

ICF Anwenderkonferenz 2019

Leistung und Leistungsfähigkeit - sozialmedizinische und praktische Aspekte

Matthias Schmidt-Ohlemann

Input zum Workshop „Leistung und Leistungsfähigkeit“

Stendal 7. März 2019

Überblick „Leistung und Leistungsfähigkeit“

- I. Aspekte aus der Anwendung in der Rehabilitation und Sozialmedizin
- II. Bedarf und Bedarfsermittlung
- III. Zum Verhältnis von Leistung und Leistungsfähigkeit anhand von Kontextanalysen- Erfahrungen am Beispiel des Vergleiches zweier Kollektive aus dem Rehaszentrum Bethesda
- IV. praktische Aspekte der Teilhabeplanung:
Teilhablesicherungskonzepte
- V. Leistung und Leistungsfähigkeit in der Eingliederungshilfe

I. Aspekte aus der Anwendung in der Rehabilitation und Sozialmedizin

Leistungsfähigkeit: Überlegungen zum Begriff

Begriff der Leistungsfähigkeit ist nicht ganz klar:

- **ICF-Definition: Potentiell mögliche Leistung in einer Situation, die durch Standardumgebung oder hypothetische ideale oder Testbedingungen (Kontextfaktoren) gekennzeichnet ist.**
- **Handlungstheorie (Nordenfeld): Leistungsfähigkeit bedeutet, dass die inneren, also personalen Voraussetzungen für eine Handlung gegeben sind. Um zur Handlung (= Leistung, Performance) zu kommen sind 2 weitere Bedingungen notwendig**
 - **ermöglichende KF (Förderfaktoren vorhanden, Barrieren fehlen)**
 - **Handlungsbereitschaft (Wille)**
- **Also geht es um**
 - **Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit im Beruf? oder**
 - **Beeinträchtigung der Realisierung der Leistungsfähigkeit Im Beruf?**
- **Leistung ist das, was der Mensch unter seinen gegebenen Lebensbedingungen tut und als Handlung in einer Situation beobachtet werden kann.**
- **Man kann jedoch weder aus der Leistung auf die Leistungsfähigkeit schließen noch umgekehrt.**

Biopsychosoziales Modell (ICF) und Teilhabe: Abhängigkeit von Kontextfaktoren (Behrens et al. 2013)

Beispiel: Inkomplett querschnittgelähmt im Rollstuhl im Hunsrück oder in Berlin:

Bei mittlerer Beeinträchtigung der Funktion können die Aktivitäten stärker und die Teilhabe sehr stark beeinträchtigt sein.

Funktion 0/.....X...../10
Aktivitäten 0/.....X...../10
Teilhabe 0/.....X../10
(Grad der Beeinträchtigung (x) in einer Skala von 0-10)

Bei gleicher Beeinträchtigung der Funktionen können die Aktivitäten weniger stark beeinträchtigt und die Teilhabe in sehr hohem Umfang möglich sein . [1]

Funktion 0/.....X...../10
Aktivitäten 0/.....X...../10
Teilhabe 0/...X...../10
(Grad der Beeinträchtigung (x) in einer Skala von 0-10)

[1] Zudem kann die Fähigkeit zur Teilhabe von der praktizierten Teilhabe abweichen. Die ICF kennt dafür den Unterschied zwischen Capacity und Performance und zur Beschreibung und Erklärung der Unterschiede in der Beeinträchtigung der Teilhabe die Methode der systematischen Variation der Kontextfaktoren.

Leistungsfähigkeit vs. Leistung

Leistungsfähigkeit: Vermutete Leistung in einer Situation, die gekennzeichnet sind durch:

- Standardumwelt oder
- Hypothetische ideale Bedingungen oder
- Testbedingungen oder
- Andere Bedingungen, als sie in der aktuellen Lebenssituation oder der Standardumwelt gegeben sind, aber durchaus realistisch sein und ggf. hergestellt werden können

➔ Denken in Variation der Kontextfaktoren

➔ Denken in Variation der Schädigung: Strukturebene und Funktionsebene

➔ Denken in Variation der Aktivitäten

Leistungsfähigkeit ist also eine theoretische Konstruktion.

Leistung hingegen ist beobachtetes Verhalten bzw. Handlung und verlangt eine Beschreibung der Situation in allen ICF Dimensionen.

Welche Umwelt soll wann angenommen werden?

Teilhabe

- Teilhabe wird definiert **als Einbezogensein in eine Lebenssituation.**
- Teilhabe meint im umfassenden Sinne die **Möglichkeit des Individuums**, in der Gesellschaft als deren Teil und **als Subjekt zu handeln**, d.h. die ihm wichtigen und von seinem Umfeld erwarteten Rollen, Aufgaben, Funktionen und Aktivitäten in einer Gesellschaft auszuüben bzw. dazu befähigt und in die Lage versetzt zu sein.
- Dazu gehört auch das Gefühl, d.h. die subjektive Realisierung, tatsächlich **einbezogen** zu sein („enhanced sense of belonging“)

Teilhabe

- Teilhaben kann ein Mensch dann, wenn er zu **solchen Aktivitäten befähigt** ist, die er sich **auf der Basis der eigenen Lebensgeschichte** und unter je **konkreten Lebensbedingungen** in seinem persönlichen Lebensführungskonzept **konkret vorstellen und mehr oder weniger praktisch umsetzen kann**, und zwar in den verschiedenen Situationen der Lebenswelt, so z. B. bei der unmittelbaren Lebensführung und Selbstversorgung, in der Wohnung, in der Familie, in Schule und Beruf und heute ganz wesentlich in den virtuellen Sozialen Netzwerken, dem Internet und der Welt der medial vermittelten Aktivitäten.
- D. h.: Diese Fähigkeiten zur Teilhabe (und das dazu in die Lage versetzt sein) sind in **allen Lebensbereichen und vielfältigen Situationen** zu entwickeln.
- Dabei bedarf es eines eigenen und im Falle erworbener oder sich verändernder Schädigungen **eines neuen Konzeptes der Lebensführung**.
- **Jeder Mensch kann teilhaben, unabhängig von der Schwere seiner Beeinträchtigungen**
- **Rehabilitation zielt deshalb nicht darauf ab, eine Person teilhabefähig zu machen sondern Teilhabe zu ermöglichen.**
- **Dabei können Sozialleistungen sowohl auf die Leistung (als Praxis der Teilhabe) zielen als auch auf die Schaffung der Möglichkeiten für die Teilhabe bei Modifikation der Situation, ggf. diese herzustellen**
- **Es geht dann um die Erhöhung der Freiheitsgrade für individuelles Handeln.**

Beschreibung von Teilhabe = Beschreibung von Situationen

Einbezogenheit in eine Situation

Teilhabe kann nicht beschrieben werden ohne die Beschreibung von Situationen bzw. ein sich in die Situation Hineinversetzen, ggf. hypothetisch

Beschreibung der Situation:

- Welche ist konkret vorhanden**
- Welche ist gemeint**
- Welche ist gewünscht**
- Welche ist möglich**

II. Bedarf und Bedarfsermittlung

Jeweils Leistungsfähigkeit und Leistung Bedarfsermittlung nach § 13 Abs. 2 SGB IX

- 1. Beschreibung der Behinderung/eigentlich Beeinträchtigung**
 - 1. Schädigungen/Beeinträchtigungen**
 - 2. Aktivitäten**
 - 3. Kontextfaktoren**
- 2. Beschreibung der Beeinträchtigung der Teilhabe (unter Wechselwirkung)**
- 3. Beschreibung der Ziele**
 - 1. Bezogen auf Leistung**
 - 2. Bezogen auf Leistungsfähigkeit**
 - 1. Nur dann, wenn sie auch realisiert werden kann?? D.h. ideale Bedingungen oder andere, aber realistische Bedingungen?**
- 4. Beschreibung der Sozialleistungen einschl. Wirkungsprognose**
 - 1. Bezogen auf Leistung**
 - 2. Bezogen auf Leistungsfähigkeit**
 - 1. Auch wenn sie nicht realisiert werden kann, d.h. unter idealen Bedingungen oder auch unter realistischen Bedingungen?**

Leistungsfähigkeit aus sozialmedizinischer Perspektive

- **Die Befunde im Hinblick auf Strukturen und insbesondere die Funktionen sind oft nicht eindeutig und selbst teilweise situationsabhängig: Bsp. Hüftbeugung**
- **Die Beeinträchtigung von Funktionen ist oft kontextabhängig:**
 - **Untersuchungssituation**
 - **Anstrengungsgrad**
 - **Motivation**
 - **Art des alltäglichen praktischen Lebensvollzuges**
- **Die Beurteilung der Wirkung von Beeinträchtigungen auf Aktivitäten und Teilhabe ist oft schwierig und nicht eindeutig**
- **Das Alltagsleben der Probanden ist dem Sozialmediziner meist unbekannt. (MoRe!!)**
- **Die Leistungsfähigkeit ist deshalb ein jeweils hergestelltes Konstrukt. Dies gilt insbesondere für „Standard-“, „Ideale“ oder „Test-“Bedingungen.**
- **Entscheidend für die Zielerreichung: Begrenzung durch die maximale Leistungsfähigkeit unter idealen Bedingungen.**
- **Probleme: Uno actu: Einkaufen (insbesondere: Eingliederungshilfe)**
- **Bedarfsermittlung muss auf die jeweils individuell möglichen Förderfaktoren und ggf. vorhandene Barrieren eingehen und deren Veränderbarkeit berücksichtigen**
- **Aus sozialmedizinischer Perspektive ist deshalb die Leistungsfähigkeit nur als heuristisches Konstrukt zu nutzen.**

III. Zum Verhältnis von Leistung und Leistungsfähigkeit anhand von Kontextanalysen- Erfahrungen am Beispiel des Vergleiches zweier Kollektive aus dem Rehaszentrum Bethesda

FIM

Im FIM werden sechs Aktivitätsbereiche mit insgesamt 18 Items beschrieben. Die Merkmale werden in einer Scala von 1-7 skaliert. Dabei steht

1 für überhaupt nicht möglich,

2 für maximale Fremdhilfe notwendig (>75%),

3 für überwiegend Fremdhilfe notwendig (>50%),

4 für eingeschränkt selbständig mit Fremdhilfe (>25 %),

5 für wenig Hilfe oder Anleitung(< 25 %),

6 für mühsam oder verlangsamte Ausführung, ggf. mit Hilfsmittel,

7 für unbehindert.

Minimal können also 18, maximal 126 Punkte erreicht werden.

FIM-Werte für 3 Klienten (EH, JB, EL) aus dem Rehasentrum Bethesda

<u>Klienten</u>	<u>EH</u>	<u>JB</u>	<u>EL</u>	<u>Kontextfaktoren</u>
<u>Selbstversorgung</u>				
Essen/Trinken	1	3	7	spez. Eßgeschirr
Körperpflege	1	1	6	gelegentlich Kontrolle
Baden/Du./Waschen	1	1	7	Hilfsmittel im Bad
Ankleiden oben	1	1	7	
Ankleiden unten	1	1	7	Strumpfanzieher
Toilettenhygiene	1	1	7	barrierefreie Toilette
<u>Kontinenz</u>				
Blasenkontrolle	1	7	7	Kondomurinal
Darmkontrolle	1	6	7	
<u>Transfers</u>				
Bett/Stuhl/Rollstuhl	1	2	7	vorausges. höhenverstellbar
Toilettensitz	1	2	7	barrierefrei
Dusche/Badewanne	1	2	6	Hilfsmittel
<u>Fortbewegung</u>				
Gehen o. Rollstuhlf.	1	7	7	JB: Elektrorollstuhl, Barrierefrei
Treppen steigen	1	1	1	
<u>Kommunikation</u>				
Verst.: auditiv, visuell	1	7	6	einfache Sprache
Ausdr.: verbal, nonv.	1	4	6	einfache Sachverhalte
<u>Kognitive Fähigkeiten</u>				
Soziales Verhalten	1	7	3	unter pädagogischer Begleitung
Problemlösung	1	6	3	
Gedächtnis	1	7	4	
FIM Score Gesamt:	18	66	91	

Beschreibung der Probanden aus dem RZB

Die 3 Probanden können klinisch folgendermaßen beschrieben werden:

- **Frau EH, 22 Jahre, leidet an einem Zustand nach Schädelhirntrauma. Schwere teils spastische, teils hypotone Tetraplegie, ist in allen Bereichen vollständig auf Hilfe angewiesen. Allerdings zeigt sie erste Anzeichen eigenen Antriebes und von Aufmerksamkeit. Besucht eine Tagesförderstätte.**
- **Herr JB, 45 Jahre, leidet an einem Zustand nach Schlaganfall. Er zeigt erhebliche motorische Einschränkungen, ist aber mit Elektrorollstuhl mobil und kommunikativ und kognitiv kompetent. Seinen Alltag kann er in geeigneter Umgebung weitgehend selbst bewerkstelligen. V.a. pflegerischer Hilfebedarf. Arbeitet in einer WfbM.**
- **Frau EL, 32 Jahre, ist bds. Oberschenkelamputiert, nicht prothesenfähig. Lernbehinderung, sozio-emotionale Störung (Borderline), Mobilität nur im Rollstuhl, zeigt gute motorische Fähigkeiten ist jedoch im Sozialverhalten und einigen Alltagsangelegenheiten umfassend auf Hilfe angewiesen. Besucht eine Tagesförderstätte**

FIM-Ergebnisse in einer Wohneinrichtung für schwer und mehrfach körperbehinderte Menschen

Die Operationalisierung des Hilfebedarfes mittels FIM für eine nicht streng zufällig ausgewählte Stichprobe (N= 116) von 162 erwachsenen Bewohnern des Rehabilitationszentrums Bethesda kreuznacher diakonie, zeigt folgendes Ergebnis:

- 31 Personen (27 %) erreichen 18-48 Punkte im Gesamtscore von höchstens 48 Punkten, im Durchschnitt also 2,7 Punkte je Item, davon sind 16 Personen, die jeweils nur 18-36 Punkte im Gesamtscore erreichen, also im Durchschnitt nur 1-2 Punkte je Item. Diese Menschen sind schwer mehrfachbehindert. Sie haben einen besonders umfangreichen und umfassenden Fremdhilfebedarf.**
- 45 Personen (39 %), erreichen 49-72 Punkte im Gesamtscore , also im Durchschnitt 3-4 Punkte je Item. Sie haben einen umfangreichen und umfassenden Hilfebedarf.**
- 20 Personen (17 %) erreichen 73-90 Punkte im Gesamtscore, also im Durchschnitt 4-5 Punkte je Item. Sie haben meist einen meist punktuellen umfangreichen Hilfebedarf.**
- 20 Personen (17 %), erreichen einen Gesamtscore von 91-126, also im Durchschnitt 6-7 Punkte je Item. Sie sind im Alltag weitgehend selbständig, benötigen jedoch personelle Hilfe bei einzelnen Verrichtungen, zumindest im Sinne der Anleitung und Begleitung.**

Bedeutung der Kontextfaktoren: Leistung und Leistungsfähigkeit in unterschiedlichen Lebenssituationen: zu Hause und im Heim

- Für eine Subgruppe von 46 Klienten wurde untersucht, wie stark sich die Kontextfaktoren auf das FIM-Ergebnis auswirken.
- Dazu wurde der FIM unter den Bedingungen der spezialisierten Wohneinrichtung mit dem FIM- Score verglichen, der in der Umgebung der Herkunftsfamilie erreicht wurde.
- Dazu wurden die Beeinträchtigungen bzw. die Hilfebedarfe anlässlich von Familienheimfahrten unter den dort geltenden Bedingungen durch Befragung der Angehörigen untersucht.
- Dabei fanden sich zu Hause nur in drei Fällen höhere FIM Scores als in der Einrichtung. In allen anderen Fällen (N= 43) lag der FIM Gesamtscore im Mittel um 24 Punkte, also je Item im Durchschnitt 1,3 Punkte niedriger.
 - Darin spiegeln sich sowohl Umfeldbarrieren wie auch einstellungsbedingte Barrieren, d.h. die Angehörigen trauten den Klienten offenbar weniger zu und übernahmen mehr Hilfeleistungen, als dies in der Einrichtung der Fall war.
- Dies galt allerdings für die Gruppe der schwerst Mehrfachbehinderten nicht im gleichen Umfang: Hier betrug die Differenz im Mittel nur 12 Punkte, eine angesichts der Schwere der Schädigungen beachtenswerte Zahl.

(Eigene Untersuchungen, unveröffentlicht)

Bedeutung der Kontextfaktoren: Leistung und Leistungsfähigkeit in unterschiedlichen Lebenssituationen: zu Hause und im Heim

- **Diese Ergebnisse belegen, dass bei der Nutzung eines Assessmentinstrumentes, das im Bereich von medizinischen Rehabilitationseinrichtungen eine hohe Validität für die dortigen Bedingungen beanspruchen kann, die Ergebnisse im Alltag stark von Kontextfaktoren beeinflusst werden können.**
- **Würde man, aus der Perspektive der Menschen davon sprechen, dass sie, wenn sie zu Hause wohnen, im Heim eine andere Leistungsfähigkeit hätten?**

IV. Praktische Aspekte der Teilhabeplanung: Teilhablesicherungskonzepte

Strategien der Teilhabesicherung unter Nutzung des biopsychosozialen Modells (ICF), d.h. Verbesserung von Leistung und Leistungsfähigkeit

1. Schritt: Beschreibung der Schädigungen (Struktur und Funktion)
2. Schritt: Beschreibung der Beeinträchtigungen der Aktivitäten und der Teilhabe als
 1. Leistung (unter gegebenen Kontextfaktoren)
 2. Leistungsfähigkeit (Variation der Kontextfaktoren)
3. Schritt: Beschreibung der gewünschten Ziele auf allen Ebenen:
Leistung/Leistungsfähigkeit?
 1. (Struktur)
 2. Funktion
 3. Aktivität
 4. Teilhabe
 5. Kontextfaktoren
4. Schritt: Beschreibung der zur Erreichung notwendigen Leistungen zur Teilhabe:
Behandlung/Therapie und/oder Med. Rehabilitation und/oder berufliche Rehabilitation und/oder Eingliederungshilfe und/oder Pflege und/oder familiäre Hilfe und/oder Eigeninitiative und/oder Wohnangebot

Strategien der Teilhabesicherung unter Nutzung des biopsychosozialen Modells (ICF), d.h. Verbesserung von Leistung und Leistungsfähigkeit

Fallbeispiel

Teilhabsicherung unter Nutzung des biopsychosozialen Modells (ICF) 1: Leistung /Leistungsfähigkeit

1. Schädigung einer Struktur (Rückenmark): (Teil)Lähmung der Beine

→Ziel: Beseitigung der Schädigung, sofern Reversibilität gegeben ist: Behandlung!

2. Schädigung der Funktion: Bewegen der Beine beim Gehen:

→Ziel: Verbesserung durch Training vorhandener Restfunktionen (sofern vorhanden), Versorgung mit Orthesen (FF), Unterarmstützen (FF) und Gehtraining: Behandlung/Üben im Alltag (Assistenz)

3. Beeinträchtigung des Gehens im Alltag (von A nach B kommen: Aktivität):

→Ziel: Verbesserung des Gehens in Alltagssituationen, um ein Ziel zu erreichen oder Versorgung mit einem Rollstuhl (FF), um von A nach B zu kommen (einschl. Gebrauchsschulung) : Behandlung/Rehabilitation/ Üben im Alltag (Assistenz)

4. Beeinträchtigung der Mobilität (Aktivität) in der Wohnung: Türen, Teppiche, Bad, Küche (Barrieren)

**→Ziel: Schaffung eines barrierefreien Wohnumfeldes. (FF)
Rehabilitation/Pflege/Wohnungsgestaltung (Assistenz)**

Teilhablesicherung unter Nutzung des biopsychosozialen Modells (ICF) 2: Leistung/Leistungsfähigkeit

5. Beeinträchtigung der Selbstversorgung (Aktivität), z. B. Transfer zur Toilette

→ Ziel: Verbesserung und Training des Transfers, ggf. mit zusätzlichen Hilfsmitteln (FF): Behandlung/Rehabilitation/Pflege/Assistenz

6. Beeinträchtigung der Mobilität außer Haus (Aktivität): Bordsteine, Anstiege

→ Ziel: Verbesserung der Mobilität d. Training, evtl. Zusatzantrieb (FF: Förderfaktor). Behandlung/Rehabilitation/Übung/Assistenz

7. Beeinträchtigung der Mobilität außer Haus (Teilhabe): Motivation fehlt, Situation peinlich, Ängste (Personbez. Barriere)

→ Ziel: Ermöglichung der Außer-haus-Mobilität durch Zuspruch, Bewältigung, Ermutigung, Begleitung (FF): Rehabilitation, Assistenz

8. Beeinträchtigung der Teilhabe: Kommt nicht in das Gemeindezentrum zu Veranstaltungen (Barriere)

→ Ziel: Erreichen der Veranstaltungen: Persönliche Assistenz hilft (FF)

9. Beeinträchtigung der Teilhabe: Kann Paket nicht aufgeben: Barrieren.

→ Ziel: Paketaufgabe für Rollstuhlfahrer: Persönliche Assistenz (FF), Umbau der

Post

Ziele von Rehabilitation im Hinblick auf Leistung /Leistungsfähigkeit

- 1. Beeinträchtigung der Mobilität außer Haus (Aktivität): Bordsteine, Anstiege
→ Rehabilitation: Training, evtl. Zusatzantrieb (FF: Förderfaktor)**
- 2. Beeinträchtigung der Mobilität außer Haus (Teilhabe): Motivation fehlt, Situation peinlich, Ängste (personbezogene Barriere)
→ Rehabilitation: Zuspruch, Bewältigung, Ermutigung, Begleitung (FF)**
- 3. Beeinträchtigung der Teilhabe: Kann Paket nicht aufgeben. Post = Barriere.
→ Rehabilitation: Persönliche Assistenz (FF), Umbau der Post**

Wirkung/Wirksamkeit von Rehabilitation

Wirkungsanalyse

- Besteht das Problem so, wie beschrieben?
- Das Problem soll vermindert werden: Ziel: Mehr aushäusige Mobilität?
- Maßnahme (n):
 - Körperfunktion: Rollstuhltraining
 - Aktivität: Angstabbau
 - Teilhabe: Barrieren beseitigen/Förderfaktoren bereitstellen
- Realisierung = Leistung während der Rehamaßnahme?
- Realisierung = Leistung im Alltag
- ➔ Zahlreiche Interventionen zielen auf die Leistungsfähigkeit
- ➔ Interventionen mit Ziel Verbesserung der Leistung:
 - ➔ im gegebenen Kontext,
 - ➔ bei sicherem Transfer in den Alltag oder
 - ➔ im alltäglichen Kontext.
- ➔ Diese Fragestellung erscheint von erheblicher Bedeutung für die Evaluation der Ergebnisqualität.

Operationalisierung durch Teilhabesicherungskonzepte

Problemhaushalt - Teilhabesicherungskonzept

- **Die Personengruppe von Menschen mit Behinderung bzw. Pflegebedarf, die innerhalb oder außerhalb von Einrichtungen lebt und wegen ihrer Behinderung Eingliederungshilfe oder Hilfe zur Pflege benötigt, zeichnet sich durch einige allgemeine Charakteristika aus, die für verschiedene Behinderungs- und auch Krankheitsgruppen der verschiedenen Organsysteme gemeinsam zutreffen.**
- **Dies gilt analog auch für geriatrische Patienten bzw. Klienten.**
- **Sie hat einen gemeinsamen „Problemhaushalt“, also eine individuell bestimmbare Menge relevanter Probleme im Bereich der Aktivitäten und Teilhabe, die durch angemessene Maßnahmen, insbesondere der persönlichen Förderung, der Beeinflussung der Kontextfaktoren, der Rehabilitation und der Behandlung positiv beeinflusst werden können.**
- **Diese Maßnahmen lassen sich in problembezogene Teilhabesicherungskonzepte zusammenfassen.**

Teilhabsicherung für Menschen mit schweren Behinderungen

- Optionen für Inklusion: Umsetzung durch Teilhabsicherungskonzepte

- **Teilhabsicherungskonzepte (TSK)** gehen von Wünschen und selbstgesetzten und mit Experten gemeinsam festgelegten Zielen aus.
- TSK integrieren Maßnahmen der Gesundheitsvorsorge, der Behandlung, der Rehabilitation und der Förderung der Teilhabe problembezogen im je konkreten Lebenskontext.
- TSK stellen **Bündel von problembezogenen Strategien zur Erreichung dieser Ziele** dar, indem sie Maßnahmen zur Problemlösung und zu Bewältigungs-, Behandlungs- und Rehamöglichkeiten konzeptionell, praktisch im jeweiligen Kontext umsetzbar und leistungsrechtlich realisierbar bereitstellen, damit eine möglichst optimale Teilhabe und Inklusion erreicht wird und der Betroffene in seinen Entscheidungen so frei wie möglich wird.
- Dazu wurde ein Katalog von 27 Teilhabsicherungskonzepten für Menschen mit schweren, in der Regel mehrfachen Behinderungen entwickelt
- **Teilhabsicherungskonzepte (TSK), erfordern ein interdisziplinäres Herangehen!**
- **Teilhabsicherungskonzepte beziehen sich immer auf konkrete Alltagssituationen!**

Teilhablesicherungskonzepte (TSK) 1

Bereiche, in denen möglichst umfangreich Aktivitäten und Teilhabe in der gewohnten Umgebung ermöglicht, gefördert bzw. gesichert werden sollen (Aufzählung ist exemplarisch):

1. **Ermöglichung des ggf. mehrstündigen Sitzens im Sinne der Teilhabe am Leben im konkreten Wohnumfeld, ggf. mit in der Häuslichkeit benutzbaren und akzeptierten Hilfsmittel**
2. **Ermöglichung von Sitz, Mobilität und Pflege durch an die Wohnumgebung und die Assistenzpersonen angepasste Transfertechniken bzw. Hilfsmittel.**
3. Ermöglichung von **Kommunikation** durch Verwendung von im konkreten persönlichen und gesellschaftlichen Umfeld angepassten, erprobten und akzeptierten Kommunikationsstrategien und Kommunikationshilfsmitteln bei eingeschränkter expressiver und rezeptiver Sprache
4. Ermöglichung der im sozialen Kontext akzeptierten **Ernährung bei orofazialer Dysfunktion** unter Förderung der Kompetenzen des sozialen Umfeldes bei Zubereitung und Nahrungsaufnahme (Schlucktraining) ggf. einschließlich der Akzeptanz veränderter Essensgewohnheiten
5. Bewältigung der **Inkontinenz** mit dem Ziel der (ggf. relativen) Kontinenz einschließlich Hilfsmittel, Management, Toilettengang und Toilettentraining im häuslichen Umfeld
6. Optimierte **Lokomotion**, d.h. eigenständige Beweglichkeit ggf. mit Hilfsmitteln zur Lagerung und Bewegung von Ort zu Ort einschließlich Anleitung zur Eigenübung, Kontrollkompetenz

Teilhablesicherungskonzepte (TSK 2)

7. Sicherstellung der **Mobilität** in Wohnung, Nachbarschaft, naher Stadt und Fernbereich.
8. Sonstige **Aktivitäten des täglichen Lebens** (selbstständig, mit Hilfe, mit Hilfsmitteln, ggf. Kontrollkompetenz, im konkreten Kontext)
9. Strategien zur Bewältigung eingeschränkter **Sinnesfunktionen**, u. a. zur Orientierung, Kommunikation, Kulturtechniken, soziale Teilhabe, ggf. mit Hilfsmitteln
10. Förderung der **Belastbarkeit und Handlungskompetenz** im konkreten, individuellen Alltagsleben, insbesondere der Handlungsplanung, der Ausführungskontrolle, der Verantwortlichkeit und der Selbstständigkeit im eigenen häuslichen Umfeld
11. Optimierung der Möglichkeiten der **Steuerung (Hilfsmittel)** mit dem Ziel der **Umfeldkontrolle**
12. Ermöglichung des **Lernens, der Wissensanwendung und Förderung der kognitiven Funktionen** einschließlich Gedächtnis, Konzentration, Merkfähigkeit, Aufmerksamkeit etc. speziell im Hinblick auf die alltäglichen praktischen Lebensvollzüge im häuslichen Umfeld
13. Ermöglichung eines selbstgesteuerten **Schmerzmanagements** unter häuslichen Bedingungen
14. Bewältigung **psychischer Probleme**, Erkennung, Behandlung, Bewältigung **psychiatrischer oder psychosomatischer Komorbiditäten**, insbesondere im sozialen Kontext
15. Bewältigung von **Atmungsproblemen**, u. a. bei Schluckstörungen, rez. Infekten, COPD, Unterbeatmung, Sauerstoffgabe, intermittierende oder dauerhafte Beatmung in häuslicher Umgebung
16. Vermeidung und Bewältigung von **Hautschäden** (z. B. Dekubitus, Infektionen) im alltäglichen Leben unter Beibehaltung möglichst hoher Mobilität und Teilhabe einschließlich der Hilfsmittelnutzung im Wohnumfeld

TSK (3)

17. Praktische Ermöglichung und Förderung der Ausübung von **Kulturtechniken** im Alltag
18. Ermöglichung relevanter **Beschäftigung** im Alltag einschließlich solcher Aktivitäten, die dem Betroffenen Bedeutung in der sozialen Gemeinschaft geben können
19. Ermöglichung einer **Tagesstruktur**, ggf. durch Nutzung von Angeboten der Senioren- oder Eingliederungshilfe
20. Förderung und **Stabilisierung des sozialen Netzes** durch Information, Beratung, Stützung, Beseitigung von Begegnungshindernissen, Erschließung des öffentlichen Raumes (z. B. Gaststätten)
21. Information und Kontakt zu Organisationen der **Selbsthilfe**, ggf. Selbstorganisation
22. Ermöglichung und Förderung eines fachgerechten, teilhabefördernden **medizinischen Managements** bei Pflegebedürftigkeit, interkurrenten Erkrankungen oder Komplikationen der Grunderkrankungen in der eigenen Häuslichkeit durch das primäre und sekundäre soziale Netz
23. Ermöglichung und Förderung der Beantragung und Organisation **sozialstaatlicher Leistungen unter den konkreten häuslichen Bedingungen u. a. als bedarfsgerechter Hilfemix**
24. Stützung und Beratung der **Bezugspersonen**
25. Förderung des regionalen sozialraumbezogenen **sekundären sozialen Netzwerks**.
26. Ermöglichung von **Kontrollkompetenz und Souveränität** im Hinblick auf die Gestaltung der Pflegeverrichtungen, die alltäglichen praktischen Lebensvollzüge, die Zeit und die Assistenz.
27. Förderung, Ermöglichung **konstanter persönlicher Beziehungen** und eines stabilen, angstfreien offenen, freundlichen Umfeldes mit verlässlichen Partnern, Bezugspersonen

Beispiel Teilhabesicherungskonzept „Sitzen über 4-6 Stunden“

Konkrete Vorstellung der Lebens- und Alltagssituation: Die Umsetzung bedeutet individuell abwandelbar die Bewältigung einer Vielzahl von Problemen:

- **Die Sitzposition wird so gewählt und die Sitzschale /der Sitz sind so gestaltet, dass keine Schmerzen entstehen**
- **Schmerzursachen werden operativ beseitigt oder Schmerzen werden im Rahmen professioneller Schmerztherapie medikamentös oder mittels anderer, z. B. physikalischer Maßnahmen gelindert, damit das Sitzen möglich wird.**
- **Der Kreislauf wird durch regelmäßiges Training und ggf. Medikamente stabilisiert.**
- **Der Sitz ist so gestaltet, dass eine stabile Haltung einschließlich Kopfkontrolle gewährleistet ist. Störende Spastik und Dystonie werden inhibiert.**
- **Kontrakturen und Bewegungseinschränkungen werden so behandelt bzw. berücksichtigt, dass das Sitzen über längere Zeit möglich ist.**
- **Sitz und Sitzposition sind so gewählt, dass einem Dekubitus vorgebeugt wird.**
- **Durch die Positionierung während des Sitzens werden fein- und grobmotorische Aktivitäten ermöglicht und ggf. facilitiert (Bobath-Konzept).**

Auch:

- **Möglichkeit und Durchführung des Transfers**
- **Personale Unterstützung durch wen**
- **Welche Alltagssituation wird konkret angestrebt?**

Ziele: Leistung oder Leistungsfähigkeit

- Es werden individuelle Ziele definiert.
 - Es werden Maßnahmen/Leistungen zu deren Erreichung ausgewählt
 - Deren Erreichungsgrad wird dokumentiert
 - Maßnahmen werden angepasst.
- ➔ Das Ganze ist ein diskursiver, kommunikativer Prozess

Die Ziele sind im Hinblick auf die Behinderung analog der ICF zu definieren, d.h. auf der

- Strukturebene
- Funktionsebene
- Aktivitätsebene
- Partizipationsebene (Teilhabe)

Jeweils

- Als Leistung unter Bedingungen der vorhandenen Kontextfaktoren
 - Klinik
 - Alltag
- Als Leistungsfähigkeit unter Bedingungen der Standardumwelt
- Als Leistungsfähigkeit unter anderen Umweltbedingungen

V. Leistung und Leistungsfähigkeit in der Eingliederungshilfe

Leistungsberechtigter Personenkreis in der Eingliederungshilfe (§ 99 SGB IX i.V.m. § 53 SGB XII und EhVO)

Merkmale:

- **Behinderung nach § 2 SGB IX liegt vor**
- **Menschen sind in ihrer Fähigkeit, an der Gesellschaft teilzuhaben, wesentlich eingeschränkt.**
- **Konkretisierung in der Eingliederungshilfeverordnung**

Fortgeltendes Recht (vgl. Art 25 und 25 a BTHG)

D.h.: Der allgemeine Leistungsanspruch auf Leistungen der Eingliederungshilfe richtet sich nach der Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit.

Dieses ändert sich auch nach dem BTHG nicht grundsätzlich, wie auch immer § 99 SGB IX konkret gefasst wird.

Erhebliche Behinderung (statt wesentlich) bedeutet ein allgemeines Unterstützungserfordernis (personelle oder technische Hilfe) unabhängig von konkreten Unterstützungsbedarfen. Auch dieses richtet sich nach der Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit.

Bedarfsermittlung in der Eingliederungshilfe

- Die Bedarfsermittlung dient der Ermittlung des konkreten Unterstützungsbedarfes. Dabei soll zunächst die Wesentlichkeit der Behinderung unabhängig vom konkreten Unterstützungsbedarf festgestellt werden. (Leistungsfähigkeit)
- Der individuelle Bedarf an Leistungen wird im Hinblick auf die konkrete Lebenssituation ermittelt . Dazu ist es erforderlich
 - Die individuellen Beeinträchtigungen ICF basiert zu beschreiben
 - Die vorhandenen Kontextfaktoren zu beschreiben
 - Die Leistungsfähigkeit ohne Leistungen der EH zu beschreiben
 - Ziele für die Änderung der Leistungsfähigkeit zu beschreiben
 - Leistungen zu benennen, die die angestrebte Leistungsfähigkeit herstellen (helfen) sollen. Dabei ist zu belegen, wie erreicht werden soll, dass aus der Leistungsfähigkeit tatsächlich eine Leistung, also konkretes Handeln der Person wird.
- Die gesetzlich vorgeschriebene Wirkungskontrolle bezieht sich dann auf die Leistung.
- Die Leistungen im Sinne von Assistenzleistungen (§ 78 SGB IX) können als Übernahme von Handlungen oder als Befähigung zur eigenständigen Durchführung erbracht werden: d.h. sie können sich sowohl auf die unmittelbare Ermöglichung von Leistung (Einkaufen gehen) beziehen als auch auf die Befähigung dazu: Leistungsfähigkeit (eigenständig einkaufen gehen zu können).
- Die Qualität von Leistungen wird sich also daran messen lassen müssen, dass tatsächlich im Alltag Teilhabe praktiziert wird (Leistung) ohne dass deshalb Befähigungsleistungen zur Verbesserung der Leistungsfähigkeit unterbleiben, auch wenn im Ergebnis u.U. die Leistung nicht geleistet wird. Dies erfordert die Reflektion der Ursachen.

Instrumente zur Ermittlung des Rehabedarfes (§ 13 SGB IX neu) 2

- (2) Die Instrumente nach Absatz 1 Satz 1 gewährleisten eine individuelle und funktionsbezogene Bedarfsermittlung und sichern die Dokumentation und Nachprüfbarkeit der Bedarfsermittlung, indem sie insbesondere erfassen,**
- 1. ob eine Behinderung vorliegt oder einzutreten droht,**
 - 2. welche Auswirkung die Behinderung auf die Teilhabe der Leistungsberechtigten hat,**
 - 3. welche Ziele mit Leistungen zur Teilhabe erreicht werden sollen und**
 - 4. welche Leistungen im Rahmen einer Prognose zur Erreichung der Ziele voraussichtlich erfolgreich sind.**

§ 118 SGB IX: Instrumente der Bedarfsermittlung

(1) 1Der Träger der Eingliederungshilfe hat die Leistungen nach den Kapiteln 3 bis 6 unter Berücksichtigung der Wünsche des Leistungsberechtigten festzustellen. 2Die Ermittlung des individuellen Bedarfes des Leistungsberechtigten muss durch ein Instrument erfolgen, das sich an der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit orientiert. 3Das Instrument hat die Beschreibung einer nicht nur vorübergehenden Beeinträchtigung der Aktivität und Teilhabe in den folgenden Lebensbereichen vorzusehen:

1. Lernen und Wissensanwendung, 2. Allgemeine Aufgaben und Anforderungen, 3. Kommunikation, 4. Mobilität, 5. Selbstversorgung, 6. häusliches Leben, 7. interpersonelle Interaktionen und Beziehungen, 8. bedeutende Lebensbereiche und 9. Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben.

(2) Die Landesregierungen werden ermächtigt, durch Rechtsverordnung das Nähere über das Instrument zur Bedarfsermittlung zu bestimmen.

Leistung und Leistungsfähigkeit in der Eingliederungshilfe

In der Unterscheidung von Leistungsfähigkeit und Leistung in der Eingliederungshilfe spiegelt sich ein Spannungsverhältnis zwischen der Festlegung von

- **Allgemeinem Unterstützungbedarf (Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit, Standardumwelt)**
- **Konkretem Unterstützungsbedarf (orientiert an der möglichen Leistungsfähigkeit unter definierten Kontextfaktoren)**
- **Praxis der Teilhabe als Leistung**

Wirkungsanalyse, Wirksamkeitsbelege und Evaluation müssen sich somit einerseits auf die Verbesserung der Leistungsfähigkeit, aber auch auf die Verbesserung der Leistung beziehen.

Damit kommt der Frage: Wie kommt man im Einzelfall von der Leistungsfähigkeit zur Leistung? entscheidende Bedeutung zu.

M.E. ist das in den Bedarfsermittlungsinstrumenten und auch bei der Teilhabeplanung noch nicht ausreichend reflektiert.

Fazit

Die Verwendung des biopsychosozialen Modells und der ICF ist ohnehin nicht einfach.

Innerhalb des psychosozialen Modells muss bei den verschiedenen Anwendungen zwischen Leistung und Leistungsfähigkeit unterschieden werden.

Für die Beurteilung von Behinderung, Bedarfen, Leistungen und ihren Wirkungen ist die Kenntnis des Alltages und der alltäglichen praktischen Lebensvollzüge, d.h. der konkreten Lebenssituationen zwingend notwendig.

Dessen Rekonstruktion kann im Interesse der Betroffenen nur mittels einer Lebensführungshermeneutik im Rahmen eines individuellen und personbezogenen diskursiven Prozesses gelingen.

Die Unterscheidung von Leistung und Leistungsfähigkeit dürfte für die Teilhabeforschung und die Evaluation von Teilhabeleistungen aber auch für deren praktische Umsetzung eine erhebliche Bedeutung haben.

Leistungen zur Teilhabe werden sich daran messen lassen müssen, inwieweit sie selbst ein Setting bieten, in dem die Teilhabe konkret praktiziert, also „geleistet“ werden kann.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!