistungsberechtigten und der Fallko/Falldurchführung erörtern weitere Personen gemeinsam „den Standort“ und die Zukunftsperspektiven und erstellen eine schriftliche Standortbestimmung.

c) Persönliche Zukunftsplanung (PZP) oder Elemente daraus

Ein Moderator erarbeitet, ggf. unter Einbeziehung eines Unterstützungskreises, den die Betroffenen benennen, mit ihnen gemeinsam nach der Methode der Persönlichen Zukunftsplanung, wie sie die persönliche Zukunft gestalten wollen und wer/wie/was sie dabei unterstützen kann. Die persönliche Zukunftsplanung wird von einer neutralen Moderation begleitet. Es wird ein schriftlicher Bericht erstellt.

d) Familienrat

Die Leistungsberechtigten, deren Familie und Netzwerke erarbeiten mit Unterstützung einer neutralen Koordination einen Plan zur Unterstützung der Zielerreichung. Fachkräfte sind in erster Linie „Informationslieferanten“ für die Familie, wodurch diese in der „privaten Zeit der Familie“ in die Lage versetzt wird, das weitere Vorgehen zu planen. Es wird ein schriftlicher Bericht erstellt.

e) TGS (Teilhabegestaltungssystem)-Durchlauf

In einem standardisierten, ICF-basierten Verfahren werden mit den Leistungsberechtigten Wille, Ziele, Bedarfe, Anforderungen, Einschätzung, Bedarfe und notwendige Maßnahmen erarbeitet.

Alle Papiere, die im Rahmen der Standortbestimmung erarbeitet wurden, und die die aktuellen Situation der Leistungsberechtigten verdeutlichen, können als schriftliche Standortbestimmung eingereicht werden, sofern sie folgende Anforderungen erfüllen:

- die Sichtweisen aller beteiligten Fachkräfte liegen vor und werden erörtert. Hierzu gehören im Rahmen des Gesamt/Teilhabeplanverfahrens auch die Sichtweisen anderer Reha- und/oder Leistungsträger.
- die Sichtweisen von nahestehenden Personen (auch solchen ohne offizielle Funktion) liegen vor und werden erörtert.
- es wird ein besonderes Augenmerk auf die Stärken und positiven Entwicklungsschritte der LB in der letzten Zeit gelegt, um für die Zukunft darauf aufbauen zu können.
- das Unterstützungs-Netzwerk der Leistungsberechtigten ist bekannt, auch das informelle Netzwerk, und an der Erstellung der Standortbestimmung beteiligt.
- die LB werden im Sinne von Empowerment dabei unterstützt, ihre Ziele (SMART+3) für die Zukunft zu formulieren.
- Sozialraumressourcen sind bekannt und mit den LB auf ihre Nutzbarkeit geprüft.
- die Standortbestimmung findet mindestens einmal pro Jahr statt.

T

Platz für zukünftige Informationen

U

Überprüfung der wirtschaftlichen Verhältnisse

Soweit ein Bescheid über den laufenden Bezug von Leistungen nach dem SGB XII vorliegt, ist keine weitere Prüfung der wirtschaftlichen Verhältnisse nötig.

Für alle anderen Antragstellenden prüft die Sachbearbeitung die wirtschaftlichen Verhältnisse der Antragstellenden sobald alle hierfür benötigten Unterlagen vorliegen.

Soweit deren Vermögen und Einkommen innerhalb der gesetzlichen Höchstgrenzen liegen, geht das Antragsverfahren in die nächste Prüfphase. In besonderen Fallkonstellationen können diese und nachfolgende Prüfphasen parallel vorgenommen werden.

V/W

Platz für zukünftige Informationen

X/Y/Z

Platz für zukünftige Informationen

8 Anhang

01 Abkürzungsliste (Aküli)

02 Antrag EGH

03 Antrag Grundsicherung

04 Folgeantrag Grundsicherung

05 Entbindung von der Schweigepflicht

06 Bedarfsermittlung

a) Beispiel

07 Protokoll der Konferenzen/KFB

08 Protokoll zum Gesamt-und/oder Teilhabeplan/Teilhabezielvereinbarungsgespräch

a) Beispiel

09 Gesamtplan SHIP NF 2020

10 ICF Items

a) Persönliche Ressourcen

b) Umwelt/Kontextfaktoren

11 Hilfreiche Fragen zur Fallarbeit

12 Embodiment Vorlagen

13 FÜA/FUA Unterlagen

a) Menschen und Orte

b) Stadteilerkundung

c) Förderrichtlinien

d) Antrag

e) FuA Antrag Kostenaufstellung

14 Checklisten

a) Selbständiges Wohnen

b) Herausforderndes Verhalten