

# **Anforderungen und Lösungen für Hilfeplanverfahren im Bereich individuelles Wohnen**



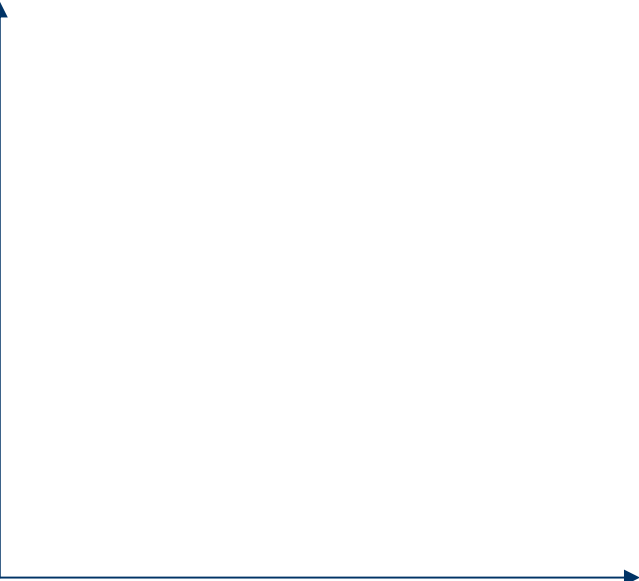
# Ebenen

- 1 I. Individuelle, dialogische Teilhabediagnostik Fähigkeiten und Beeinträchtigungen
- 1 II. Erarbeiten von Dienstleistungen zur Unterstützung der Selbstsorge auf der Basis von Zielen und Wünsche von Klienten
- 1 III. Koordinierung und Abstimmung im Team : wer macht was und zwischen verschiedenen Angebotsbereichen ( z.B. Wohnen/Arbeiten)
- 1 III.angemessene, „wirtschaftliche“ und einfache Abrechnungsgrundlage, regionale Abstimmung der Bedarfe

## Problem der Zweidimensionalität Bedeutung von Prospektivität : Schätzung – Leistungsvoranschlag

Querschnitt : umfassende  
Einschätzung, bezogen auf  
„Stichtag“ was war los ?

Längsschnitt :  
Einschätzung für  
einen zeitlichen  
Prozess was soll  
werden ?



# I. Prozess der Rehabilitation : Anforderungen

- 1 Zielorientierung im Prozess ( d.h. Berücksichtigung des Selbstorganisationszirkels : Einschätzung/ Aseessment aktuelle Situation , Zieldefinition (Lang- und kurzfristig) , Maßnahmenfestlegung und Arbeitsteilung , Evaluation)
- 1 Beziehungsorientiert ,d.h. dialogisch/trialogisch und kontinuierlich
- 1 Ressourcenorientiert
- 1 Integrativ in Bezug auf Methoden und Lebensfelder
- 1 „horizontaler“ „zeitlicher“ Zugang

# I. Assessmentmethoden von Rehabilitationsdiagnostik :

- 1 Anamnesen- biographische Interviews
- 1 Interviews/Gespräche mit Bezugspersonen
- 1 Standardisierte oder teilstandardisierte Verfahren ( zum Beispiel Metzler Verfahren )
- 1 Freie Verhaltensbeobachtung ,(un)systematische Verhaltensanalysen ( z.B. Teambesprechungsprotokolle)
- 1 Praxiserprobungen und deren „offene“ Auswertung/ Reflektion
- 1 Einschätzskalen : zunehmende Bedeutung ICF : Klassifikation von Funktionen und Strukturen des menschlichen Organismus, Aktivitäten einer Person und deren Teilhabe an Lebensbereichen

# I. Grundsätzliche Rehabilitationsdiagnostik- Fragestellungen

- 1 Besteht überhaupt Bedarf / Bedürfnis an rehabilitativen Hilfen ?
- 1 Welche genau werden gebraucht und in welchen Kontexten ?
- 1 Funktionale Ausrichtung : werden mit den Rehabilitationsmaßnahmen angestrebte Ziele erreicht ?
- 1 Bezieht die Diagnostik Klienten „auf gleicher Augenhöhe“ mit ein ? (Akzeptanzdilemma)

## II. Organisatorische Koordinierung verschiedener Leistungen/Leistungsanbieter

Fakt : ist erforderlich

Regional sehr unterschiedlich : folgende  
Organisatorische Lösungen existieren nebeneinander

1. feste Anbieter /Monopollösungen (Vertragslösung)
2. Pseudo“markt“ Dienste und Maßnahmen für  
Menschen mit Behinderung (Maßnahmelösung)
3. Pseudo“markt“ Personenbezogene  
Dienstleistungen /persönliche Budgets

## II. Koordinierung als inhaltliche Prozessanforderung

- 1 Kontinuierliche verantwortliche „Beziehungsperson“ – erarbeitet mit Klientin Zielplanung für festgelegten Zeitraum (Care- „Sorgen für“ )
- 1 Kontinuierliche Begleitung und persönliche Evaluation/Dokumentation des Rehaprozesses und der erbrachten Dienstleistungen (Case-Management)
- 1 Professionelle „Broker“funktion bei der „Passung“ der Hilfen, Sicherung Qualitätsstandards der Erbringung integrierter Hilfen.
- 1 Anwaltschaft für „bedarfsgerechte Angebote“

# III. angemessene, wirtschaftliche und einfache Finanzierungs/bzw. Abrechnungsgrundlage

- 1 Zusammenhänge zwischen (diagnostischen) Einschätzungen von Klienten und erforderlichen Zeiten sind nicht linear, Zusammenhänge nur bei der Maßnahmeform nachzuweisen ( per Definiton – selbsterfüllende Prophezeiung)
- 1 Erfahrungen aus standardisierten Verfahren (H.M.B.) wenn Bepunktung, dann darf man nicht „rechnen“ ( Problem von Nominalskalen), wenn man trotzdem rechnet, kommt man zur Bestätigung des status quo

Wesentlichster Faktor: **Personenzeit**

- 1 Berücksichtigung von „Koproduktion“ unterschiedlichen Lebensstilen und „Überdeterminiertheit“ sozialer Dienstleistungen

# dialogische Hilfeplanung

- 1 Dialog im Spannungsfeld Selbsteinschätzung-Fremdeinschätzung (Stellenabsicherung)
- 1 Routine der Einrichtung dominiert die Dienstleistung
- 1 Bezugsperson – ja aber nur im Rahmen des eigenen Teams
- 1 Dokumentation „aversiv“ besetzt / Verwaltungszeit versus Klientenzeit
- 1 „Offene“ Evaluation von Leistungen schwierig und interessenengeleitet

# Sozialraum / Community Care

- 1 Institutionelle Milieus versus natürliche Lebensräume
- 1 „erlernte Hilflosigkeit“
- 1 Koordinierung auf örtlicher Ebene : Verankerung im Raum der sozialen Akteure
- 1 Auf Person bezogenen Hilfeplanung Ausgangspunkt für Netzwerkerkundung – Netzwerkausbau
- 1 Gelungene Lösungen : „Geld und „Geben“ fördert die sozialräumliche Verbundenheit – Beispiele : persönliche Budgets