

## **Input zum Fachgespräch Teilhabeplanung / Hilfeplanung am 30. Mai in Köln**

**Albrecht Rohrmann**

### **1. Vorbemerkung: Hintergrund der Diskussion um Teilhabeplanung**

Das SGB IX hat bislang für die Koordination von Teilhabeleistung eine untergeordnet Bedeutung. Vorschriften z.B. in § 10 und darauf aufbauenden Empfehlungen sind bislang bedeutungslos geblieben. Auch die bereits länger geltenden Vorschriften im Reha-Angleichungsgesetz und im BSHG haben nicht zur Entwicklung von Instrumenten zur individuellen Planung geführt. Für die Behindertenhilfe erschien ein solches Instrument lange entbehrlich, da in der Regel einmalig nach einem Platz in der Anstalt oder später in der stationären Einrichtung gesucht wurde.

Die mangelhafte Umsetzung des SGB IX stellt mehr als ein Vollzugsdefizit dar. Es ist ein strukturelles Problem der Rehabilitation, dass es keine örtliche Koordination der Leistungen gibt.

Die Diskussion im Kontext der Hilfen für Menschen mit Behinderung ist geprägt durch die Entwicklung des Integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplan (IBRP). Dieses Instrument wurde im Rahmen des vom Bundesgesundheitsministerium geförderten Projekts ‚Personalbemessung im komplementären Bereich der Psychiatrischen Versorgung‘ von 1992 bis 1996 durch die Aktion Psychisch Kranke (APK) entwickelt und erprobt. Damit verbindet sich das Ziel des Übergangs zu personenzentrierten Hilfen (vs. Angebotszentrierung)

Der Impuls wurde in den 1990er Jahren insbesondere von der Sozialhilfeträgern aufgegriffen, die sich der steigenden Anzahl von Leistungsberechtigten davon bessere Steuerungsmöglichkeiten versprach. Daher wurden die Instrumente in erster Linie im Bereich der wohnbezogenen Hilfen für erwachsene Menschen mit Behinderungen entwickelt, da hier die größten Steuerungsmöglichkeiten erwartet wurden. Seitens der Leistungserbringer gibt es erhebliche Vorbehalte gegen das Verfahren der Hilfeplanung und den damit verbundenen Steuerungsanspruch der Sozialhilfeträger. Einige Träger haben eigene Instrumente zur Hilfeplanung entwickelt.

### **2. Vorbemerkung: Teilhabeplanung im Bereich der Hilfen für Kinder und Jugendliche mit Behinderung**

Kinder und Jugendliche sind bislang nur am Rande im Blick der Teilhabeplanung in der Eingliederungshilfe. Das Fehlen von Ansprechpartner/innen und ein unkoordiniertes Vorgehen führen in vielen Fällen zur Entstehung bzw. Verfestigung einer Behinderung. Es existieren unterschiedliche, teilweise nicht zu vereinbarende Verfahren:

- Maßnahmen der Frühförderung verlangen Förder- und Behandlungsplan
- Familienunterstützende Leistungen (Hilfemix mit unterschiedlichsten Verfahren)
- Behinderte Eltern kaum im Blick (Eingl. Hilfe – Eltern; Jugendhilfe – Kindeswohl)
- Heilpädagogische Einrichtung (wg. Behinderung oder Kindeswohl)
- Event. Pflegeversicherung, Krankenkassenleistungen, Schwerbehindertenausweis
- Schule AO-SF Verfahren zur Feststellung des sonderpädagogischen Förderbedarfs: AO-SF (Ausbildungsordnung sonderpädagogischer Förderung)

- Schulbegleiter (uneinheitliche örtliche Praxis)

### **1. Wie sieht der Teilhabeplan aus**

Orientierend für viele Instrumente ist der IBRP; Weiterentwicklung: ICF – in Struktur (z.B IHP) oder in Anlehnung an Klassifikation (ITP Hessen) Grundlage: Funktionale Gesundheit. Dimension von Behinderung: Körperfunktionen und -Strukturen - Aktivitäten – Teilhabe – Umweltfaktoren – personenbezogene Faktoren. ICF hat auch die Entwicklung des Verständnis von Teilhabe geprägt.

Die meisten Verfahren orientieren sich an einer Empfehlung des Deutschen Vereins. Es gibt mittlerweile das Interesse an bundesweit verbindlichen Vorgaben. Wichtige Elemente:

- Daten zur Person,
- Ziele der Person und der Hilfe
- Fähigkeiten, Ressourcen und Beeinträchtigungen,
- Daraus resultierende Hilfen,
- Leistungsumfang (in vielen Verfahren nicht unmittelbar verknüpft)

### **2. Was sind die Ziele der Teilhabepanung**

Es dominiert das Ziel der Verbesserung der Steuerungsfähigkeit der Leistungsträger

Daher: Wohnen erwachsener Menschen im Mittelpunkt, da höchste Steuerungspotential

Häufig wird Verfahren auf Entscheidung für Hilfeformen reduziert; weitergehende Ansprüche eines auf die individuelle Lebenssituation zugeschnittenen Hilfearrangement werden nur sehr selten realisiert.

### **3. Wer hat die Steuerung für die Teilhabepanung?**

Faktisch im Moment sehr häufig delegiert an Leistungserbringer, seltener Durchführung durch (örtliche) Sozialhilfeträger.

Intensive Diskussion um Zugang zu Reha-Leistungen durch eine offene Beratung, die auch Aufgaben der Teilhabepanung wahrnehmen kann. Der Ansatz des SGB IX zur Schaffung von Servicestellen für Rehabilitation wurde bislang lediglich pro forma umgesetzt. Weitere Ansätze: Beratungsstellen von Verbänden der Leistungserbringer (KoKoBe im Rheinland), Bündelung vorhandener Anlaufstellen, die auch Selbsthilfe und andere Leistungsträger einbeziehen.

Es gibt in der Eingliederungshilfe selten den Fall, dass eine Hilfe beendet wird oder, dass ein Leistungsberechtigter die Hilfen eines anderen Trägers in Anspruch nehmen. Träger beanspruchen häufig eine Rundum-Versorgung.

### **4. Wie sieht die Beteiligung der Betroffenen aus?**

Einbeziehung in Erarbeitung verbessert sich, es werden jedoch selten unterschiedliche Sichtweisen festgehalten.

Teilnahme an HPK. schwach ausgeprägt

### **5. Wie läuft das Teilhabepanungsgespräch ab?**

Sehr unterschiedlich: IHP 3 im Aufbau an Gesprächsleitfaden orientiert, ITP Hessen eher For-

mular für Profis, das nach Hilfeplangespräch ausgefüllt wird.

**Fazit:** Die ‚Große Lösung‘ bietet die Chance zur Entwicklung von Verfahren der Teilhabepanung für Kinder- und Jugendliche mit Behinderungen, die es bislang nicht gibt. Kinder- und Jugendliche mit Behinderungen sind bereits heute Adressaten sowohl der Eingliederungshilfe als auch der Jugendhilfe. Die Hilfe- oder Teilhabepanung kann lebenslaufbegleitend konzipiert werden und die Leistungen unterschiedliche Leistungsträger auf örtlicher Ebene koordinieren.