

2. Leitfaden zur individuellen Zielplanung im Rahmen des Gesamtplans für Menschen mit Behinderung

**Handlungsempfehlung für kommunale
Träger der Sozialhilfe im Land Niedersachsen**



**Arbeitsgruppe 2a
zum Quotalen System
Version I/2009**

Inhalt	Seite
Vorwort	
Warum ein Leitfaden zur Zielplanung	3
I. Einleitung	
1. Zielplanung im Rahmen der Eingliederungshilfe	4
2. Steuerung im Rahmen der Eingliederungshilfe	4
II. Grundsätze der Zielplanung	
1. Bedarf	6
2. Zielorientiert	7
3. Personenorientiert	9
4. Transparent	9
5. Interdisziplinär	10
6. Regional	10
III. Abläufe der Zielplanung	
1. Neuantrag	11
2. Fortschreibung	11
IV. Umsetzung des Leitfadens	
1. Kommunale Strukturen	12
2. Fort- und Weiterbildung	12
3. Zusammenarbeit mit den Leistungsanbietern	12
4. Zusammenarbeit mit den Klienten ¹ .	12
V. Anlagen	
Beispiele	13

¹ Zur besseren Lesbarkeit wird, abgesehen von geschlechtsneutralen Bezeichnungen, jeweils die männliche Form verwendet. Eine Diskriminierung weiblicher Personen ist damit nicht beabsichtigt. Genderaspekte von Behinderung sind den Autoren bewusst, werden hier aber nicht berücksichtigt.

Vorwort

Dieser Leitfaden ist von der „Arbeitsgruppe 2a zum Quotalen System“ auf der Grundlage des bisherigen „Leitfaden zur individuellen Hilfeplanung im Rahmen des Gesamtplans für Menschen mit Behinderungen im Land Niedersachsen“ überarbeitet worden. Er soll den Trägern der Sozialhilfe in der täglichen Praxis eine Hilfestellung bei der Einzelfallsteuerung geben - insbesondere bei der Aufstellung und Fortführung der Planung gem. § 58 SGB XII (Gesamtplan) und anderer Vorschriften. Insofern ist dieser Leitfaden eine Empfehlung (also keine verbindliche Regelung) von kommunalen Praktikern für ihre Kollegen in den Kommunen. Der Leitfaden bezieht sich auf alle Leistungsbereiche der Eingliederungshilfe (ambulant, teilstationär und stationär), unabhängig von Art und Schwere der Behinderung.

Die Anwendung dieser Empfehlung hat Auswirkungen insbesondere auf die Klienten und ebenfalls auf die anderen Beteiligten der verschiedenen Verfahrensschritte. Dieses ist bei der Entwicklung des Leitfadens berücksichtigt worden und muss ebenso bei der Anwendung dieser Empfehlung berücksichtigt werden.

Die Notwendigkeit einen Leitfaden zu entwickeln wird von den Initiatoren und den Autoren in den stark unterschiedlichen Vorgehensweisen der niedersächsischen Kostenträger der Eingliederungshilfe gesehen. Hier sollen Impulse zur Ausrichtung nach einheitlichen Leitbildern gegeben werden. Durch diese Ausrichtung würde der gesetzliche Auftrag der Eingliederungshilfe - die behinderten Menschen oder von Behinderung bedrohten Menschen in die Gesellschaft einzugliedern und ihnen die Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen oder zu erleichtern - unterstützt.

Dieser Leitfaden wurde erstellt im Auftrage des Gemeinsamen Ausschusses und wird fortgeschrieben.

I. Einleitung

1. Zielplanung im Rahmen der Eingliederungshilfe

Der Umgang mit der Eingliederungshilfe ist auf Seiten des Trägers der Sozialhilfe in Veränderung. In vielen Fällen hat sich der Träger der Sozialhilfe bisher nur damit beschäftigt, seine Zuständigkeit und die Behinderung eines Klienten festzustellen, um dann die Kosten der zu erbringenden Eingliederungshilfe zu tragen. Ziele, Inhalte, Ergebnisse und Wirksamkeit der Hilfe wurden nicht in ausreichendem Maße berücksichtigt.

Mit dem Einstieg in die Zielplanung sieht sich der Träger der Sozialhilfe bei der Eingliederungshilfe in einer neuen, gemeinsamen Verantwortung und einem gemeinsamen Prozess mit Klienten und Leistungserbringern. Seine Aufgaben umfassen die Erstellung eines Gesamtplanes und darin die Erarbeitung einer Zielplanung mit dem behinderten Menschen. Gesamt- und Zielplanung sind die anzuwendenden Instrumente beim Einstieg in die Hilfe und bei deren Fortschreibung(en). Sie bestimmen Art und Umfang der zu erbringenden Leistung und formulieren Grobziele bzw. setzen an der Arbeit der Leistungserbringer an, wenn es um die Fortschreibung der Hilfe geht.

Die Inhalte der Gesamt- und Zielplanung stehen in Wechselbeziehung zur Hilfeplanung/Förderplanung der Leistungserbringer. Beide Planungen sind miteinander verzahnt, bedingen sich gegenseitig, hängen voneinander ab und/oder bauen aufeinander auf.

Eine offene Kommunikation sowie Transparenz und Verbindlichkeit zwischen dem Träger der Sozialhilfe, dem Klienten und den Leistungserbringern, unter Berücksichtigung des Datenschutzes, sind hierfür eine wesentliche Voraussetzung.

Zur Sicherstellung der Qualität des Prozesses ist es auf Seiten des Trägers der Sozialhilfe erforderlich, fachlich qualifizierte Mitarbeiter einzusetzen.

Dies gewährleistet zum einen die Gestaltung der Gesamt- und Zielplanung in fachlichem Dialog mit den Leistungserbringern, zum anderen die behindertengerechte Kommunikation mit dem Klienten.

Form und Ablauf der Gesamt- und Zielplanung müssen fachlichen Standards entsprechen und den aktuellen Entwicklungen angepasst werden.

Der Träger der Sozialhilfe ist aufgerufen, die Verantwortung für seinen Bereich des Prozesses der Eingliederungshilfe verstärkt wahrzunehmen, dabei Aspekte der Steuerung, Fachlichkeit und Qualität konsequent anzuwenden und in den Gesamtprozess der Eingliederungshilfe einzubringen.

2. Steuerung im Rahmen der Eingliederungshilfe

Wenn wir die Eingliederungshilfe als einen gemeinsamen Prozess zwischen dem Träger der Sozialhilfe, dem Klienten und den Leistungserbringern verstehen, so liegt die Verantwortung für die Gesamtplanung in den Händen des Trägers der Sozialhilfe. Er gestaltet das Zusammenspiel zwischen Hilfebedarfsermittlung, Grobzielplanung, Leistungsbemessung sowie der Leistungsvereinbarungen und steuert damit in seinem Zuständigkeitsbereich die Rahmenbedingungen der zur Verfügung stehenden Hilfen.

Das bedeutet im Einzelnen,

- Verwaltungsabläufe darauf auszurichten, behinderten Menschen zeitnah und zielgerichtet die Hilfe zu gewähren, die sie benötigen,
- Hilfebedarfsermittlung als kooperativen Prozess zwischen allen Beteiligten zu gestalten,
- Hilfen passgenau aufeinander abzustimmen,
- formulierte Grobziele in die Hilfe-/Förderplanung für die Leistungserbringung einzubringen,
- regional ein am Bedarf der behinderten Menschen ausgerichtetes Angebot zu entwickeln, das abgestuft, flexibel und durchlässig ist.

Die Steuerung durch den Träger der Sozialhilfe unterteilt sich in folgende Bereiche:

2.1. Zugangssteuerung

- Beratung von Betroffenen und Angehörigen,
- Erhebung, Ermittlung und Bewertung der Lebenssituation, Ressourcen, Umfeldbedingungen, unter Einbeziehung von Gutachten und fachlichen Stellungnahmen,
- Abgrenzung zu alternativen Hilfsangeboten und/oder Beratung über mögliche Leistungen der Eingliederungshilfe und deren Festsetzung.

2.2. Verlaufssteuerung

in einem ständigen Aktualisierungsprozess:

- fallbezogene Erhebung, Ermittlung und Bewertung der Bedarfssituation, die Überprüfung der Zielerreichung und der Wirksamkeit der Leistungen sowie die erneute Vereinbarung von (Grob)zielen,
- fallübergreifende Weiterentwicklung von regionalen Angebotsstrukturen.

2.3. Weitere Aspekte der Steuerung

- interdisziplinärer Personaleinsatz, Personalentwicklung und Organisationsstruktur

Wesentliche Möglichkeiten der Steuerung durch den Träger der Sozialhilfe betreffen die Organisation der Gesamtplanung und in diesem Zusammenhang die fachliche Qualifikation der damit befassten Mitarbeiter. Es bestehen Organisationsformen, in denen Verwaltungsmitarbeiter, Sozialpädagogen und Ärzte in den Fachämtern eingesetzt werden. Dieses geschieht in Einzelfällen durch Bildung eigener „Fachstellen der Eingliederungshilfe“ mit vorwiegend sozialpädagogischer Besetzung.

- Zusammenarbeit und Vernetzung

Zusammenarbeit und Vernetzung mit den Leistungsanbietern und die Kommunikation mit den Behindertenvertretern und den Angehörigen sind wichtige Grundlagen für eine möglichst einvernehmliche Gestaltung der Eingliederungshilfe. Hier können örtliche Arbeitskreise und Verbände wichtige Gremien sein, die durch den Träger der Sozialhilfe mit initiiert bzw. gestaltet werden können.

II. Grundsätze der Zielplanung

1. Bedarf

Grundlage der Gesamt- und Zielplanung ist der Bedarf des Klienten. Wenn wir uns an dieser Stelle mit dem Bedarf des Klienten auseinandersetzen, vollziehen wir den Wechsel von einer eher angebotsorientierten zu einer personenorientierten und somit passgenauen Hilfe.

Bedarf ist die zum Erreichen der individuellen Ziele nach §§ 53(3) ff. SGB XII erforderliche Art, Intensität und Dauer der Hilfe.

1.1. Definition Bedarf

Der individuelle Bedarf leitet sich ab aus der (drohenden) wesentlichen Einschränkung der Fähigkeit, an der Gesellschaft teilzuhaben und orientiert sich an den individuellen Zielen im Sinne der §§ 53 ff. SGB XII.

1.2. Bedarfsfeststellung

Menschen sind im Sinne von § 53 Absatz 1 SGB XII und § 2 Absatz 1 SGB IX behindert, wenn

a. ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen

und

b. die Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft beeinträchtigt ist,

und

c. beides in einem ursächlichen Zusammenhang steht.

Diese Entscheidung kann der Träger der Sozialhilfe nur treffen, wenn er im Rahmen der Bedarfsfeststellung qualifizierte Kenntnisse erhält über

zu a: - die gesundheitliche Situation
- die medizinischen Diagnosen nach ICD 10
- die damit verbundenen Störungen von Körperstruktur und -funktion, Funktions- und Fähigkeitsbereichen (im Sinne der ICF)

zu b: - die konkreten Einschränkungen der Teilhabefähigkeit und
- die individuell maßgeblichen Kontextfaktoren (im Sinne der ICF)

Diagnosen sind dabei auf der Basis der von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) herausgegebenen, jeweils aktuellen Version der „**Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme**“ („International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems“ – **ICD 10 GM**) zu erheben und zu beschreiben. Anzugeben sind nicht nur die jeweiligen Kodierungen, sondern auch die zu diesen Klassifikationen gehörenden Krankheitsbezeichnungen.

Allein die Beeinträchtigung der Gesundheit führt aber noch nicht dazu, dass auch die Fähigkeit zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft beeinträchtigt ist. Ebenso beschreiben Krankheitsdiagnosen und Krankheitssymptome nicht das Ausmaß der Teilhabebeeinträchtigung, die gegebenenfalls als Folge einer Krankheit oder eines gesundheitlichen Problems entstanden ist. Sie lassen daher auch keinen Rückschluss auf den Umfang und die Art des hierdurch verursachten Bedarfs an Leistungen der Eingliederungshilfe zu.

Sowohl zur Klärung der Frage, ob der Klient wesentlich behindert ist, als auch zur Bestimmung des bestehenden Rehabilitationsbedarfs sind daher Angaben erforderlich, die die Einschränkung der Teilhabefähigkeit beschreiben. Hierfür empfiehlt sich als Grundlage die „**Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit**“ („**International Classification of Functioning, Disability and Health**“ – **ICF**) der WHO. Die ICF kann nur angewandt werden, wenn eine Krankheit oder eine andere gesundheitliche Störung im Sinne der ICD 10 vorliegt.

Die ICF ermöglicht eine einheitliche Sprache für die Beschreibung von Behinderung. Behinderung wird dabei als negative Wechselwirkung zwischen einer Person mit einem Gesundheitsproblem (beschrieben mit der ICD 10) und den Gegebenheiten ihrer individuellen Umwelt beschrieben. Die ICF bildet auch die Ressourcen und Stärken einer Person mit einem gesundheitlichen Problem ab. Mit der Klassifikation der Umweltfaktoren ist es möglich, Förderfaktoren und/oder Barrieren zu beschreiben. Die Anwendung der ICF unterstützt die personenzentrierte Planung von Rehabilitationsprozessen und damit die passgenaue Gestaltung und Entwicklung von Hilfen und Angeboten der Eingliederungshilfe.

2. Zielorientiert

Die Umsetzung des gesetzlichen Auftrages der Eingliederungshilfe kann durch die Festlegung von Zielen oder Teilzielen für alle transparent und in einer motivierenden Form mit dem Klienten geplant werden. Aufbauend auf den Ressourcen des Klienten können Beeinträchtigungen gemildert und gemindert, Kompetenzen gestärkt werden.

Ein Ergebnisziel im Sinne des Sozialrechts ist zu definieren mit Hilfe der Unterscheidung in Grobziele und Feinziele. Das Ergebnisziel orientiert sich am Bedarf sowie am Wunsch- und Wahlrecht des Klienten.

Grobziele sind auf der Grundlage des festgestellten Bedarfs als angestrebte Ergebnisse zu formulieren. Fragestellungen hierzu sind „was soll erreicht werden?“ bzw. „was muss wer in welcher Zeit dafür tun?“. Grobziele sind abhängig von Art und Ausmaß der Behinderung, dem Lebensalter (Entwicklungsdynamik im Kindes- und Jugendalter), der konkreten Lebenssituation sowie persönlichen und familiären Ressourcen. Inhaltlich benennen Grobziele eine mögliche Verselbständigung, Stabilisierung des Erreichten, Erhalt bzw. Verzögerung des Abbaus von Fähigkeiten - auch bei schwerster Beeinträchtigung.

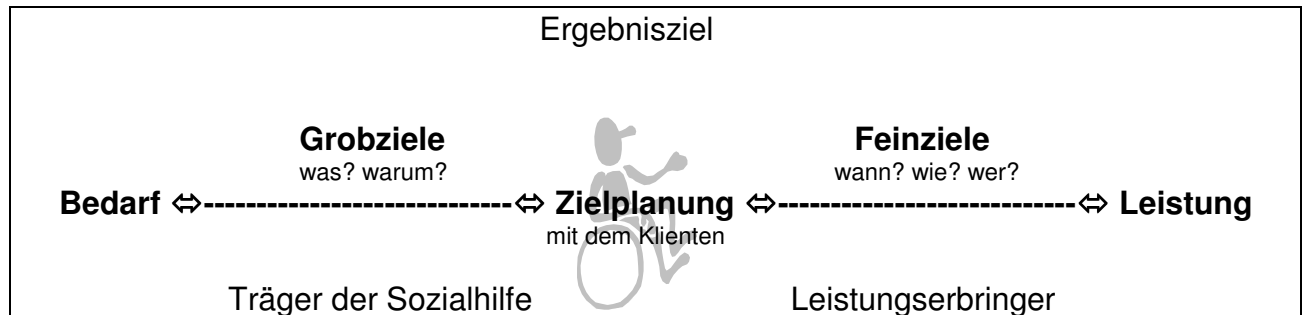
Die Umsetzung der Zielplanung ist dem Leistungserbringer unter Berücksichtigung der vereinbarten Qualitätssicherung im Rahmen der Leistungsvereinbarungen übertragen.

Feinziele werden im Rahmen der durchzuführenden Maßnahmen durch den Leistungserbringer formuliert. Um Feinziele handelt es sich, wenn es z. B. um die Fragestellungen geht: „Wie geht der Leistungserbringer methodisch vor, welche Absprachen trifft er mit wem?“. Die Formulierung und die Einordnung der Feinziele in die Grobziele sowie die Weiterentwicklung der Feinziele werden durch den Leistungserbringer dokumentiert. Die Feinziele orientieren sich an der Interaktion zwischen dem Klienten und dem Leistungserbringer, dem aktuellen Entwicklungsstand des Klienten, den verfügbaren Methoden der Förderung mit einem konkreten Bezug zur Teilhabe als Ziel der Eingliederungshilfe. Für die Erreichung der Feinziele wird ein Zeitrahmen vereinbart.

Grobziele werden im Rahmen der Bedarfserörterung (was und warum?), Feinziele bei der Gestaltung der Leistungsdurchführung (wann, wie und wer?) gemeinsam mit dem Klienten formuliert und vereinbart.

Der Grad der Ausdifferenzierung der Grobziele orientiert sich an der Art der Maßnahme (ambulant, teilstationär, stationär), das heißt: „je ambulanter, desto differenzierter“.

In der besonderen Leistungsform des Persönlichen Budgets werden Feinziele zwischen dem Träger der Sozialhilfe und dem Klienten vereinbart. Auf Wunsch des Klienten wird der Leistungserbringer einbezogen.



Bei der Formulierung von Zielen (Zielvereinbarung) und deren Überprüfung sollten folgende Kriterien unbedingt beachtet werden (bei Grobzielen ggf. mit der Nennung von Indikatoren):

a. Grundsatz SMART

Spezifisch

konkret, klar, präzise, schriftlich, eindeutig definiert
(Vorsicht bei „schwammigen“ Formulierungen!)

Messbar

mit eindeutigen Kriterien, überprüfbar
(Vorsicht bei unbestimmten Begriffen – höher, besser!)

Attraktiv

akzeptabel, attraktiv, motivierend, anspruchsvoll
(Vorsicht: Ziele nicht ohne den Klienten formulieren !)

Realistisch

widerspruchsfrei, erreichbar, umsetzbar
(Vorsicht vor Überforderung des Klienten!)

Terminiert

zeitlich eingegrenzt
(Vorsicht bei unbestimmten Zeitbegriffen!)

b. Zielvereinbarung

Die Ziele werden verbindlich zwischen den jeweils Beteiligten vereinbart. Zu den zu beteiligenden gehören die gesetzlichen Betreuer der Klienten und andere von den Klienten Bevollmächtigte. Die Vereinbarung enthält Angaben über ihr Zustandekommen sowie die Zeiträume, Folgen, Konsequenzen der Zielumsetzung. Mit ihrer Unterschrift dokumentieren die Beteiligten, dass sie diese Absprachen für sich als verbindlich anerkennen.

Ziele sind in einer für alle verständlichen Sprache zu beschreiben sowie die jeweiligen Zuständigkeiten und Funktionen der Beteiligten zu benennen.

Die Ziele müssen mit dem Klienten in einem kooperativen Prozess vereinbart und je nach Ausprägung der Behinderung gefunden werden. Um den Klienten nicht zu überfordern, ist insbesondere auf den Umfang und die Anzahl der Ziele zu achten.

c. Zielüberprüfung

Nach Ablauf der vereinbarten Zeiträume ist zu überprüfen, inwieweit die Ziele erreicht und die gewünschten Wirkungen der Leistungen eingetreten sind. Hierbei ist es notwendig, Selbsteinschätzung und fachliche Einschätzung gegeneinander zu stellen, zu bewerten und zu dokumentieren. Soweit unterschiedliche Bewertungen der Zielerreichung bestehen, sind die Gründe dafür explizit darzulegen. Die Erkenntnisse aus der Zielüberprüfung und die Veränderungen der Kompetenzen und Beeinträchtigungen können zu einer Beendigung der Maßnahmen führen. Anderenfalls löst ein veränderter Bedarf die Vereinbarung „neuer“ Ziele (Zielfortschreibung) aus.

3. Personenorientiert

Der Klient steht im Mittelpunkt der Zielplanung. Seine vorhandenen Kompetenzen, Interessen und Ressourcen sind zu berücksichtigen und Genderaspekte einzubeziehen. Die Motivation des Klienten ist von entscheidender Bedeutung für die Erreichung der Eingliederungsziele. Hierzu ist es erforderlich, gemeinsam mit ihm realistische Ziele zu finden, den Weg der Zielerreichung in verständlichen Worten zu beschreiben und hierfür einen Zeitraum festzulegen. Nur so ist die Motivation des Klienten erreichbar. Wichtig ist es die Gespräche auf Augenhöhe zu führen.

Die Rahmenbedingungen und die Inhalte des zu führenden Gespräches tragen zur Erhaltung und zum Ausbau der Motivation bei.

Darüber hinaus sind die Unterstützungsmöglichkeiten des sozialen Umfeldes - insbesondere der Familie - einzubeziehen.

Durch eine aktive Teilnahme an der Zielplanung wird dem Recht auf Selbstbestimmung entsprochen.

4. Transparenz

Der Prozess der Zielplanung ist für alle Beteiligten offen und durchschaubar zu gestalten. Dazu gehören insbesondere die Bereiche

- Grundlagen und Zielsetzung (warum wird geplant?)
- Beteiligung und Federführung (Teilnehmer? Träger der Sozialhilfe leitet)
- Gegenstand der Zielplanung (worüber wird gesprochen?)
- Vereinbarungen (Schriftform, Verbindlichkeit und zeitlicher Rahmen)
- Überprüfung (Grad der Zielerreichung, Wirksamkeit, Gründe für Abweichungen)
- Fortschreibung (Aktualisierung der Ziele, Art und Umfang der Leistung).

Eine transparente Zielplanung soll insbesondere dem Klienten ermöglichen, sich mit den Zielen seiner Eingliederung zu identifizieren und aktiv daran mitzuarbeiten.

Gespräche zur Zielplanung sind gemeinsam mit dem Klienten zu führen. Soweit dieses aus Gründen, die in der Person des Klienten liegen, nicht möglich ist, müssen ihm die Ergebnisse der Zielplanung in geeigneter Form vermittelt werden.

Teilnehmer (Klient, ggf. gesetzlicher Betreuer, Träger der Sozialhilfe, evtl. weitere Personen), Ort und Zeit der Gespräche zur Zielplanung orientieren sich an den Bedürfnissen des Klienten. Die Gespräche sind in einer verständlichen Form und Sprache zu führen, welche die psychischen, kommunikativen und intellektuellen Fähigkeiten des Klienten berücksichtigt.

Die bei stationärer Eingliederungshilfe erforderlichen Begutachtungsverfahren HMB-W bzw. Schlichthorst zur Einstufung in Hilfebedarfsgruppen sind nach Möglichkeit inhaltlich und strukturell

in die Zielplanung einzubeziehen. Dazu sollten Berichte und die Dokumentation der Leistungserbringer dem Begutachtungsverfahren angepasst werden.

5. Interdisziplinär

Im Rahmen der Zielplanung arbeiten verschiedene Berufsgruppen (z.B. aus Medizin und Verwaltung, Heil- und Sozialpädagogen, Psychologen) zusammen. Mit ihren fachspezifischen Sichtweisen tragen sie dazu bei, dass die einzelnen und unterschiedlichen Aspekte der Behinderung erkannt, berücksichtigt und verknüpft werden. Auf diese Weise kann der Besonderheit und der Komplexität der Behinderung im Einzelfall Rechnung getragen und eine nach Art und Maß (§ 17 SGB XII) optimal angepasste Leistungserbringung erreicht werden.

6. Regional

Eine bedarfsgerechte Hilfestellung setzt ein vielseitiges Angebot an Hilfen voraus. In den überwiegenden Fällen hat die Hilfestellung einen regionalen Bezug.

Um passgenaue Angebote installieren und eine bedarfsorientierte Hilfestellung sichern zu können, benötigt man eine regionale Bedarfs- und Angebotserhebung (Sozialplanung). Hierbei geht es auch um die Einwirkung auf bestehende und die Initiierung von neuen Angeboten der Eingliederungshilfe.

III. Abläufe der Zielplanung

Chronologie des Verfahrens

1. Neuantrag

- 1.1 Bekanntwerden des Bedarfs (in der Regel ein Antrag)
- 1.2 Prüfung der Zuständigkeit
- 1.3 Sozialanamnese und Diagnose nach ICD 10 GM
- 1.4 Feststellungen zur Behinderung (SGB IX, SGB XII)
- 1.5 Feststellungen zu Auswirkungen der Behinderung auf die Teilhabe (ICF)
- 1.6 Zusammenfassende Bewertung des Bedarfes
- 1.7 Formulierung der Grobziele der Hilfe
- 1.8 Vereinbarung der Eingliederungshilfeleistungen mit Aussagen zu Art, Umfang und Dauer
- 1.9 Vereinbarung der Form der Leistungsgewährung
- 1.10 Fertigung des Verwaltungsaktes

2. Fortschreibung

- 2.1. Anlass: Anstoß von außen oder terminiert
- 2.2. Prüfung der Zuständigkeit (i.d.R. geklärt)
- 2.3. Fortschreibung der Sozialanamnese
- 2.4. Auswertung von Berichten und Dokumentationen
- 2.5. Feststellung von möglichen Änderungen der Behinderung
- 2.6. Feststellung der Auswirkungen der Behinderung auf die Teilhabe (ICF)
- 2.7. Zielerreichung und -abweichungen feststellen
- 2.8. Fortschreibung der Grobzielplanung unter Berücksichtigung der aktualisierten Feststellungen zum Hilfebedarf
- 2.9. Vereinbarung der Eingliederungshilfeleistungen mit Aussagen zu Art, Umfang und Dauer
- 2.10. Vereinbarung der Form der Leistungsgewährung
- 2.11. Fertigung des Verwaltungsaktes

IV. Umsetzung des Leitfadens

In vielen Niedersächsischen Kommunen wird die Zielplanung im Sinne dieses Leitfadens bereits durchgeführt oder es wurde damit begonnen. Dafür bestehen unterschiedlichste Voraussetzungen und es gibt viele verschiedene Lösungsmöglichkeiten. Es ist in keiner Weise notwendig, ein „alles oder nichts“ als Devise auszugeben; auch Teile dieser Empfehlungen können problemlos umgesetzt werden. Die in der Arbeitsgruppe vertretenen Kommunen leben dies in konkreter Weise vor.

1. Kommunale Strukturen

Das Zusammenwirken der beteiligten Organisationseinheiten innerhalb einer Kommune ist kritisch zu überprüfen. Dabei sind alle Tätigkeitsfelder der Eingliederungshilfe als ein Gesamtes zu sehen. In dem komplexen Geflecht der Eingliederungshilfe ist eine gute interne Kommunikation unerlässlich. Eine der wichtigsten Grundlagen zur Umsetzung ist die reibungslose und lösungsorientierte Zusammenarbeit von Verwaltung, Sozialarbeit und dem medizinischen Bereich. Eine kritische Betrachtung und Bestandsaufnahme kann dabei ein erster Schritt sein, dieses Ziel zu verfolgen, um dann Maßnahmen zur Verbesserung einzubringen und zu evaluieren.

In einigen Kommunen wird zum Beispiel ein Modell der „Fachstellen“ (teilweise ämterübergreifend) betrieben. Hier wird eine Bündelung, respektive Ergänzung der Professionen in der Organisation der Eingliederungshilfe vorgenommen. Aber auch in Zukunft wird es viele verschiedene Organisationsformen geben.

2. Fort- und Weiterbildung

Neue Aufgaben oder eine Neuformulierung alter Aufgaben erfordern auch immer umfassende Fort- bzw. Weiterbildung.

3. Zusammenarbeit mit dem Klienten

Zur Herstellung einer Vertrauensbasis ist es von zentraler Bedeutung, für den Klienten bestimmte Informationen in einer für ihn verständlichen Art und Weise zu übermitteln. Dabei ist jeweils auf die Besonderheiten der jeweiligen Behinderung Rücksicht zu nehmen (z.B. Verwendung von „leichter Sprache“ bei Menschen mit geistiger Behinderung). Erst hierdurch wird eine aktive Beteiligungsmöglichkeit für den Klienten geschaffen. Dies fördert sein Vertrauen gegenüber den Vertretern der Kommune und die Bereitschaft zu einer offenen Kommunikation.

Wichtig ist auch, den Fokus nicht nur auf behinderungsbedingte Defizite zu richten, sondern besonders auch Fähigkeiten und Ressourcen heraus zu arbeiten. Dies dient nicht nur der Bewertung des Bedarfes, der konkreten Formulierung von realistischen Zielen sowie der Gewährung bzw. Entwicklung einer passgenauen Hilfe, sondern trägt auch wesentlich dazu bei, den Klienten zur aktiven Mitarbeit an den Zielen der Hilfe zu motivieren. Diese Motivation wiederum ist eine wesentliche Grundlage für den erfolgreichen und zielorientierten Verlauf der Hilfgewährung.

4. Zusammenarbeit mit den Leistungsanbietern

Die Kooperation mit Leistungsanbietern soll durch Optimierung der Kommunikationswege und Förderung der Zusammenarbeit gestärkt werden. Vertrauensbildende Maßnahmen wie das gemeinsame Erstellen von Handlungsrichtlinien, gemeinsame Workshops auf regionaler Ebene, können hierfür Grundlagen schaffen.

V. Beispiele

Im Folgenden sind einige der Kommunen benannt, in denen die Empfehlungen insgesamt oder in Teilen angewandt werden. Zu Fragen der Umsetzung, zu Instrumenten oder inhaltlicher Art stehen die folgenden Personen gerne zur Verfügung:

Kommune	Mitarbeiter	Kontakt	Bereich
LK Diepholz	Thorsten Abeling	05441 / 976-1208 thorsten.abeling@diepholz.de	geistig / körperlich seelisch chronisch Sucht
LK Harburg	Sibylle Gruhl	04171 / 693-645 s.gruhl@lkharburg.de	geistig / körperlich
LK Osnabrück	Werner Lukas-Nülle	0541 / 501-3114 werner.lukas-nuelle@lkos.de	geistig / körperlich seelisch chronisch Sucht
LK Schaumburg	Klaus Malchau	05721 / 703-776 fachstelle.50@landkreis-schaumburg.de	geistig / körperlich seelisch chronisch Sucht
Stadt Emden	Elisabeth Szag	04921 / 871496 szag@emden.de	geistig / körperlich seelisch chronisch Sucht
Region Hannover	Dorothea Pein	0511 / 30033413 dorothea.pein@region-hannover.de	geistig / körperlich
Stadt Braunschweig	Michael Lange Ruth Engelhard	0531 / 4707273 michael.lange@braunschweig.de 0531 / 4707243 Ruth.Engelhardt@braunschweig.de	geistig / körperlich seelisch chronisch Sucht
LK Rotenburg	Mike Leibner	04261 / 983-2576 mike.leibner@lk-row.de	geistig / körperlich seelisch chronisch Sucht
LK Soltau-Fallingb.ostel	Marlis Telker Heidelore Hofmann	05191 / 970-769 F05200@Heidekreis.de 05161 / 9806-32 F07504@heidekreis.de	geistig / körperlich seelisch chronisch Sucht
LK Verden	Anne Plümer	04231 / 15-691 Anne-Pluemer@landkreis-verden.de	geistig / körperlich seelisch
LK Nienburg	Barthold von Wintzingerode	05021 / 967-126 wintzingerode.barthold@kreis-ni.de	geistig / körperlich seelisch chronisch Sucht

Andere Kommunen dürfen sich gerne an die Arbeitsgruppe (Frau Höppner, 05121 / 304 330), sigrun.hoepfner@ls.niedersachsen.de) wenden, um hier aufgeführt zu werden.