

**Leitfaden für die individuelle Hilfeplanung  
mit Menschen mit Behinderung  
in der ambulanten Betreuung**

Stadt  **Braunschweig**

- Gesundheitsamt -  
2009

## Vorbemerkung

Der Leitfaden ist das Ergebnis der Zusammenarbeit von MitarbeiterInnen des Gesundheitsamtes und der Leistungserbringer. Das gesamte Verfahren wurde und wird durch den ins Leben gerufenen Arbeitskreis „Hilfeplanung“ begleitet. Seit 2007 wird das Braunschweiger Hilfeplanverfahren angewandt. Viele Erfahrungen sind in dieser Zeit gesammelt worden. Das Ziel war und ist eine einvernehmliche Hilfeplanung.

Das „individuelle Hilfeplanverfahren“ steht unter der Überschrift der „personenzentrierten Hilfe“, in dem ein Dialog mit Menschen mit Behinderung strukturiert beschrieben wird und aus dem Leistungen zu einem möglichst selbstbestimmten Leben entwickelt werden.

Im Hilfeplanverfahren wird mit jedem Klienten der individuelle Hilfebedarf ermittelt, und dementsprechend werden Fachleistungsstunden für die ambulante Betreuung gewährt.

Ausgangspunkt des seit nunmehr zwei Jahren angewandten Verfahrens war das „persönliche Budget“. Im Rahmen des Modellprojekts nutzten wir das in Osnabrück entwickelte Verfahren „Hilfeplan – Ein strukturierter Dialog“. Angelehnt an dieses Modell und an die im stationären Bereich angewandten Verfahren H.M.B.– W und Schlichthorst entwickelten Mitglieder des Arbeitskreises „Hilfeplanung“ das Verfahren für Braunschweig.

Das in der Stadt Braunschweig angewandte Hilfeplanverfahren in der vorliegenden Form ist in 2009 vom amtsärztlichen und sozialpsychiatrischen Dienst des Gesundheitsamtes der Stadt Braunschweig überarbeitet worden. Das vorliegende Formular zur Hilfebedarfsermittlung ist in mehreren Workshops mit allen Anbietern der ambulanten Eingliederungshilfe in der Stadt Braunschweig bearbeitet, besprochen und diskutiert worden.

Der rege fachliche Austausch, der durch die gemeinsamen Teilnahmen am Arbeitskreis „Hilfeplanung“ der Stadt Braunschweig möglich ist, sorgt für eine stetige Qualitätsverbesserung sowohl im Rahmen des Ablaufes der Hilfeplanung als auch in der einvernehmlichen Entscheidung über mögliche Förderhilfen und pädagogische Zielsetzungen. Ziel war und ist die Gestaltung einer einvernehmlichen Hilfeplanung zwischen Klient, Kostenträger und Leistungserbringer.

Der vorliegende Leitfaden soll einen Beitrag dazu leisten, das Ziel der einvernehmlichen Hilfeplanung zu erreichen. In dem Leitfaden sind auch die Ergebnisse der drei Workshops (Mai 2009) zu den Themen Bedarfsermittlung eingeflossen.

Das Hilfeplanverfahren soll die Basis für einen intensiven fachlichen Austausch bilden und darüberhinaus eine koordinierte inhaltliche und regionale Planung ermöglichen. Letztendlich wird dies zur Neuorientierung der Hilfen zur Teilhabe von Menschen mit Behinderung führen.

Braunschweig, Juni 2009

Frau Dr. Buhr-Riehm	stellvertr. Amtsärztin
Frau Edler	Dipl. Psychologin, Dipl. Sozialarbeiterin
Frau Engelhardt	Dipl. Sozialpädagogin
Herr Hahn	Koordinator für Sozialpsychiatrie
Herr Lange	Dipl. Sozialpädagoge

# Basis der Hilfeplanung

Im Prozess der Hilfeplanung werden folgende 4 Punkte berücksichtigt:

**Selbstbestimmung/Personenzentrierung**  
**Vereinbarung**  
**Unterstützungsbedarf und Ressourcen**  
**Transparenz**

Diese folgenden Leitsätze veranschaulichen, was dies in der Praxis der Hilfeplanung bedeutet.

## **Selbstbestimmung / Personenzentrierung**

In der individuellen Hilfeplanung rückt die Selbstbestimmung behinderter Menschen in den Mittelpunkt.

Selbstbestimmung / Personenzentrierung in der Hilfeplanung bedeutet folgendes:

- Klient steht im Mittelpunkt
- Klient ist unmittelbar beteiligt
- Klient bestimmt Zeit und Art
- Klient bestimmt Anfang und Ende
- Klient stellt Antrag: „Ich will ambulant betreut werden“
- Klient nennt Bedarf und bestimmt Bedarf
- Klient sagt, welche Unterstützung er benötigt:  
„Das kann ich nicht alleine“, „Das kann ich gut“, „Ich darf anders sein“  
„Ich wähle selbst“; „Keine Hilfe ohne meine Zustimmung“

## **Vereinbarung**

Die Hilfeplanung wird in einem Verständigungs- und Verhandlungsprozess gemeinsam mit dem Klienten entwickelt.

### Vereinbarung in der Hilfeplanung bedeutet folgendes:

- Klient ist gewillt, Hilfe anzunehmen
- Einigung „Wir sind uns einig“; „Einigkeit macht stark“
- Unterschiedliche Einschätzungen werden im Hilfeplan festgehalten.
- Es werden - wenn möglich – Kompromisse / Lösungen gefunden.
- Die Beteiligten unterschreiben den Hilfeplan, schließen einen Vertrag
- Im Hilfeplan wird Verlässlichkeit für alle Beteiligten deutlich.

## **Unterstützungsbedarf und Ressourcen**

In der Hilfeplanung werden gemeinsam mit dem Klienten vorhandene Fähigkeiten und Ressourcen, aber auch bestehende Beeinträchtigungen, aus denen ein Unterstützungsbedarf resultiert, reflektiert.

### Ressourcen und Unterstützungsbedarf in der Hilfeplanung bedeutet folgendes:

- Hilfebedarf auf Ressourcen, die in der Person liegen, aufbauen
- Stärken entdecken: „Ich kann was!“ , „Das kann ich gut“
- Fähigkeiten, Fertigkeiten, Kenntnisse nutzen
- Wünsche und Bedürfnisse eruieren
- Ressourcen und Unterstützung aus dem Umfeld beachten
- Motivierende Formulierung verwenden – insbesondere bei den Unterstützungsbedarfen
- „Das kann ich nicht alleine“; „Das traue ich mir/dir zu“ „Da brauche ich Hilfe“
- Aufnehmen von Fremd- und Selbsteinschätzung (insbesondere bei unterschiedlichen Einschätzungen)
- Beachten des Grundsatzes: „So wenig wie möglich, so viel wie nötig“

## Transparenz

In der Hilfeplanung werden der bestehende Bedarf und die einzelnen Schritte der Hilfeplanung für alle direkt und indirekt Beteiligten nachvollziehbar. Eine solide Grundlage sowohl für die praktische Arbeit als auch für eine Kostenübernahme der erforderlichen Leistungen entsteht.

Transparenz in der Hilfeplanung bedeutet folgendes:

- Die Sprache im Hilfeplangespräch ist für den Klienten verständlich.
- In der schriftlichen Form ist die Sprache für den Klienten – soweit wie möglich – verständlich, aber auch für indirekt beteiligte Dritte (z.B. Kostenträger).
- Nachvollziehbarkeit für alle Beteiligten
- Unterschiedliche Einschätzungen und Auffassungen werden im Hilfeplan festgehalten.
- Umfang und Art der Hilfe muss für Klienten auch transparent sein („Ich weiß, was passiert“).
- Überprüfbarkeit – insbesondere der vereinbarten Ziele - ist gegeben.
- Deutlich wird - WER ist WANN und WO an dem Hilfeplan beteiligt.

**Diese vier Punkte bilden die Basis, das Grundgerüst der individuellen Hilfeplanung. Für eine „tragfähige“ Hilfeplanung ist es notwendig, alle vier Punkte zu berücksichtigen.**

## Fragen zur Hilfeplanung

- Die Hilfeplanung ist kein einmalig stattfindendes Ereignis.
- Bei der Einführung eines individuellen Hilfeplanverfahrens ist in der Anfangsphase vieles neu und ungewohnt für alle Beteiligten. Mit fortlaufenden, wiederkehrenden Hilfeplangesprächen wird sich schrittweise eine Übung und Routine bei den Hilfeplanern und Klienten einstellen.
- Eine übergeordnete, einheitliche und wiederkehrende Struktur bei Hilfeplangesprächen hat einen „Wiedererkennungseffekt“. Eine weitestgehende Mit- und Selbstbestimmung des Klienten wird ermöglicht

### Was muss ich bei der Kommunikation im Hilfeplangespräch beachten?

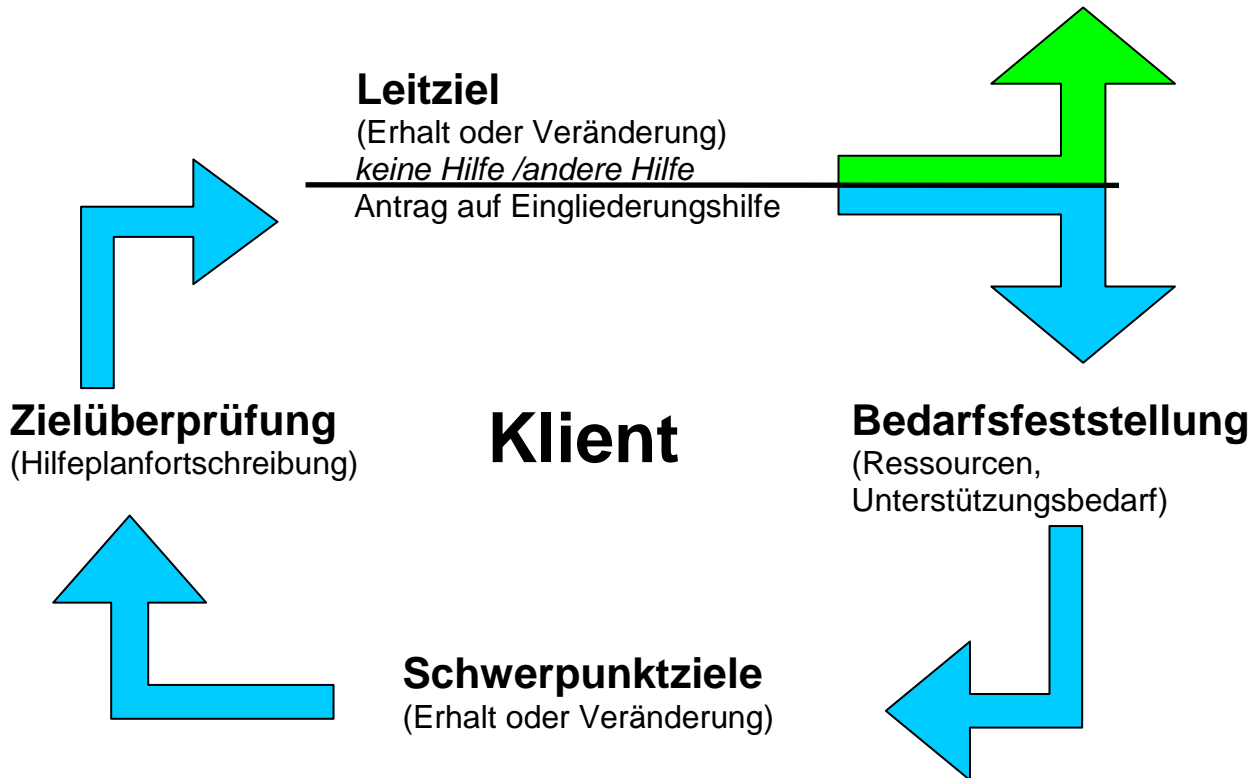
- Es ist wichtig, eine gemeinsame Kommunikations-/Sprachebene zu finden
- Berücksichtigen der Frage "Meinen wir eigentlich dasselbe?".
- Achtung: Fachsprache versus Sprache des Klienten – In Hinblick auf die Transparenz ist sowohl im Hilfeplangespräch als auch in der Verschriftlichung eine für alle Beteiligten verständliche Sprache notwendig.
- Vorsicht vor einer unverständlichen Fachsprache
- Insbesondere bei Klienten mit einer Intelligenzminderung sind Übersetzungen notwendig.

### Was ist, wenn die Beteiligten im Hilfeplangespräch unterschiedlicher Meinung sind?

- Es ist möglich und sinnvoll, im Hilfeplanprozess unterschiedliche Meinungen und Einschätzungen anzuhören und auch dementsprechend festzuhalten.
- Die Tendenz des Menschen, das Bild nach außen zu wahren, kann den geäußerten Hilfebedarf schmälern. Deshalb ist es auch wichtig, die Einschätzung der beteiligten Fachleute aufzunehmen und festzuhalten. Dies ist auch möglich, wenn der Klient sich nicht eindeutig äußert. Hilfreich ist es, soweit wie möglich, motivierende Formulierungen zu verwenden

## Hilfeplankreislauf

Hilfeplanung ist ein Prozess. Dies verdeutlicht folgendes Schaubild:



Ausgangspunkt für den Hilfeplanprozess ist das **Leitziel** des Klienten. Der Klient stellt den Antrag mit der Intention, die derzeitige Situation zu verändern oder den Status quo zu erhalten. In der **Bedarfsfeststellung** wird herausgearbeitet, über welche Ressourcen der Klient selbst verfügt, welche Hilfen im Umfeld gegeben sind und in welchen Bereichen er Unterstützung benötigt. Dies geschieht unter Beachtung des Leitziels des Klienten. Im Rahmen der Hilfeplanung werden ein bis drei konkrete und überprüfbare **Schwerpunkteziele** auf dem Weg zum Leitziel mit dem Klienten vereinbart. In der Fortschreibung der Hilfeplanung erfolgt eine **Zielprüfung** der vereinbarten Schwerpunkteziele. Besteht weiterhin ein Hilfebedarf beginnt der Hilfeplankreislauf von neuem, indem der Klient einen Verlängerungs-**Antrag** stellt. Besteht kein Hilfebedarf im Rahmen der Eingliederungshilfe – z.B. wenn **keine Hilfe** erforderlich ist oder **andere Hilfen** infrage kommen, - endet der Hilfeplankreislauf.

## Elemente der Hilfeplanung

- **Basisdaten / Grunddaten**
- **Bedarfsfeststellung**
- **Zielvereinbarung**
- **Zeiteinschätzung**

### **Basisdaten / Grunddaten:**

Daten, die sich auf den aktuellen Hilfeplan beziehen u.a.:

- Personen, die am Hilfeplan beteiligt sind
- Zeitpunkt des Hilfeplangesprächs
- Zeitraum der beantragten Hilfe
- Vorname, Name, Geburtsdatum des Klienten
- bisherige Wohnsituation
- bisheriger schulischer und beruflicher Verlauf
- Krankheitsverlauf
- Bezugspersonen (mit Qualität der Beziehung, z. B. Häufigkeit und Intensität der Kontakte)
- derzeit genutzte Hilfen (z.B. Ärzte, therapeutische Einrichtungen)
- gesetzliche Betreuung

**Notwendig ist lediglich die Erhebung der für den Hilfeplanprozess relevanten Daten.**

Wenn möglich können hier auch Ressourcen des Klienten im sozialen Umfeld aufgenommen werden, z.B. bei den Bezugspersonen des Klienten (welche Hilfe kann von diesen geleistet werden?) oder bei anderen genutzten Hilfen (z.B. Selbsthilfegruppen).

## Bedarfsfeststellung

### Lebensbereiche:

In dem Verfahren werden vier **Lebensbereiche** mit insgesamt 22 Unterpunkten angesprochen.

- Bewältigung der psychischen Erkrankung / Suchterkrankung / Umgang mit der Behinderung
- Selbstversorgung
- Freizeit- und Kontaktgestaltung
- Tagesstruktur/Arbeit/Rehabilitation

Die Unterpunkte werden in den Arbeitsmaterialien (Bedarfsfeststellung) aufgeführt. Die Inhalte der Unterpunkte werden in der Anlage konkretisiert. Zu jedem Unterpunkt werden in der Hilfeplanung der Unterstützungsbedarf und die Ressourcen des Klienten festgehalten.

### Struktur:

Die Lebensbereiche ermöglichen eine umfassende Betrachtung des Unterstützungsbedarfes und der Ressourcen des Klienten. Die einzelnen Lebensbereiche und Unterpunkte sind strukturgebend. Sie dienen dazu, dem Klienten und allen anderen Beteiligten ein umfassendes und verständliches Bild des Hilfebedarfes zu vermitteln (Achtung: Beachtung des Punktes Transparenz in der Hilfeplanung).

Die Reihenfolge der Lebensbereiche beinhaltet keine Wertigkeit. Für das Hilfeplangespräch ist die Reihenfolge der Lebensbereiche nicht zwingend gemäß dem Vordruck einzuhalten. Es kann mit jedem der Lebensbereiche begonnen werden. Es ist auch möglich, im Hilfeplangespräch zwischen den einzelnen Lebensbereichen zu wechseln.

### Ressourcenorientierung:

Zu den einzelnen Unterpunkten werden in der Hilfeplanung die Ressourcen (eigene Ressourcen des Klienten, Ressourcen im sozialen Umfeld) und der Unterstützungsbedarf ermittelt. Es gibt Bereiche, in denen der Klient keinen Unterstützungsbedarf hat. Im Sinne einer Ressourcenorientierung und zur Motivation des Klienten ist es sinnvoll, hier seine Fähigkeiten und Stärken festzuhalten (Vorsicht vor einer „Defizitorientierung“ / Hilfeplan in dem nur die „Schwächen“ des Klienten auftauchen).

#### Beispiel:



!Vorsicht vor fehlender Ressourcenorientierung!

*Herr P. ist nicht genügend motiviert in der Wäschepflege.*

#### Beispiel:



Ressourcenorientierung :

*Grundsätzlich hat Herr P. Kenntnisse und Fähigkeiten in der Wäschepflege. Er schafft es aber nicht, seine Wäsche regelmäßig selber zu waschen. Um dies zu schaffen, benötigt Herr P. wöchentlich Motivation.*

**Privatsphäre:**

Der Klient hat ein Recht auf Privatsphäre. Der Klient stellt einen Antrag auf Hilfen und benennt dazu seinen privaten Unterstützungsbedarf. Die Benennung des Bedarfes erfordert nicht eine detaillierte Beschreibung intimster persönlicher Probleme (bspw. Klient benennt einen Unterstützungsbedarf in Partnerschaftsfragen, er selbst bestimmt über die Art und Form und Intensität der Dokumentation).

**Einstellung:**

Im Hilfeplan werden die unterschiedlichen Einstellungen aufgeschrieben. Der Wunsch der Klienten ist maßgebend (Personenzentrierung), das soll nicht ausschließen, dass einvernehmliche Lösungen im Hilfeplanverfahren ausgehandelt werden.

**Beispiel:**Umgang mit Suchtmitteln:

*Herr P. ist Raucher, weiß um die Problematik des Rauchens.*

*Er habe geplant, irgendwann das Rauchen aufzugeben. Aktuell wünscht Herr P. keine Unterstützung, der Bereich tritt in den Hintergrund. Gespräche über die Langzeitfolgen des Rauchens sind dennoch nicht ausgeschlossen.*

**Hilfen im Umfeld:**

In der Hilfeplanung werden Hilfen im Umfeld des Klienten miteinbezogen, zum Beispiel Hilfen von Angehörigen.

Hat der Klient einen gesetzlichen Betreuer, wird in der Hilfeplanung aufgenommen, welche Hilfen der gesetzliche Betreuer und welche die ambulante Betreuung leistet. Der gesetzliche Betreuer erledigt stellvertretend für den Klienten bestimmte Angelegenheiten, z.B. behördlichen Schriftverkehr. In der ambulanten Betreuung werden gemeinsam mit dem Klienten die Angelegenheiten erledigt mit dem Ziel der größtmöglichen Selbständigkeit.

Die Hilfen im Umfeld werden im Text zu den einzelnen Unterpunkten festgehalten. Bei der Wahl der Hilfeart wird ausschließlich die Unterstützung durch die Ambulante Assistenz (im Rahmen der Eingliederungshilfe) gekennzeichnet.

## Hilfearten

Zu jedem Unterpunkt der Lebensbereiche wird eine Hilfeart ausgewählt.

Die Hilfearten stehen nicht für sich alleine, sondern stehen in Zusammenhang mit den Erläuterungen des Hilfeplans (Logikprüfung!).

Hilfearten haben keine direkte Auswirkung (kein „Rechnen“) auf die zeitliche Dimension.

### 0 **keine Hilfe**

### 1 **Info und Beratung**

Informationen und Beratung über z. B. Einkaufsmöglichkeiten, Reparaturmöglichkeiten und Vorratshaltung

Beobachtung und Einschätzung über Verhaltensalternativen, z. B. Broschüre aushändigen.

### 2 **Erschließung , Erhaltung von Hilfen im Umfeld**

Erschließung, Erhalt von Hilfsmöglichkeiten im sozialen Umfeld, z. B. Angehörige, Termine machen

### 3 **Individuelle Planung**

Motivation und individuelle Planung, Bearbeitung von Enttäuschungen und Konflikten, regelmäßige Gespräche im Beratungssetting, z. B. vorbereitende Gespräche für den Besuch der Kontaktstelle und evtl. einmalige Begleitung

### 4 **Begleitende übende Unterstützung**

unterstützende und übende Begleitung zur Erweiterung und/oder zur Strukturierung der individuellen oder persönlichen Ressourcen, z. B. regelmäßiges gemeinsames aufsuchen von sportlichen Aktivitäten.

### 5 **Regelmäßiges intensives individuelles Angebot**

Längerfristige, intensive Begleitung zur Schaffung und Sicherung der Strukturen des Lebensumfeldes

## Zielvereinbarung

### Was ist ein Ziel und wozu werden Ziele gebraucht?

Zunächst ist eine Verständigung darüber notwendig, was ein Ziel sein kann. Dabei gibt es zwei unterschiedliche **Arten** von Zielen:

#### Veränderungsziele:

- Das Ziel ist auf die Veränderung eines bestehenden Zustandes ausgerichtet. Das Ziel bezeichnet dann den Unterschied zwischen dem Zustand wie er besteht (im Hier und Jetzt) und dem Zustand wie er sein sollte (dem erstrebenswerten Zustand in der Zukunft).

#### Stabilisierungsziele:

- Das Ziel ist auf die Stabilisierung eines bestehenden Zustandes ausgerichtet. Das Ziel bezeichnet dann die Erhaltung des bestehenden Zustandes, z.B. wenn bereits eine zufrieden stellende Lebenssituation erreicht wurde und diese erhalten werden soll.

Neben diesen Zielarten gibt es **Zielebenen**.

In dem Hilfeplanverfahren in der Stadt Braunschweig werden zwei Zielebenen betrachtet:

#### Leitziel

#### Schwerpunktziele

Davon getrennt werden die Maßnahmen, mit denen die Ziele erreicht werden sollen.

Im Hilfeplanprozess ist eine Verständigung der Beteiligten darüber notwendig, welche Ziele verfolgt werden sollen. Es werden gemeinsame, von allen akzeptierte und mitgetragene Ziele vereinbart. Dies ist wichtig und notwendig für eine Abstimmung der Richtung der Hilfeplanung.



## Leitziel

Das Leitziel stellt den Handlungsrahmen dar. Mit Hilfe von Leitzielen erfolgt eine gemeinsame Verständigung mit dem Klienten „wohin der Hilfeprozess geht“ – sie dienen gewissermaßen als Leuchtturm. Dabei ist eine Abstimmung des Leitziels notwendig.

### Beispiele

- *Erhalt der selbständigen Lebensform in der eigenen Wohnung.*
- *Erreichen einer höheren Selbständigkeit im Bereich der sozialen Kontakte.*
- *Höhere Eigenverantwortung in der Verwaltung des Geldes.*
- *Selbständiges Leben in der eigenen Wohnung ohne Unterstützung durch eine ambulante Betreuung.*

### Schwerpunkteziele:

Bedarfsvereinbarung und Schwerpunktplanung sind untrennbar miteinander verknüpft und beinhalten eine gegenseitige Wechselwirkung.

In der Schwerpunktplanung werden gemeinsam mit dem Klienten i.d.R. bis zu drei konkrete und überprüfbare Ziele vereinbart. Die Beschränkung auf drei Schwerpunktziele verhindert eine Überbelastung des Klienten (und auch des Leistungserbringers!).

Bei den Inhalten der Schwerpunktziele ist es wichtig, dass sie in den Kontext der Leitziele eingebettet sind. Im Gegensatz zum Leitziel sind diese Schwerpunktziele konkret formuliert.

### SMART-Kriterien

Die SMART Kriterien stellen eine Hilfe dar zur Reflektion der vereinbarten und schriftlich festgehaltenen Schwerpunktziele:

#### Spezifisch

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

#### Messbar

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

#### Attraktiv

(akzeptabel, attraktiv, motivierend, anspruchsvoll)  
Vorsicht: Ziel ohne den Klienten formuliert?

#### Realistisch

(widerspruchsfrei, erreichbar)  
Vorsicht vor Überforderung des Klienten!

#### Terminiert

(zeitlich eingegrenzt)  
Vorsicht bei unbestimmten Zeitbegriffen!

### Beispiel:



!Vorsicht vor **UnSMARTen** Zielen !

*z.B.: Herr P. soll schnell eine bessere vollkommen eigenständige Grundversorgung erlernen:*

Schwammig:	Was bedeutet Grundversorgung?
Unbestimmt:	Was bedeutet „bessere“? Mit welchen Kriterien wird das Ziel überprüft?
Ohne Klient:	Würde der Klient das Ziel auch mit „soll... erlernen“ formulieren?
Überforderung:	Kann der Klient die „vollkommen eigenständige“ Versorgung erreichen?
Unbestimmt:	Was bedeutet „schnell“?

### Beispiel:



**SMARTes** Ziel:

*Innerhalb eines Zeitraums von einem halben Jahr will Herr P. erreichen, dass er einmal in der Woche auf dem Wochenmarkt eigenständig die von ihm benötigten Lebensmittel einkauft.*

Spezifisch:	Ein konkretes Ziel ist benannt – selbständiger Einkauf von benötigten Lebensmitteln.
Messbar:	Nach einem halben Jahr ist überprüfbar, ob Herr X. die Lebensmittel eigenständig einkauft.
Attraktiv:	Herr X. ist an der Zielvereinbarung beteiligt, er „will“ das Ziel erreichen.
Realistisch:	Das Ziel ist eingegrenzt auf einen Bereich der Grundversorgung.
Terminiert:	Das Ziel ist vereinbart für den Zeitraum von einem halben Jahr.

## Zielprüfung

### Fortschreiben der Hilfeplanung

Der Hilfeplan wird immer für einen festgelegten Zeitraum vereinbart. Nach Ablauf dieser Zeit wird der Hilfeplan „fortgeschrieben“.

Bei der Fortschreibung der Hilfeplanung werden gemeinsam mit dem Klienten die im davor liegenden Hilfeplan vereinbarten Ziele überprüft.

Dabei sind folgende Fragestellungen wichtig:

- Was ist im zurückliegenden Zeitraum erreicht worden?
- Ist das Ziel vollständig erreicht?
- Wenn das Ziel nicht oder nur zum Teil erreicht worden ist:  
Aus welchen Gründen ist das Ziel nicht erreicht worden? (z.B. Ziel war zu hoch gesetzt)

Bei der Fortschreibung der Hilfeplanung sind zwei Schritte notwendig:

- Zielprüfung
- Vereinbarung von aktuellen Zielen

Wichtig ist für die Überprüfung der Ziele, dass die Zielerreichung auf Blatt 1 Bedarfsfeststellung ausformuliert ist. Bei Teilerreichung oder Nicht-Erreichung ist eine plausible Begründung notwendig.

**Beispiel:**

*Innerhalb eines Zeitraums von einem halben Jahr will Herr P. erreichen, dass er einmal in der Woche auf dem Wochenmarkt eigenständig die von ihm benötigten Lebensmittel einkauft.*

Zielprüfung:

Was ist erreicht worden?

*Herr P. geht selbständig einmal in der Woche auf dem Wochenmarkt einkaufen, er weiß, wo die einzelnen Stände mit den Lebensmitteln sind und kann selber die Lebensmittel auswählen. Er benötigt für den direkten Einkauf keine Hilfe mehr. Er benötigt weiterhin Beratung, um für sich zu klären, welche Lebensmittel er für die Woche benötigt.*

Aktuelle Zielvereinbarung:

*Herr P. will nach einem halben Jahr einen Überblick darüber haben, welche Lebensmittel er für eine Woche benötigt.*

Indikator für die Zielerreichung:

*Dass er sein Ziel erreicht hat, merkt Herr P. daran, dass es ihm gelingt, den Einkaufszettel für den wöchentlichen Einkauf selbständig zu erstellen und mit den eingekauften Lebensmitteln auszukommen.*

## **Zeiteinschätzung**

### **Festlegung des zeitlichen Bedarfes**

Die **zeitliche Dimension** des Hilfebedarfes wird gemeinsam festgelegt. Dabei sind folgende Faktoren ausschlaggebend:

- der erläuterte Bedarf,
- die Hinweise auf mögliche Hilfen,
- die Schwerpunktplanung.

Nur die Gesamtschau aller Faktoren ergibt ein gemeinsam vereinbartes Zeitkontingent. Das Hilfeplanverfahren ist kein Rechenmodell. Die einzelnen Hilfearten sind nicht mit Zeiten / Punkten oder ähnlichem hinterlegt. Die Festlegung der Zeit ist eine Einschätzung. Notwendig ist, dass diese Einschätzung aus den festgehaltenen Informationen nachvollziehbar wird (Transparenz).

Folgende Beispiele sollen verdeutlichen, dass es für eine Nachvollziehbarkeit der Hilfeplanung und insbes. des zeitlichen Bedarfes notwendig ist, den Unterstützungsbedarf in den Erläuterungen transparent darzustellen. Es wird an dieser Stelle keine Aussage zur konkreten Zeit getroffen, da für den Lebensbereich insgesamt ein Zeitkontingent vereinbart wird und nicht für jeden Unterpunkt.

**Beispiel:**



**! Fehlende Transparenz !**

*Herr P. braucht Begleitung beim Einkauf.  
Hilfeart: intensive Förderung bzw. Anleitung*

Aus dieser Beschreibung lässt sich eine zeitliche Einschätzung zum Bedarf nicht ableiten.

Für eine Nachvollziehbarkeit einer zeitlichen Einschätzung fehlen Informationen (z.B. ob bei allen Einkäufen Begleitung benötigt wird oder nur beim Einkauf von besonderen Waren.

**Beispiel:**



**!Transparenz!**

*Herr P. kauft selbständig seine Lebensmittel und Dinge des alltäglichen Bedarfes ein. Er ist sich unsicher beim Bekleidungsseinkauf. Als ein Schwerpunktziel hat er mit der ambulanten Betreuung vereinbart, dass er den Bekleidungsseinkauf zukünftig selbständig planen und erledigen möchte.*

*Notwendig und von Herrn P. gewünscht ist dabei zu Anfang eine direkte Begleitung beim Einkauf.*

*Hilfeart: anleiten, begleiten, trainieren*

Oder

*Notwendig und von Herrn P. gewünscht ist dabei eine Beratung, welche Kleidungsstücke aussortiert werden können und welche er neu kaufen kann. Den Bekleidungsseinkauf erledigt er selbständig.*

*Hilfeart: intensive Förderung/Anleitung*

*Oder*

*Herr P. ist gerade in seine erste eigene Wohnung gezogen. Er hat noch nie selbständig für sich Lebensmittel eingekauft und kennt auch noch nicht die Geschäfte im Umfeld seiner Wohnung. Er benötigt zunächst Begleitung beim Einkauf, geplant ist diese im Verlauf von 12 Monaten schrittweise zu reduzieren.*

*Hilfeart: intensive Förderung/Anleitung*

Aus der Hilfeart in Verbindung mit dem Unterstützungsbedarf und den Ressourcen lässt sich eine zeitliche Einschätzung nachvollziehen (Transparenz).

Dabei kann bei der gleichen Hilfeart ein unterschiedliches Zeitkontingent benötigt werden.

## **Vereinbarungen innerhalb der Stadt Braunschweig**

### **Die 4-Stunden-Regelung**

In der Stadt Braunschweig wurde im Arbeitskreis „Hilfeplanung“ vereinbart, dass die Anbieter 4 Stunden für die Bedarfsfeststellung abrechnen können. Diese Absprache gilt für Neuanträge.

Die Klienten stellen einen Antrag auf ambulante Betreuung bei der Eingliederungshilfe, dort werden die Anspruchsvoraussetzungen geprüft und in diesem Rahmen wird das Gesundheitsamt beauftragt, die Zugehörigkeit zum Personenkreis nach SGB entsprechend ihrer Behinderung abzuklären. Nachdem dies erfolgt ist, kann der Klient einen (passenden) Anbieter wählen und mit diesem gemeinsam die Bedarfsfeststellung erstellen.

### **Hilfeplangespräch**

Die Mitarbeiter des Gesundheitsamtes führen die Hilfeplangespräche. Die Klienten werden zu dem Gespräch eingeladen, mit dem Angebot, eine Person ihres Vertrauens mitzubringen. Die gesetzlichen Betreuer werden bei entsprechendem Wirkungskreis mit eingeladen.

Das Hilfeplangespräch findet auf der Basis der Bedarfsfeststellung statt.

### **Stundenkontingent**

Zum Abschluss der Hilfeplangespräche werden im Rahmen der Zielvereinbarung Stundenkontingente festgelegt. Diese gelten als Pauschale für einen Monat. Zum Beispiel kann bei Bedarf in einer Woche eine Stunde geleistet werden und in der nächsten 3 Stunden. Abgerechnet wird zum Monatsende.

Bei nicht vorherzusehenden Problemen, kann in Absprache mit dem Leistungsträger das Monatskontingent kurzfristig erhöht werden.

**Anlage**

**Bedarfsfeststellung**

## Hilfebedarf „Ambulante Betreuung“

Klient/Klientin	
Geburtstag	
Familienstand / in der Wohnung lebende Personen	
Gesetzliche/r Betreuerin/Betreuer	

Ambulante/r Betreuerin / Betreuer Telefon und E-Mail	
Institution	

Gesamtbedarf Stunden im Monat	bisher:	neu beantragt:
-------------------------------	---------	----------------

### Leitziel

Ziele/ Zielerreichung aus der letzten Hilfeplanung vom:

(eine fachliche Kommentierung oder Bewertung der formulierten Ziele ist nicht erwünscht)

## **Bewältigung der psychischen Erkrankung / Suchterkrankung / Umgang mit der Behinderung**

### **Krankheits- und Behinderungsverständnis** sowie *Umgang mit der Behinderung*

- *Ist die Krankheitseinsicht vorhanden? Ja/nein*
- *Erkennen akuter Krankheitsphasen*
- *Akzeptanz der Erkrankung*
- *Wissen und Informationen über die Erkrankung*
- *Positive/negative Grundeinstellung / Selbstwertgefühl*
- *Sucht und psych. Erkrankung*
- *Wie wird die Behinderung erlebt?*

### **Krankheitsbewältigung**

- *Information über Hilfsangebote*
- *Inanspruchnahme von Hilfen*
- *Offener Umgang mit der Erkrankung? (spricht darüber?)*
- *Erlittene Traumata aufgrund von Stigmatisierung, chronischem Über- oder Unterforderungserlebnis*
- *Einstellung, z. B. zur Abstinenz*
- *Bereitschaft zur Veränderung*
- *Zielvorstellungen für weitere Zukunft (Lebensperspektive, welchen Stellenwert hat Erkrankung)*
- *Nutzen/Einsatz der Ressourcen*
- *Belastungssituationen erkennen und handeln (Frühwarnsignale, Krisenplan)*

### **Inanspruchnahme medizinischer / psychiatrischer Hilfen Medikation und ggf. Nebenwirkungen**

- *Regelmäßige Arztbesuche (Betreuung der Behandlung, alleine /mit Begleitung, Teilnahme am Arztgespräch)*
- *Medikamentencompliance / Medikamenteneinnahme*
- *Inanspruchnahme von Therapien*
- *Organisation Arztbesuche (Termin, Rezepte, Hin- und Rückweg etc.)*
- *Welche Medikamente, Nebenwirkungen, wie lange?*
- *Annahme/Ablehnung medizinischer Hilfen*
- *Kennt und nutzt „Anlaufstellen“*
- *Grundeinstellung zu medizinischer Behandlung*

## **Umgang mit Suchtmitteln (auch Rauchen)**

- *Welche Suchtmittel?*
- *Wie oft und seit wann?*
- *Motivation vorhanden etwas zu ändern?*
- *Realistische Einschätzung?*
- *Soziale Auffälligkeiten (Belästigung, Werkstattbeschwerden, Unfälle, Verwahrlosung, Geldsorgen,...)*
- *Zurückliegende Therapien*
- *„Erfolge“ / Trockenphasen*
- *Wissen um die Folgen*
- *Funktion des Suchtmittels*
- *Getroffene Absprachen/Vereinbarungen mit Arbeitgeber/Betreuer/Familie*

---

## **Selbstgefährdendes / selbstverletzendes Verhalten und Suizidalität**

- *Suizidversuche / Suizidgedanken / Suiziddrohungen*
- *Autoaggressives Verhalten, Häufigkeit, Form/Art, bewusst/unbewusst, in welchen Situationen?*
- *Gefährdung durch Zwangshandlungen*
- *Verweigerung von Medikamenten, ärztl. Behandlung, Nahrung*

---

## **Konfliktträchtiges Verhalten**

- *Konflikte / laufende Verfahren*
- *Schwierigkeiten mit Mitbewohnern, Bekannten, Familie etc.*
- *Häufigkeit*
- *Z. B. Lärmbelästigung, Geruchsbelästigung, Tendenz zur Vermüllung ...*
- *Einsicht*
- *Ursache krankheitsbedingt? Behinderungsbedingt? Beziehungsbedingt?*
- *Folgen (Strafverfolgung..)*

---

## **Fremdgefährdendes Verhalten**

- *Aggressionen*
- *Bedrohungen*
- *Wann, wo?*
- *In Verbindung mit Suchtmitteln?*
- *In welchen Situationen?*
- *Krisenplan*

## **Tages- und Nachtrhythmus**

- Schlafstörungen
- Ursachen (medikamentös?)
- Können Termine zuverlässig wahrgenommen werden?
- Phasenweise oder kontinuierlich gestört? Von Krankheitsphasen beeinflusst?
- Schlaf- und Ruhebedürfnis
- Zeitliche Orientierung
- Selbsteinschätzung
- Auswirkungen auf die Tagesstruktur, Zusammenhang mit Tagesstruktur
- Auswirkungen auf die Zusammenarbeit mit dem amb.soiz. Betreuer? Wann finden Treffen statt?

## **Selbstversorgung**

### **Ausdrucksfähigkeit**

- In der Lage, sich schriftlich und/oder verbal mitzuteilen?
- Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit, z. B. in Stresssituationen?
- Behörden und Ärzten?
- Bisher? Was soll sich ändern?
- Sinneseinschränkungen, z. B. hören, sehen, Sprechen
- Mangelnde Deutschkenntnisse, Fremdsprachenkenntnisse
- Situationsangemessene Formulierungen, z. B. Gesprächseröffnung
- Gefühle und Bedürfnisse ausdrücken
- Körpersprache
- Gesprächsinhalte / Textinhalte lesen/erfassen und darstellen können

### **Ernährung, Körperpflege und / oder Kleidung**

- Wissen über gesunde Ernährung, Kenntnis über verdorbene Lebensmittel
- Lebenssituationsangepasste Ernährung, z. B. Diabetes, Schwangerschaft etc.
- Essverhalten (Regelmäßigkeit, Menge, Ausgewogenheit)
- Selbstständig einkaufen, Einkaufsplanung, Bedarf erkennen
- Umgang mit Geräten, Mahlzeiten zubereiten
- Grundkörperpflege (regelmäßig einschl. Zahnpflege, Erkennen der Notwendigkeit)
- Kenntnis über Körperpflegemittel/Kosmetika
- Beachtung spezieller Pflegeaspekte, z. B. Neurodermitis
- Möglichkeit zum Waschen / Wäsche sortieren, zusammenlegen, einräumen
- Witterungsangemessene Kleidung, Zustand der Kleidung

### **Umgang mit Geld / Einkaufen**

- *Erkennt den Wert des Geldes*
- *Geldeinteilung (z. B. gesetzlicher Betreuer), Überblick, sparen*
- *Eigenständige Beschaffung von Finanzmitteln (Geldautomat, Kontoauszug, Onlinebanking)*
- *Rechenfähigkeit*
- *Verschuldung / Schuldenregulierung*
- *Einkaufsplanung (Einkaufszettel) / Preisbewusstes Einkaufen*
- *Art des Einkaufs (Alkohol, Markenbekleidung)*
- *Adäquate Mengeneinschätzung beim Einkauf*
- *Einkaufsbegleitung notwendig?*

### **Reinigung und/oder Gestaltung der Wohnräume**

- *Regelmäßiges Reinigen (selbstständig ja/nein)*
- *Anleitung zum Reinigen, Ansprache*
- *Werden Notwendigkeiten erkannt?*
- *Hält Wohnung in vertragsgerechtem Zustand (Mietvertrag/Hausordnung)*
- *Haushaltshilfe?*
- *Sammeln von Dingen (bis hin zu „Messieverhalten“)*
- *Lüften*
- *Einrichtung der Wohnung*
- *Ist ausreichend Mobiliar vorhanden?*
- *Finanzielle Ressourcen*
- *Zufriedenheit mit der aktuellen Lebensform/Wie möchte ich in Zukunft wohnen?*
- *Eigenständiges Gestalten (gemütlich/persönlich) und gestalterische Hilfe*

### **Mobilität und Orientierung**

- *Zeitliche/örtliche Orientierung und Zeiträume abschätzen können*
- *Nutzung Öffentlicher Verkehrsmittel/ Nutzung privater Verkehrsmittel*
- *Stadtpläne/Wegbeschreibung lesen*
- *Kenntnis der nahversorgenden Infrastruktur*
- *Verkehrssicherheit und notwendige Begleitung*
- *Unbekannte Orte erschließen/alternative Wegstrecken einschätzen*

### **Körperliche Aktivitäten**

- *Körpergefühl, Spaß an Bewegung, Sport*
- *Erkennen und Akzeptieren von eigenen Grenzen*
- *Gewicht, Gesundheit, ärztliche Empfehlungen*
- *Diverse Bewegungsarten, z. B. mit dem Hund spazieren gehen*

## **Wohnraumsicherung, Inanspruchnahme von Dienstleistungen und Sicherung rechtlicher Ansprüche**

- *Erkennen der Zuständigkeiten, Erfassung komplexer Sachverhalte*
- *Einhalten von Mietzahlungen und Terminen z. B. Ablesetermine*
- *Umgang mit Post (geöffnet, weitergeleitet, verstanden) Schriftverkehr, Telefonate*
- *Behördenangelegenheiten (Zeitgerechte Antragsstellung, Einhalten von Fristen, Ausfüllen von Formularen)*
- *Abgrenzung zum gesetzlichen Betreuer/Kooperation /was macht der amb. Betreuer, was der gesetzliche?*
- *Ordnen und Verwahren von Unterlagen*

## **Freizeit- und Kontaktgestaltung**

### **Engerer Lebens- und Wohnbereich**

- *Aktuelle Wohnsituation, z. B. WG, alleine oder Elternhaus*
- *Nachbarschaft*
- *Kontaktaufnahme und -pflege*
- *Umgang mit Konflikten*

### **Partnerschaftliche und /oder familiäre Beziehungen**

- *Mit wem Kontakt?*
- *Freundes- und Bekanntenkreis*
- *Aufbau und Erhalt von Beziehungen*
- *Ist der Kontakt ausreichend, Wunsch nach mehr oder soll es so bleiben?*
- *Form des Kontaktes*
- *Umgang mit Konflikten*
- *Umgang mit der eigenen Sexualität / Familienplanung*

### **Außenkontakte und / oder Teilhabe am gesellschaftlichen Leben**

- *Information über Angebote*
- *Teilnahme an Gruppenangeboten der ambulant betreuenden Institutionen*
- *Aktivitäten in Vereinen, Selbsthilfegruppe, Institutionen*
- *Nutzung kultureller Einrichtungen o. Angebote (selbstständig oder mit Begleitung)*
- *Nutzung von Medien (Fernseher, Tageszeitung, Radio, PC und Internet)*
- *Organisation von Urlaub und Reisen*
- *Teilnahme an Tagesfahrten*

---

### **Hobbies, Interessen, Neigungen**

- *Welche Interessen, Hobbies und Neigungen?*
- *Wie verbringt er/sie die Freizeit?*
- *Kann er/sie sich selbst beschäftigen?*
- *Beschäftigung lieber allein oder mit anderen?*

---

## **Tagesstruktur / Arbeit / Rehabilitation**

### **Suche und Aufnahme einer Tagesstrukturierung**

- *Wie sieht die aktuelle Tagesstruktur aus? Wie wird der Tag gestaltet?*
- *Unterstützung notwendig um die Struktur zu entwickeln, beizubehalten oder neue Strukturen aufzubauen?*
- *Ist die Tagesstruktur selbst entwickelt oder von außen bestimmt?*

---

### **Suche und Aufnahme einer Arbeit und/oder beruflichen Reha**

- *Arbeitsfähigkeit/Rente?*
- *Ist eine Ausbildung vorhanden?*
- *Ausübung einer Tätigkeit und die Rahmenbedingungen*
- *Gibt es Einschränkungen bei der Auswahl der Tätigkeiten?*
- *Status auf dem Arbeitsmarkt*
- *Kontakt und Inanspruchnahme zu Vermittlungs- und Qualifizierungsdiensten*

---

### **Belastbarkeit, Konzentrations- und Merkfähigkeit**

- *Beeinträchtigung, z. B. durch Medikamente?*
- *Hirnorganische Beeinträchtigungen?*
- *Wie machen sich Konzentrations- und Merkfähigkeitsstörungen bemerkbar?*
- *Bisherige Erfahrungen mit Training und edukativen Programmen?*

**Datum:**

---

Leistungserbinger  
(Institution, Name und Unterschrift)

Leistungsempfänger

**Hilfeart:**

- 0 – keine Hilfe erforderlich / gewünscht
- 1 – Information und Beratung
- 2 – Erschließung, Erhaltung von Hilfen im Umfeld
- 3 – individuelle Planung, Beobachtung, Rückmeldung
- 4 – begleitende, übende Unterstützung
- 5 – intensive Förderung / Anleitung

**Leitfragen für die Hilfeplanung :**

- Wird in dem Hilfeplan deutlich, dass ich zusammen mit dem Klienten geplant habe?
- Gibt es unterschiedliche Einschätzungen und habe ich diese festgehalten?
- Habe ich festgehalten, was der Klient kann?
- Wird auch einem nicht am Gespräch beteiligten Dritten deutlich, welchen Unterstützungsbedarf der Klient hat?
- Will der Klient das vereinbarte Ziel erreichen?
- Ist das Ziel positiv formuliert?
- Kann ich das Ziel nach der vereinbarten Zeitspanne überprüfen?
- Kann ein nicht am Gespräch beteiligter Dritter die Zeiteinschätzung nachvollziehen?
- Habe ich Hilfen außerhalb der ambulanten Betreuung beachtet?