

Leitfaden zur Erstellung eines individuellen Behandlungs- und Rehabilitationsplans (BRP) und zur Zuordnung zu einer Gruppe mit vergleichbarem Hilfebedarf für Menschen mit einer seelischen Behinderung

('Begutachtungsleitfaden', 4. Berliner Textfassung, Stand Juni 2010)

Grundlage für das Eingliederungshilfeverfahren bei seelisch behinderten Menschen ist das Fallmanagement im Zusammenwirken mit den bezirklichen Steuerungsgremien Psychiatrie. Im Rahmen des Fallmanagements ist der Gesamtplan das wesentliche Koordinierungsinstrument, wobei wiederum der BRP grundlegender Bestandteil des Gesamtplans ist.

Die Regelungen der Ausführungsvorschriften zur Eingliederung behinderter Menschen nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch in der jeweiligen Fassung sowie die Ausführungsvorschriften zu Arbeit der Steuerungsgremien Psychiatrie in der jeweiligen Fassung sind bei den Ausführungen dieses Leitfadens als vorrangige Regelungen zu berücksichtigen. Insbesondere ist zu beachten, dass der bzw. die Fallmanager/in für die Koordinierung und Feststellung des Hilfebedarfs, die Zielbestimmung und die Wahl eines Leistungstyps zur Erbringung der Hilfen verantwortlich ist.

Der Berliner Rahmenvertrag gemäß § 79 SGB XII ist seit 1.1.1999 in Kraft. Ihm liegt der Gedanke zugrunde, jeweils für Leistungstypen Leistungsbeschreibungen nach einheitlichem Muster zu erstellen. Für den Bereich der Einrichtungen für seelisch behinderte Menschen, dazu gehören auch Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung, sind sechs Leistungstypen vereinbart:

- Therapeutisch betreutes Einzelwohnen für seelisch Behinderte,
- therapeutisch betreute Wohngemeinschaften für seelisch Behinderte,
- Verbünde von therapeutisch betreutem Wohnen für seelisch Behinderte,
- therapeutisch betreute Tagesstätten und Beschäftigungstagesstätten für seelisch Behinderte,
- therapeutisch betreute Übergangsheime für seelisch Behinderte sowie
- therapeutisch betreute Heime für seelisch Behinderte.

Mit diesen Leistungstypen werden Hilfen für psychisch kranke und abhängigkeitskranke Menschen beschrieben, die stets die Bearbeitung der Erkrankung und/oder Behinderung sowie der Folgen dieser Erkrankung und/oder Behinderung zum Ziel haben. Die Systematik macht deutlich, dass Hilfen für psychisch kranke Menschen in verschiedenen Einrichtungen und Diensten erfolgen können, sie in jedem Fall aber der individuellen Lebenssituation des betroffenen Klienten angepasst werden müssen. Grundsätzlich können in allen Leistungstypen Hilfen in 12 Gruppen mit (quantitativ) vergleichbarem Hilfebedarf (Zeitstufen) und in den drei Lebensfeldern 'Selbstversorgung (Wohnen und Wirtschaften)', 'Tages- und Kontaktgestaltung' und 'Beschäftigung/Arbeit/Ausbildung' sowie in einem vierten Hilfebereich ('Krankheitsbewältigung') erbracht werden - es sei denn, der Träger der Einrichtung hat in der Vereinbarung mit dem Sozialhilfeträger bestimmte sozialpsychiatrische Leistungsbereiche ausgeschlossen. Zu den Hilfen in diesen vier Leistungsbereichen können ergänzende bzw. beaufsichtigende Leistungen (siehe unter 3.) hinzutreten.

Der vorliegende Begutachtungsleitfaden soll den Beteiligten (Klienten, Kostenträgern, Begutachtungsdiensten und Leistungserbringern) Hilfen bei der Zuordnung von sozialpsychiatrischen Leistungen (Maßnahmen) für den jeweiligen Einzelfall geben. Er bildet damit die Grundlage für die Zuordnung zu einer Hilfebedarfsgruppe im Sinne des § 76 Abs. 2 SGB XII und des Berliner Rahmenvertrages. Er ist zugleich die Anlei-

tung für die Bearbeitung des Behandlungs- und Rehabilitationsplans, 5. Berliner Fassung, Stand November 2009.

Der Leitfaden gliedert sich in sechs Abschnitte:

1. Grundsätze der Hilfeplanung
2. Die Begutachtung der Person
3. Die Zuordnung der Ziele und der geplanten Hilfen zu sozialpsychiatrischen Leistungsbereichen
4. Ermittlung des Zeitbedarfs
5. Verteilung auf mehrere Leistungserbringer
6. Einige ergänzende Hinweise zur Benutzung des Behandlungs- und Rehabilitationsplans zur Feststellung des Hilfebedarfs

1. Grundsätze der Hilfeplanung¹

Grundlage für das Verfahren bilden die Wünsche und Vorstellungen der Klienten selbst. An seinen individuellen Zielen und Perspektiven sind die weiteren Verfahrensschritte und die geplanten Maßnahmen zu orientieren. Deshalb ist in jedem Fall von allen Beteiligten nach geeigneten Wegen zu suchen, wie die betroffenen Klienten, ggf. auch vertraute Personen ihres persönlichen Umfelds und die rechtlichen Betreuer, so sie mit dem entsprechenden Wirkungskreis eingesetzt wurden, an diesem Verfahren beteiligt werden können.

Der Prozess der Hilfeplanung besteht aus einer Erörterung der Fähigkeiten und Beeinträchtigungen der Klienten hinsichtlich der von ihnen gewünschten Lebensform und unter Berücksichtigung der in ihrem Umfeld bestehenden unterstützenden oder beeinträchtigenden Bedingungen. Diese Hilfeplanung wird also in einer Konkretisierung der möglichen Hilfemaßnahmen bezogen auf die gewünschte Lebensform münden. Dabei ist nicht selten eine Diskrepanz zwischen den Zielen und Wünschen der Klienten und den Sichtweisen der professionellen Dienste (einschließlich dem Kostenträger) festzustellen. Diese Diskrepanzen müssen im Hilfeplanungsprozess angesprochen, erörtert und in ihren ggf. differenten Sichtweisen auch im Behandlungs- und Rehabilitationsplan (Möglichkeit dazu auf S. 6 Teil G des BRP) festgehalten werden.

Notwendige und vereinbarte Hilfeziele werden dann bezogen auf einen Zeitraum festgelegt (d.h. vereinbart) und auf konkrete Hilfeleistungen bezogen. Mit diesem Verfahren wird der Klient in die Fragen einbezogen: wer (welche Einrichtung/welcher Dienst) soll welche Hilfestellung in welchem Zeitraum mit welchem Ziel in welcher Intensität anbieten und auch erbringen? Dazu ist es hilfreich, sich konkret vorzustellen, woran die Beteiligten denn eigentlich feststellen können, ob ein Ziel teilweise oder ganz erreicht ist.

Als Ergebnis werden die für die Zukunft notwendigen Leistungen hinsichtlich ihres Zeitaufwands eingeschätzt und jedem Hilfebereich ein Zeitwert zugeordnet. Daraus errechnet sich anhand der Tabelle (S. 12 des BRP) die Hilfebedarfsgruppe.

Die Beteiligung des Hilfeempfängers kann in verschiedener Weise erfolgen. Wenn die Teilnahme an einem Hilfeplanungsgespräch eine Überforderung darstellt, ist nach einer anderen Form der Beteiligung, ggf. auch in kleinsten Schritten, zu suchen.

Für den Hilfeplanungsprozess gilt also folgende Grundregel, die in den Leistungsbeschreibungen des Berliner Rahmenvertrages festgehalten ist:

Im Rahmen einer individuellen Hilfeplanung sind unter Einbeziehung des Hilfeempfängers, ggf. wichtiger Bezugspersonen, des Kostenträgers der Maßnahme, aller an

Grundregel

¹ Grundlagen: Bundesministerium für Gesundheit (Hg.): Von institutions- zu personenzentrierten Hilfen in der psychiatrischen Versorgung. Schriftenreihe des BMG Bd. 116, Band I Bericht zum Forschungsprojekt des BMG „Personalbemessung im komplementären Bereich der psychiatrischen Versorgung“, Nomos-Verlagsgesellschaft Baden-Baden 1999. Weitere Quellen sind verschiedene Materialien der Aktion Psychisch Kranke e.V., Bonn, sowie: Kauder; V., Aktion Psychisch Kranke e.V. (Hg.): Personenzentrierte Hilfen in der psychiatrischen Versorgung, Psychiatrie-Verlag Bonn 1997

Eingliederungshilfemaßnahmen beteiligten Einrichtungen sowie möglichst auch sonstiger beteiligter Therapeuten und Hilfspersonen folgende Aspekte festzuhalten und schriftlich zu dokumentieren:

- Die allgemeine soziale Situation,
- die bisherige und aktuelle Behandlungs- und Betreuungssituation,
- die aktuelle Problemlage des Klienten bzw. die Entwicklung im Zeitraum seit der letzten Planung,
- die Wünsche und Vorstellungen des Hilfeempfängers, insbesondere, wenn sie von der vereinbarten Hilfeplanung abweichen oder abwichen,
- die diesbezüglichen Fähigkeiten und Ressourcen, Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen des Hilfeempfängers,
- die vorrangigen Ziele der Eingliederung,
- die Indikatoren für den Grad der Zielerreichung,
- aktivierbare nichtpsychiatrische Hilfen,
- der Bedarf an psychiatrischen Hilfen, also das geplante Vorgehen sowie die Erbringung der Leistung durch einen Träger,
- die Benennung der koordinierenden Bezugsperson (siehe hierzu Seite 9 dieses Leitfadens) des Hilfeempfängers,
- der Planungszeitraum (in der Regel 12, jedoch mindestens 3 Monate).

2. Die Begutachtung der Person

Am Verfahren der Hilfeplanung sind immer zu beteiligen:

- der Klient / die Klientin, sofern er/sie dies nicht ausdrücklich ablehnt,
- eine vertraute Bezugsperson des Klienten, sofern dieser das wünscht,
- der rechtliche Betreuer des Klienten, sofern dessen Wirkungskreis berührt ist oder er zu den Vertrauenspersonen des Klienten gehört,
- alle am Leistungsgeschehen beteiligten Leistungserbringer,
- der Sozialpsychiatrische Dienst,
- das psychiatrische Krankenhaus bzw. die psychiatrische Abteilung des Krankenhauses, in dem sich der Klient zum Zeitpunkt der Hilfeplanung befindet oder vor kurzem befand,
- der Kostenträger der Maßnahme,
- andere Einrichtungen, Dienste oder Personen, die einen wesentlichen Bezug zum Klienten haben.

Wer ist zu beteiligen?

Die Beteiligung des Klienten / der Klientin kann auf verschiedene Weise erfolgen. Im idealen Fall werden die Inhalte des Behandlungs- und Rehabilitationsplans (BRP) von einer durch die Betreuung oder Behandlung vertrauten Bezugsperson besprochen und erfragt. Es ist hierzu nicht unbedingt erforderlich, dass die schriftliche Ausarbeitung des BRPs gemeinsam mit den Klienten erfolgen muss. Gleichwohl kann unter persönlich spezifischen Umständen auch die gemeinsame Erarbeitung dieses BRPs sinnvoll sein. Unter günstigen Umständen werden die Inhalte des BRPs im gemeinsamen Gespräch erarbeitet und später durch eine Bezugsperson in den BRP übertragen. Mit ihrer Unterschrift bestätigen die Klienten, dass die schriftliche Fixierung im BRP zur Hilfebedarfsermittlung dem Gesprächsverlauf entspricht. Hierfür ist von besonderer Bedeutung, dass abweichende Meinungen des Klienten/der Klientin im betreffenden Teil des BRPs sauber dokumentiert sind.

Zunächst ist mit der Klientin / dem Klienten eine Vorstellung von der weiteren Lebensentwicklung zu erarbeiten. Dabei geht es um den Lebensmittelpunkt, die Wohnung, ggf. das Zusammenleben mit anderen Menschen, aber auch um die Zeitgestaltung über den Tag, die Woche und in der Perspektive darüber hinaus (einschließlich Arbeitstätigkeit). Es ist notwendig, konsequent von den Wünschen und Bedürfnissen

der Klienten auszugehen. Dabei sind auch die Lebens- und Umweltbedingungen im engeren und weiteren Umfeld der Klienten sorgfältig zu betrachten und hinsichtlich ihrer belastenden oder stützenden Aspekte zu analysieren. Nach der gemeinsamen Erarbeitung der angestrebten Lebensform und der Tagesgestaltung erfolgt - wiederum gemeinsam - die Prüfung, über welche diesbezüglichen Ressourcen die Klienten verfügt und mit welchen Problemen auf dem Weg zu dieser Lebensform zu rechnen ist. Dabei kann es sich um erhebliche Beeinträchtigungen durch die Krankheitssymptomatik, um Probleme der Bewältigung von alltäglichen Anforderungen und Konflikten, aber auch um besonders belastende (oder auch entlastende) Umfeldkonstellationen handeln. Um zu einer angemessenen Problemeinschätzung zu gelangen, sind drei einander ergänzende Zugangsweisen erforderlich:

- die Erhebung der Lebens- und Krankheitsgeschichte, einschließlich der aktuellen Lebenssituation,
- die möglichst umfassende Einschätzung von aktuellen Fähigkeiten, Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen,
- die Betrachtung der Umfeldsituation des Klienten.

Die Fähigkeiten, Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen sind bezogen auf die angestrebten Ziele mit der folgenden Gliederung einzuschätzen:

- *Beeinträchtigungen und Gefährdungen durch die psychische Erkrankung hinsichtlich*
 - Antrieb (Depressivität/ Selbstwertgefühl)
 - Körpererleben
 - Angstsyndrom
 - Realitätsbezug (Halluzinatorisches Erleben)
 - Abhängigkeit (Suchtverhalten)
 - emotionaler Instabilität
 - Gedächtnis/ Orientierung
 - Auffassung/ Intelligenz
 - Sinnorientierung des Lebens
 - körperlicher Erkrankung bzw. Behinderung
 - selbstgefährdendem Verhalten
 - störendem bzw. fremdgefährdendem Verhalten
 - des sexuellen Bereichs
- *Aufnahme und Gestaltung persönlicher und sozialer Beziehungen*
 - im engeren Wohn-/ Lebensbereich
 - in Partnerschaft/Ehe
 - in sonstigen familiären Beziehungen
 - im Außenbereich (u.a. im Kontakt zu Behörden, Ärzten, Einkaufsmöglichkeiten)
 - im Bereich Ausbildung/ Arbeit
- *Selbstversorgung/Wohnen, Tages- und Kontaktgestaltung/ Freizeit/ Teilhabe am gesellschaftlichen Leben, Arbeit/ arbeitsähnliche Tätigkeiten/ Ausbildung*
 - Ernährung
 - Körperpflege/ Kleidung
 - Umgang mit Geld
 - Wohnraumreinigung und -gestaltung
 - Mobilität
 - körperliche Aktivitäten
 - sprachliche Ausdrucksfähigkeit

- Tag-Nacht-Rhythmus
- Inanspruchnahme psychiatrischer Hilfen
- Inanspruchnahme medizinischer und sozialer Hilfen
- Aufnahme einer Beschäftigung/ Arbeit/ Ausbildung
- Erfüllung der Arbeits- bzw. Ausbildungsanforderungen
- Gestaltung frei verfügbarer Zeit einschließlich Reisen
- Teilnahme am gesellschaftlichen Leben

Diese Gliederung dient der Präzisierung von Fähigkeiten und Einschränkungen der Klienten hinsichtlich der angestrebten Lebensform und bezogen auf die die Hilfeplanung auslösende Erkrankung oder Störung. Sie soll nicht als Leitfaden für die Erstellung einer Diagnose oder eines Krankheitsprofils verstanden werden! Sie dient aber als Hilfestellung zur Analyse der zur Verfügung stehenden persönlichen Ressourcen sowie der Art und Intensität der Beeinträchtigungen.

Sinn der Gliederung

Vor dem Hintergrund der Problemlage, in Kenntnis der Vorstellungen des Klienten für sich selbst und aus der Analyse der Ressourcen und Beeinträchtigungen des Klienten selbst und seiner Umfeldbedingungen können nun die Ziele für erforderliche Maßnahmen abgewogen werden. Dabei sind die Ziele so konkret wie zum Zeitpunkt der Erstellung des Hilfeplans möglich und bezogen auf die geplante Zeitdauer der Maßnahme zu benennen. Je konkreter die Ziele gefasst sind, desto konkreter können mögliche Indikatoren der Zielerreichung und auch die darauf bezogenen Vorgehensweisen im Rahmen der Maßnahmen beschrieben werden.

Ziele

Deutlich erkennbar ist die Kreisförmigkeit der Betrachtungsweise: Ausgehend von den Wünschen und Vorstellungen der Klienten werden die (ggf. krankheitsbedingten) Beeinträchtigungen, die an der Umsetzung der Ziele hindern sowie die zur Verfügung stehenden persönlichen Ressourcen besprochen und eine Annäherung an mögliche und erreichbare Ziele versucht. Damit wird sehr häufig eine Kompromissbildung zwischen der subjektiven Selbstwahrnehmung der Klienten, der Einschätzung der professionellen Helfer sowie der Möglichkeiten und Ressourcen der vorhandenen Einrichtungen und Dienste verbunden sein.

Realistische Zielsetzungen werden ergeben: Nicht jede Beeinträchtigung, Fähigkeitsstörung oder Umfeldbelastung kann aufgehoben werden. Erfolge bei der Erreichung begrenzter Ziele sind deshalb meist hilfreicher als aussichtsarme Anstrengungen bei zu hohen Erwartungen. Durch eine sorgfältige Suche nach Anknüpfungspunkten für positive Entwicklungen in der Biografie der Klienten und im aktuellen Lebensumfeld können motivierende Zielorientierungen gefunden und Defizitorientierungen vermieden werden.

Die Ziele müssen auf den Zeitraum bezogen sein, der als Hilfeleistungszeitraum beantragt wird (in der Regel 12 Monate, im Einzelfall aber auch 3 oder 6 Monate).

Zeithorizont

Beim Erwägen von möglichen und sinnvollen Zielen wird es hilfreich sein, sich immer wieder zu vergegenwärtigen, welche Veränderungen sich für den betreffenden Menschen ergeben würden, wenn ein Ziel erreicht wäre. Dabei kann man sich von der Frage leiten lassen: „Woran würde ich merken, dass das Ziel erreicht ist?“. Diese Frage kann in gleicher Weise gestellt werden, wenn ein Ziel nur teilweise erreicht wird. Anhand dieser Frage lässt sich für jedes Ziel ein eigener „Maßstab“ entwickeln, an dem das teilweise oder vollständige Erreichen des Ziels „gemessen“ werden kann. Solche „Maßstäbe“ – im BRP „Indikatoren“ genannt – können nur für jeden Klienten und jedes Ziel individuell beschrieben werden. So kann das Ziel „Achtet auf ausgewogene Ernährung“ bei einem Klienten bedeuten, wenigstens drei Mal in der Woche eine warme Mahlzeit zu sich zu nehmen, bei einem anderen Klienten hingegen, auf übermäßiges Essen bewusst zu verzichten, um eine – nicht selten durch Medikamenteneinnahme mitbedingte – Gewichtszunahme wenigstens zu mindern. Insofern müsste

Indikatoren für die Zielerreichung

der Indikator für die Zielerreichung trotz gleicher Zielbeschreibung in diesem Beispiel ganz unterschiedlich lauten. Wenn ein Ziel im Erhalt von Fähigkeiten oder persönlichen Ressourcen besteht ist dies in der Formulierung des Indikators zu berücksichtigen. U.U. ist es dafür hilfreich, sich zu vergegenwärtigen, worin die Verschlimmerung bestünde, die mit Hilfe des Vorgehens vermieden oder verhindert oder auch nur gemildert werden soll. Gelegentlich wird die Überlegung, woran man feststellen könnte, ob das Ziel erreicht wurde, dazu führen, das Ziel konkreter oder verändert zu formulieren. Daher ist es empfehlenswert, vor einer Verschriftlichung der Ziele immer gleich die Indikatoren mit zu bedenken.

Bei der Formulierung der Ziele und der Indikatoren, also gerade auch bei der Überlegung, an welchen Umständen erkannt werden könnte, dass ein Ziel erreicht wird, ist der Klient so weit wie möglich einzubeziehen.

Die Prüfung des Hilfebedarfs umfasst zwei Teilschritte:

- Die weitestmögliche Ausschöpfung aktivierbarer nichtpsychiatrischer Hilfen,
- die Einschätzung von Art und Intensität notwendiger psychiatrischer Hilfen.

Mit aktivierbaren nichtpsychiatrischen Hilfen sind alle Hilfen gemeint, die von anderen Diensten, die nicht dem psychiatrischen Hilfesystem zuzurechnen sind, erbracht werden können. Dazu können auch Familienmitglieder und Nachbarn gehören, aber auch Hilfen von Sozialstationen, aus dem Arbeitsumfeld oder aus anderen nichtpsychiatrischen Kontaktfeldern.

Es ist also grundsätzlich wichtig zu beachten, dass

- nicht jede Beeinträchtigung eine therapeutische Zielsetzung und einen Hilfebedarf auslöst,
- die Klientin / der Klient die Hilfen akzeptiert und will (in Ausnahmefällen der rechtliche Betreuer),
- die Selbsthilfepotentiale der Klienten (und ihres Umfeldes) nicht durch ein Zuviel an kompensatorischer Hilfe gemindert werden und
- ein Zuviel an fördernden Hilfen überfordern kann.

Der Hilfeplan stellt damit ein verhandeltes Ergebnis zwischen den Wünschen und der angestrebten Lebensform der Klienten und der Konfrontation mit der Einschätzung der beteiligten Einrichtungen und Dienste hinsichtlich möglicher Realisierungsschritte dar. Aus dem Hilfeplan ergeben sich die Hilfeleistungen im einzelnen, die dann noch der abschließenden Leistungsbewilligung durch den Kostenträger bedürfen.

3. Die Zuordnung der Ziele und der geplanten Hilfen zu sozial-psychiatrischen Leistungsbereichen

Die Hilfeleistungen ebenso wie die Ziele der Hilfen werden vier Leistungsbereichen zugeordnet. Als lebensfeldbezogene Leistungsbereiche werden unterschieden:

1. Selbstversorgung (Bereich Wohnen und Wirtschaften)
2. Tages- und Kontaktgestaltung
3. Beschäftigung, Arbeit und Ausbildung..
4. Außerhalb der lebensfeldbezogenen Leistungsbereiche können Ziele und Leistungen in einem vierten Leistungsbereich beschrieben werden, wenn es sich um Leistungen handelt, die sich aus der Erkrankung und/oder Behinderung ergeben, auf die Bewältigung der Krankheit und /oder Behinderung zielen, aber keinem der Lebensfelder eindeutig und sinnvoll zugeordnet werden können („Krankheitsbewältigung“).

Leistungsbereiche

Die vier Leistungsbereiche werden ergänzt durch:

- Leistungen der Koordination durch eine therapeutische Bezugsperson und Behandlungsplanung und Abstimmung (sind zu einem sozialpsychiatrischen Leistungsbereich zusammengefasst).
- Integrierte psychotherapeutische Leistungen ergänzen ggf. das mögliche Leistungsgeschehen.
- Bei Leistungserbringung in ambulant betreuten Wohnformen können bei Bedarf die Leistungen zur Anwesenheitsbereitschaft und/oder Nachtbereitschaft hinzutreten.

Die Zuordnung von geplanten Zielen und Hilfen (Leistungen) zu einem Leistungsbereich dient der Strukturierung der Hilfeplanung und der Sicherstellung der notwendigen Breite und Übersicht über die angemessenen Hilfeziele und -maßnahmen. Nur in der Zuordnung von Zeitwerten wird die Zuordnung zu einer Gruppe mit (quantitativ) vergleichbarem Hilfebedarf vorgenommen.

Grundsätzlich werden alle zukünftig zu erbringenden Leistungen dem Leistungsbereich zugeordnet, dem sie *intentional* zugehören. Damit ist gemeint, die zukünftig notwendigen Hilfeleistungen den Lebensfeldern zuzuordnen, deren Bewältigung sie in der Absicht dienen werden. Ein Beispiel: Die Verabredung, einen Klienten an jedem Morgen eines Werktages in seiner Wohnung abzuholen, um sicherzustellen, dass er rechtzeitig an seinem Arbeitsplatz ankommt, ist eine Leistung, die dem Lebensfeld „Arbeit“ zuzuordnen ist, gleichgültig wer (d.h. welche Einrichtung) diese Hilfeleistung erbringt.

Die Zuordnung zu konkreten *Leistungserbringern* (d.h. Einrichtungen oder Trägern) erfolgt erst in einem weiteren (dritten) Schritt. Die Leistungsbereiche unterscheiden nicht zwischen Einrichtungen. So kann jede Einrichtung grundsätzlich Leistungen in jedem Leistungsbereich erbringen. Im Rahmen der Vereinbarungen über die Leistung, die Vergütung und die Prüfung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Leistungen hat der Träger der Einrichtung die Breite der Leistungsbereiche und die Gruppen vergleichbaren Hilfebedarfs vereinbart.

Hinsichtlich der sozialpsychiatrischen Leistungen in den vier Leistungsbereichen ist hervorzuheben, dass es sich um notwendige Hilfen durch eine psychiatrische Fachkraft handeln muss, d.h. um Hilfen, die aufgrund der besonderen Problematik des Einzelfalles nicht durch allgemeine soziale oder Nachbarschaftshilfe erbracht werden können.

Es werden folgende Leistungsbereiche unterschieden:

I. Sozialpsychiatrische Leistungen zur Selbstversorgung (Bereiche Wohnen, Wirtschaften, Inanspruchnahme medizinischer und sozialer Hilfen)

Zum Leistungsbereich ‘Selbstversorgung’ gehören alle Leistungen, die das eigenverantwortliche Leben in einem weitgehend dem Normalisierungsprinzip folgenden Lebensrahmen zum Ziel haben. Alle Aktivitäten, die mit der ‘Sorge um sich selbst’ verknüpft sind, werden diesem Leistungsbereich zugeordnet. Dazu gehören die Sorge um Wohnung (einschließlich des sozialen Umfelds und aller Maßnahmen zur Erhaltung der Wohnung), Gesundheit, Hygiene, Essen, Kleidung, Wahrnehmung von Arztterminen, Behördengänge, Familienkontakte etc..

II. Sozialpsychiatrische Leistungen zur Tages, Freizeit- und Kontaktgestaltung und zur Teilnahme am öffentlichen Leben

Zu diesem Leistungsbereich zählen alle Leistungen, die zu dem Lebensbereich außerhalb der Sorge um das eigene häusliche Leben gehören. Wesentlich für die Zuordnung zu diesem Leistungsbereich sind Leistungen der Sorge um die Gestaltung des Tages-

Zuordnung von Leistungen zu Leistungsbereichen

ablaufs, der Begleitung durch den Tag auβerhalb des primären Wohnbereiches und Aktivitäten zur Förderung der Freizeit- und Kontaktgestaltung.

Die Pflege sozialer Beziehungen kann ein Kriterium für die Zuordnung zu diesem Leistungsbereich sein. Zentral für die Abgrenzung zu den Leistungsbereichen 'Selbstversorgung' und 'Beschäftigung und Arbeit' ist die finale Zielbestimmung. Wenn eine Maßnahme oder Hilfeleistung dazu dient, den Tag als solchen sinnvoll zu strukturieren (ohne das Mittel „Arbeit“ anzuwenden) oder die Aufnahme sozialer Kontakte zu fördern, so sind sie diesem Leistungsbereich zuzuordnen. So kann z.B. die Einnahme einer Mahlzeit ein Mittel zur Sicherstellung ausreichender Ernährung sein, andererseits auch Mittel zur Sicherstellung sozialer Kontakte. Im ersteren Fall wäre sie dem Leistungsbereich „Selbstversorgung/ Wohnen“ zuzurechnen, im zweiten Fall dem Leistungsbereich „Tagesgestaltung“. Wenn gleichzeitig verschiedene Ziele verfolgt werden, ist aus Gründen der Zuordnung pragmatisch auf ein primäres Ziel abzustellen.

Die Angebote von Kontakt- und Beratungsstellen für psychisch kranke Bürger werden aus Zuwendungsmitteln des Landes Berlin finanziert. Sie sind deshalb ggf. in der Hilfeplanung, nicht aber in der Hilfebedarfsbemessung zu berücksichtigen, wenn ein Klient dort gezielt Leistungen in Anspruch nehmen soll.

III. Sozialpsychiatrische Leistungen im Bereich Beschäftigung, Arbeit und Ausbildung

Dieser Leistungsbereich umfasst das gesamte Spektrum der Begleitung und Förderung von Arbeit und arbeitsähnlichen Tätigkeiten. Das Spektrum des Begriffs „Arbeit“ reicht in diesem Zusammenhang von sinnstiftenden Tätigkeiten ohne arbeitsvertragliche Vereinbarung über Begleitung von und zur Arbeitstherapie und Arbeitserprobung sowie Arbeitstraining bis hin zu Leistungen der Eingliederung in das Arbeitsleben, der Arbeitsplatzhaltung, auch an beschützten Arbeits- und Zuverdienstplätzen und schließt die Förderung und Begleitung der Maßnahmen zur Berufsfindung und -förderung ein. Maßnahmen der Unterstützung oder Begleitung schulischer und außerschulische Bildung können auch diesem Leistungsbereich zugeordnet werden.

Für die Zuordnung zu diesem Leistungsbereich ist bestimmend, dass es sich um Leistungen handelt, die dem Ziel einer regelmäßigen Aktivität im Sinne von Arbeit oder arbeitsähnlicher Tätigkeit folgen. So ist nicht nur die tatsächliche Durchführung einer Beschäftigungsmaßnahme diesem Leistungsbereich zuzuordnen, sondern auch alle Maßnahmen, die zu diesem Ziel hinführen, beispielsweise regelmäßige Gespräche, die die Aufnahme einer Beschäftigung unterstützen und fördern oder Wegetraining und -begleitung.

Es gibt Überlappungen zum Bereich sozialpsychiatrische Leistungen zur Tagesgestaltung, wobei entschieden werden muss, ob z.B. die funktionelle Beschäftigungstherapie in einer Tagesstätte im Einzelfall eher der Tagesgestaltung oder der Vorbereitung auf Arbeitstherapie, Arbeitstraining oder einer unmittelbaren beruflichen Eingliederung dient. Ähnliche Zuordnungsprobleme gibt es etwa bei Zuverdienstplätzen. Leistungen, die von Zuverdienstfirmen oder Werkstätten für behinderte Menschen erbracht werden, werden ebenso nicht in der Hilfebedarfsbemessung berücksichtigt (da sie über eine eigene Finanzierung verfügen) wie Leistungen anderer Kostenträger (z.B. Agentur für Arbeit), sondern nur die Leistungen, die die Wahrnehmung dieser Angebote fördern, ermöglichen, begleiten oder vorbereiten.

In fachlicher Hinsicht ist geboten, diesem Lebensfeld besondere Aufmerksamkeit zu widmen. Wie kein anderer Leistungsbereich ist Arbeit geeignet, eine Vielzahl von Bedürfnissen gleichzeitig zu erfüllen und dabei auch das Gefühl der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu vermitteln.

Arbeit ist wichtig!

IV. Sozialpsychiatrische Leistungen im Zusammenhang mit den Beeinträchtigungen aufgrund der psychischen Erkrankung, welche nicht eindeutig den Lebensfeldern zuzuordnen sind

Können Ziele und Leistungen nicht einem der drei lebensfeldbezogenen Leistungsbereiche Selbstversorgung/ Wohnen, Tages-, Freizeit- und Kontaktgestaltung oder Beschäftigung, Arbeit, Ausbildung zugeordnet werden, sind aber dennoch zur Bewältigung der Erkrankung oder Beeinträchtigung erforderlich, so können sie diesem Leistungsbereich zugeordnet werden. Hier wird sich jedes Vorgehen einordnen lassen, das unmittelbar auf die Krankheitsbewältigung zielt und nicht das Ziel der Förderung von Fähigkeiten und Fertigkeiten in einem der drei Lebensfelder mit sich führt. In diesen Bereich gehören Leistungen, die den bewussten Umgang mit krankheitsbedingten Beeinträchtigungen und Störungen der Wahrnehmung, der kognitiven und emotionalen Verarbeitung sowie der psychischen und körperlichen Leistungsfähigkeit und Stabilität fördern, sofern sie isoliert von Aktivitäten in den lebensfeldbezogenen Leistungsbereichen erbracht werden.

Alle Aktivitäten, die geeignet sind, den Prozess der Krankheitseinsicht und -verarbeitung zu unterstützen, zu begleiten und auf diese Weise eine psychische und körperliche Stabilisierung zu erreichen, werden diesem Leistungsbereich zugeordnet. Als Beispiele mögen hier die Erarbeitung von Frühwarnzeichen, die Sicherstellung der Einnahme von Medikamenten und die Teilnahme an psychoedukativen Gruppen dienen, sofern diese Aktivitäten nicht schon durch die Planungen in den lebensfeldbezogenen Leistungsbereichen berücksichtigt wurden.

Diese vier Leistungsbereiche werden ergänzt um die Leistungsbereiche

***Ergänzende
Leistungen***

Sozialpsychiatrische Leistungen zur Koordination des Behandlungs- und Rehabilitationsplanes durch eine koordinierende Bezugsperson sowie Behandlungsplanung und -abstimmung

Sozialpsychiatrische Leistungen zur Koordination der Behandlung und/oder Rehabilitation sowie anderer notwendiger medizinischer und sozialer Hilfen durch eine koordinierende Bezugsperson sind immer dann erforderlich, wenn der Klient Leistungen mindestens in einem der Bereiche 'Selbstversorgung', 'Tagesgestaltung', 'Beschäftigung' oder 'Krankheitsbewältigung' erhält. Die koordinierende Bezugsperson ist hier sowohl persönlich begleitend, d.h. den Klienten motivierend, stützend, konfrontierend und das Umfeld beratend, wie auch prozessbegleitend in der Vermittlung zwischen den verschiedenen Professionellen tätig. Es geht dabei nicht so sehr um organisatorische Maßnahmen, sondern um die fortlaufende therapeutische Umsetzung des Behandlungs-/Rehabilitationsplanes. Dabei sind neben den psychiatrischen Leistungen des Komplexleistungsprogramms auch etwaige weitere psychiatrische Hilfen wie auch alle Hilfen des sozialen Umfeldes und Leistungen nichtpsychiatrischer Dienste und Einrichtungen einzubeziehen. Die koordinierenden Hilfen müssen sich streng am Selbsthilfeprinzip orientieren; sie sollen nur dann und so weit geleistet werden, wie der Klient (auch mit Hilfe seines Umfeldes gegebenenfalls seines gesetzlichen Betreuers und nichtpsychiatrischer Dienste) dazu nicht in der Lage ist. Die Aufgabe wird meist von der Bezugsperson mit dem intensivsten persönlichen Kontakt zu dem Klienten übernommen, in der Regel eine Fachkraft, die Hilfen in den Leistungsbereichen 'Selbstversorgung', 'Tagesgestaltung', 'Beschäftigung' oder 'Krankheitsbewältigung' erbringt. Ihr obliegt die Verantwortung gegenüber allen am Hilfesgeschehen für diesen Klienten beteiligten Personen und Einrichtungen für die Umsetzung, Korrektur oder Einhaltung des Hilfeplans Sorge zu tragen.

***Koordinierende
Bezugsperson***

Auch wenn es in manchen Fällen nicht ganz einfach sein sollte, die Funktion der koordinierenden Bezugsperson von anderen Leistungsbereichen abzugrenzen, ist es jedoch wichtig, diesen Aufgabenbereich besonders festzulegen und verantwortlich zu-

zuordnen. Es handelt sich um eine spezifische, unbedingt notwendige Aufgabe, die auch bei der Zeitbemessung berücksichtigt werden muss.

Die Behandlungsplanung und -abstimmung umfasst die notwendige fachliche Abstimmung der am Behandlungs- und Rehabilitationsprozess beteiligten Professionellen (einschließlich des Kostenträgers) i.S. der Ersterstellung, der Verlaufskontrolle und der Anpassung des Vorgehens, sowohl situationsbedingt als auch in regelmäßigen Abständen und bei der Überprüfung der Notwendigkeit zur Fortsetzung der Maßnahmen.

Sie kann in Form von

- regelmäßigen oder anlassbezogenen Abstimmungsterminen,
- kurzem, z.B. telefonischem Austausch zwischen zwei Beteiligten (situationsbedingt bei unerwarteten Veränderungen),
- einer sämtliche Mitarbeiter einbeziehenden Fallkonferenz
- oder entsprechend den Erfordernissen in einer Zwischenform

erfolgen.

Alle Beteiligten sind in den Austauschprozess einzubeziehen. Soweit möglich, sollten der Klient und wichtige Bezugspersonen direkt bei der Abstimmung anwesend und beteiligt sein. Auf jeden Fall sind veränderte Einschätzungen und Planungen (ggf. die Verlängerung der Maßnahme) mit dem Klienten und, soweit von ihm erwünscht und erforderlich, mit Kontaktpersonen zu besprechen und abzustimmen.

Behandlungsplanung und Koordination sind in Berlin zu einem Leistungsbereich zusammengefasst, der mit einem einheitlichen Minutenwert bemessen wird. Er wird nur einem Leistungstyp zugeordnet, auch wenn das Leistungsgeschehen auf zwei oder mehr Leistungstypen aufgeteilt wird.

Integrierte psychotherapeutische Leistungen

Diese ergänzenden Leistungen sind eng definiert: Damit sind ausdrücklich Leistungen beschrieben, die bei der Krankenkasse nicht beantragt werden, weil die Klienten über den üblichen Weg diese Leistungen nicht in Anspruch nehmen können. Integrierte psychotherapeutische Leistungen können für Menschen beantragt werden, die den Psychotherapeuten nicht aufsuchen würden, dem dortigen Setting nicht gewachsen wären oder zur Zeit nur das Setting des Trägers annehmen können.

Integrierte psychotherapeutische Leistungen befähigen mittels psychotherapeutischer Methoden zur Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft. Diese Leistungen können nur gewährt werden, wenn *gleichzeitig* Leistungen in mindestens einem der Leistungsbereiche 'Selbstversorgung', 'Tagesgestaltung und Kontaktfindung' oder 'Förderung von Beschäftigung, Arbeit und Ausbildung' erbracht werden. Integrierte psychotherapeutische Leistungen werden von einer Person als Einzelbehandlung erbracht, die in einem der vorgenannten Leistungsbereichen unmittelbar mit Klienten der Einrichtung tätig ist. Sie ermöglichen in der Kombination mit Leistungen aus den anderen Leistungsbereichen die Bearbeitung der Störungen der Beziehungsfähigkeit, die den Klienten an der Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft hindern. Die Art der Leistungserbringung ist hierbei an psychotherapeutischen Methoden orientiert und gewährleistet durch die Verknüpfung mit der Leistungserbringung in anderen Leistungsbereichen ein Beziehungsgeflecht zwischen Klient und Leistungserbringer, das die Voraussetzungen für eine Bearbeitung insbesondere der psychotischen Problematik schafft. In der Abgrenzung zu psychotherapeutischen Leistungen nach SGB V ist zu beachten, dass sie nur Hilfeempfängern gewährt werden können, die aufgrund ihrer Störungen und Beeinträchtigungen entsprechend des Abschnitts 2 zur Inanspruchnahme von psychotherapeutischen Leistungen nach SGB V nicht in der Lage sind. Die

Wann können integrierte psychotherapeutische Leistungen erbracht werden?

Mitarbeiter, die die Leistungen erbringen, müssen über eine Approbation nach dem Psychotherapeutengesetz verfügen.

Diese ergänzende Leistung wird als Zuschlag im Behandlungs- und Rehabilitationsplan festgehalten.

Für die vier Leistungsbereiche ('Selbstversorgung', 'Tagesgestaltung', 'Arbeit', 'Krankheitsbewältigung') gilt grundsätzlich:

Alle notwendigen Leistungen werden nur dann einem oder mehreren Leistungsbereichen zugeordnet, wenn sie regelmäßig einzeln oder in der Gruppe zur Besserung von Fähigkeitsstörungen und/oder zum Erhalt der vorhandenen Fähigkeiten und der aktuellen Lebensform und/oder zur Unterstützung bei der sozialen Eingliederung in den jeweiligen Lebensfeldern erbracht werden. Werden Vorgehensweisen gleichen Inhalts in mehreren Leistungsbereichen benannt, um sie damit verschiedenen Zielen oder Leistungsbereichen zuzuordnen, dürfen sie nur einmal als Zeitaufwand berechnet werden.

Bei Leistungserbringung in ambulant betreuten Wohnformen sind neben der Koordination und Behandlungsplanung sowie den integrierten psychotherapeutischen Leistungen folgende ergänzende Leistungen klientenbezogen wählbar:

- Anwesenheitsbereitschaft und
- Nachtbereitschaft.

Anwesenheitsbereitschaft

Unter Anwesenheitsbereitschaft wird verstanden, dass es für den Klienten erforderlich ist, eine Person in unmittelbarer räumlicher Nähe kurzfristig und ohne Verabredung ansprechen zu können. Um diese Anwesenheitsbereitschaft sicherstellen zu können, muss der Träger der Einrichtung fachlich ausgebildete Mitarbeiter so einsetzen, dass diese dem Klienten zur Verfügung stehen können. Die Anwesenheitsbereitschaft kann aber auch erforderlich sein, um die Sicherheit der Wohn- und Lebensverhältnisse des Klienten zu gewährleisten. Aus diesem Grund kann sie in aller Regel nur in einem größeren räumlichen Verbund von mehreren Menschen mit ähnlichem Erfordernis organisiert werden. Sie ist im Leistungsumfang pauschaliert und wird nur in der Frage, ob sie erforderlich ist, nicht aber im individuellen Zeitmaß in der Begutachtung zugemessen.

*Anwesenheits-
bereitschaft*

Nachtbereitschaft

Ähnlich wie in der Anwesenheitsbereitschaft kann es für manche Klienten erforderlich sein, dass sie zu ihrer Sicherheit, zur Gewährleistung ihrer Nachtruhe oder der anderer Menschen in ihrem Umfeld die Ansprechbarkeit von Mitarbeitern benötigen. Anders als in der Anwesenheitsbereitschaft werden dazu nicht zwingend fachlich ausgebildete Mitarbeiter benötigt und diese haben auch die Möglichkeit, die Nacht schlafend zu verbringen. Die Nachtbereitschaft ist als pauschalierter Zuschlag in der Behandlungs- und Rehabilitationsplanung zu berücksichtigen.

Nachtbereitschaft

Davon zu unterscheiden ist die Nachtwache: Darunter wird die nächtliche Anwesenheit einer Fachkraft verstanden, die aus Gründen des Betreuungsaufwands auch die ganze Nacht wach zu bleiben hat. Nachtwachen werden nur in Ausnahmefällen in Wohngemeinschaften vorgehalten und dort einrichtungsbezogen vergütet. In Heimen und Übergangsheimen sind entweder Nachtbereitschaftskräfte oder Nachtwachen tätig, deren Kosten in der Gesamtvergütung enthalten sind.

Nachtwache

4. Ermittlung des Zeitbedarfs

Alle direkt klientenbezogenen Leistungen werden dem jeweiligen Leistungsbereich zugeordnet.

Zu den direkt klientenbezogenen Leistungen gehören sämtliche Leistungen, die eindeutig dem betreffenden Hilfeempfänger zuzuordnen sind. Dies sind neben den direkten Kontakten insbesondere Zeiten für die Vor- und Nachbereitung von Kontakten, Fallbesprechungen, Helferkonferenzen, Dokumentation, Fertigen von Anträgen und Schreiben sowie die Wegezeiten, die regelmäßig anfallen werden. Dazu gehören auch die Tätigkeiten, die für einen Klienten in dessen Abwesenheit verrichtet werden müssen (z.B. Kontakte zu Nachbarn, rechtlichen Betreuern, Angehörigen, anderen Einrichtungen und Diensten, zu Behörden etc.). Es sind also nicht nur die face-to-face-Kontakte zu berücksichtigen, sondern eben alle Tätigkeiten, die sich konkret auf den Klienten bzw. die Klientin beziehen lassen. Dies sollte den Klienten auch während der Hilfeplanung erläutert werden, um jeweils einen Anhaltswert zu den geplanten direkten Betreuerkontakten zu vermitteln.

Direkt klient-bezogene Leistungen

Nicht mitzurechnen sind die Zeiten, die nur indirekt für den Klienten anfallen. Als diese definieren die Leistungstypbeschreibungen z.B.: Team- und Büroorganisation, Supervision, Teilnahme an der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft und anderen Fachgruppensitzungen, Außendarstellung der Einrichtung, allgemeine Kooperationsleistungen, Informationsveranstaltungen für andere Einrichtungen und für die Öffentlichkeit. Hier sind auch Zeiten für Fortbildungen etc. zuzurechnen. Die indirekten Leistungen sind damit nicht als Zeitwert in der Hilfeplanung sondern in der Vergütung je Hilfebedarfsgruppe enthalten.

Indirekte Leistungen

Die Zeitwerte für die direkt klientenbezogenen Leistungen umfassen den unmittelbaren Zeitaufwand eines Betreuers für einen Klienten. Bei allen Maßnahmen, Leistungen oder Tätigkeiten, die ein Betreuer bzw. eine Betreuerin mit mehreren Klienten zusammen erbringt oder verrichtet, muss der Zeitaufwand des Betreuers durch die Zahl aller teilnehmenden Klienten geteilt werden. Bei der Bemessung des Zeitbedarfs ist also die Zahl der Klienten, die auf einen Betreuer zu rechnen sind, zu berücksichtigen. Wird eine Gruppenveranstaltung benötigt, an der durchschnittlich mehrere Klienten teilnehmen, z.B. ein Gruppengespräch in einer Wohngruppe oder eine Veranstaltung in einer Tagesstätte, ist die Zeitdauer durch die Gruppengröße zu teilen. Nehmen mehr als eine Fachkraft an der Gruppenaktivität teil, so ist der Zeitaufwand mit der Zahl der notwendig anwesenden Gruppenleiter malzunehmen.

Berechnung von Gruppenaktivitäten

Wohnen in einer Wohngruppe vier Bewohner und findet das Gruppengespräch zweimal in der Woche in einem Umfang von 60 Minuten statt, so ist für den einzelnen Bewohner der Zeitbedarf mit $120\text{min} / 4 = 30\text{min}$ einzurechnen. Nehmen zwei Mitarbeiter an dem Gruppengespräch teil, so verdoppelt sich dieser Aufwand.

Für jeden Leistungsbereich ist der für die zukünftige Hilfeerbringung durchschnittlich angemessene Zeitbedarf festzulegen. Es gibt keine Begrenzung des Zeitaufwands pro Leistungsbereich; es ist nur die Begrenzung des Gesamtaufwands zu bedenken (Hilfebedarfsgruppe 12). Hierzu müssen *alle* oben genannten direkt klientenbezogenen Leistungen hinsichtlich ihres durchschnittlichen wöchentlichen Zeitaufwands berücksichtigt werden. Dieser Schritt wird in der Praxis nicht immer einfach sein. Die Beteiligten müssen sich auf einen durchschnittlichen wöchentlichen Zeitwert verständigen. Dabei sind Schwankungen - soweit sie einzuschätzen sind - zu berücksichtigen und auf einen Mittelwert zu beziehen.

Zeitbedarf je Leistungsbereich

Die Leistungen des Leistungsbereichs *Koordination und Behandlungsplanung* werden als pauschaler Aufwand mit 40 min wöchentlich berücksichtigt. Dabei ist zu beachten,

dass dieser Zuschlag einmal wöchentlich für einen Klienten nur dem Träger zuzuordnen ist, der diese Leistung erbringt.

Bei Leistungserbringung in ambulant betreuten Wohn- und Betreuungsformen wird der Zeitaufwand für beaufsichtigende Leistungen während des Tages - *Anwesenheitsbereitschaft* -, d.h. die direkte Ansprechbarkeit von Fachkräften in unmittelbarer räumlicher Nähe zu den Klienten, in den personenbezogenen Zeitstufen mittels eines pauschalen Zuschlags von 90 min/Woche berücksichtigt. Im Rahmen der Begutachtung ist in diesem Fall die Notwendigkeit einer solchen Präsenz für die Lebensgestaltung des Klienten festzuhalten und am Ende den Gesamtminutenwerten zuzurechnen.

Anwesenheitsbereitschaft

Die voraussichtlich durchschnittlich erforderlichen Leistungen werden in jedem der vier Leistungsbereiche geplant und in der Summe je Leistungsbereich festgehalten. Anschließend werden sie zusammengerechnet, um die Leistung der Koordination und Behandlungsplanung und ggf. um die Anwesenheitsbereitschaft ergänzt und dann einer der 12 Hilfebedarfsgruppen zugeordnet.

Mit den Zeitstufen der Hilfebedarfsgruppen werden die prospektiv erforderlichen direkt klientenbezogenen Leistungen erfasst. Grundsätzlich gilt, dass die Zeitstufen Oberwerte sind, d.h. sie erfassen das prospektiv erforderliche Leistungsgeschehen bis zu diesem durchschnittlichen wöchentlichen Zeitwert. Bei Leistungserfordernissen oberhalb des Zeitwertes ist die jeweils darüber liegende Zeitstufe (HBG) festzulegen. Eine Einordnung in das Hilfebedarfsgruppenraster findet nur einmal, und zwar nach der Einarbeitung des Aufwandes für Koordination und Behandlungsplanung sowie ggf. der Anwesenheitsbereitschaft statt.

Zeitstufen

Hilfebedarfsgruppe	Alle vier Leistungsbereiche inkl. Koordination und Anwesenheitsbereitschaft
Gruppe 1	180 min/Woche
Gruppe 2	270 min/Woche
Gruppe 3	360 min/Woche
Gruppe 4	450 min/Woche
Gruppe 5	540 min/Woche
Gruppe 6	630 min/Woche
Gruppe 7	720 min/Woche
Gruppe 8	810 min/Woche
Gruppe 9	900 min/Woche
Gruppe 10	990 min/Woche
Gruppe 11	1080 min/Woche
Gruppe 12	1170 min/Woche

Die möglichen Zeitwerte je Woche für die *integrierten psychotherapeutischen Leistungen* sind mit folgenden Werten grundsätzlich festgestellt, sofern der Träger der Einrichtung eine entsprechende Vereinbarung mit dem Sozialhilfeträger geschlossen hat:

Psychotherapeutische Leistungen

Zuschlag A	60 min
Zuschlag B	120 min

Nachtwache oder *Nachtbereitschaft* sind in allen *Heimen und Übergangsheimen* grundsätzlich vorhanden. Sie werden in der Gesamtvergütung einrichtungsbezogen berücksichtigt und müssen für diese Leistungstypen nicht eigens im Behandlungs- und Rehabilitationsplan festgehalten werden. Mit der Zuordnung einer Leistung zum Leistungstyp Heim oder Übergangsheim wird der Bedarf von Nachtbereitschaft oder Nachtwache immanent festgehalten. Bei der Planung ist nur zu bedenken, dass einige Heime und Übergangsheime Nachtbereitschaften statt Nachtwachen vorhalten und daher die entsprechende Einrichtung für den Klienten gesucht werden muss.

Nachtwache in Heimen

Nachtwachen werden in *ambulanten Wohn- und Betreuungsformen* nur als Leistungstypausprägung von Wohngemeinschaften vorgehalten. In Wohngemeinschaften stellen diese eine Ausnahme dar. In der Begutachtung der Person ist festzuhalten, welche Leistungstypausprägung gewählt werden soll. Es muss entsprechend ein Leistungserbringer gefunden werden, der die Nachtwache als besondere Leistung vorhält und hierfür eine einrichtungsbezogene Vergütung mit dem Kostenträger vereinbart hat.

Nachtwachen in Wohngemeinschaften

Der Bedarf an *Nachtbereitschaft* ist bei Wahl einer *ambulant betreuten Wohnform* als Zuschlag auszuwählen, jedoch nicht näher zu quantifizieren.

5. Verteilung auf mehrere Leistungserbringer

Verteilt sich das Leistungsgeschehen auf zwei oder mehr Leistungserbringer, so sind die auf den jeweiligen Leistungserbringer entfallenden Zeitbedarfe voneinander zu unterscheiden und dem jeweiligen Leistungserbringer zuzuordnen. Analoges trifft auch zu, wenn die Leistung von einem Träger in zwei Leistungstypen erbracht wird. Die Aufteilung des Leistungsgeschehens auf verschiedene Leistungserbringer ist unter fachlichen Gesichtspunkten zu treffen. In die Planung der Aufteilung sind alle beteiligten Träger einzubeziehen.

Diese Aufteilung bedarf einer sorgfältigen Abwägung, denn Leistungen aus verschiedenen lebensfeldbezogenen Leistungsbereichen können durchaus unterschiedlichen Einrichtungen zugeordnet werden. Ein Beispiel: Leistungen aus dem Bereich 'Selbstversorgung/Wohnen' können sowohl von einer Einrichtung oder einem Dienst des betreuten Wohnens erbracht werden, wie auch von einer Tagesstätte. Wenn beide Einrichtungen tätig werden sollen, müssen die Leistungen innerhalb dieses Leistungsbereiches hinsichtlich des Zeitaufwandes dem Träger zugeordnet werden, der die Leistungen erbringen soll. Im Grundsatz müssen also immer die tatsächlich notwendigen Tätigkeiten hinsichtlich ihres Zeitbedarfs geschätzt und einer Einrichtung/einem Dienst zugeordnet werden. Dabei muss sorgfältig darauf geachtet werden, dass die Zuordnung den fachlichen Erwägungen entsprechen muss. Sollten die Kapazitäten einer Einrichtung nicht ausreichen, muss in den bezirklichen Steuerungsgremien nach zweit- oder drittbesten Lösungen gesucht werden.

Auf den Seiten 8 bis 11 des Behandlungs- und Rehabilitationsplanes ist für jeden Leistungsbereich in der Rubrik „Vorgehen“ ein Zeitwert anzugeben (Min/Woche), der sich auf das gesamte Leistungsgeschehen in diesem Leistungsbereich bezieht. In der Spalte „Erbringung durch“ werden die Leistungserbringer benannt. Soweit beide Träger innerhalb eines Leistungsbereichs tätig werden, ist für jeden der Träger der auf ihn entfallende Zeitanteil zu beziffern (z.B. Leistungsbereich Selbstversorgung umfasst 300 Minuten/Woche, davon Träger A 100 Min/Wo., Träger B 200 Min/Woche).

Handhabung im BRP Seite 8 bis 11

Auf Seite 12 des BRP wird dann in *Zeile A* die Summe der Gesamtminuten (Gesamtumfang für beide Träger) aus den Leistungsbereichen I-IV übertragen. Zu dieser

Handhabung im BRP Seite 12

Summe tritt der Zeitwert für Koordination/Behandlungsplanung (40 Min./Woche) und bei entsprechendem Bedarf der Zeitwert für eine Anwesenheitsbereitschaft (90 Min/Woche) hinzu.

In der *Zeile B* wird in diesem Fall kein Eintrag vorgenommen, da sich durch die Aufteilung des Leistungsgeschehens auf verschiedene Einrichtungen und Dienste für einen Klienten unterschiedliche Hilfebedarfsgruppen ergeben.

In der Tabelle unter *Zeile C* ist hierzu für jeden Leistungserbringer (Angabe des Leistungstyps) eine Zeile auszufüllen (Träger „A“ Zeile 1, Träger „B“ Zeile 2). In der dritten Spalte der Tabelle ist je Träger/Leistungstyp der Minutenumfang/Woche anzugeben. Er ergibt sich aus den auf diesen Träger entfallenden Zeitanteilen in den vier Leistungsbereichen (gem. Aufteilung auf Seite 8-11) zuzüglich des Zeitwerts für Koordination/Behandlungsplanung sowie bei Bedarf Anwesenheitsbereitschaft. Es ist dabei zu beachten, dass diese ergänzenden Leistungen nur einmal und nur dem Träger zugeordnet werden, der sie erbringt. Die Summe der Wochenminuten beider Leistungstypen in Spalte 3 muss mit dem Ergebnis in Zeile A übereinstimmen. Je Leistungserbringer wird dann in der Tabelle in den Spalten 4 - 6 der Bedarf an ergänzenden Leistungen lediglich durch „Ja/nein“ dargestellt. Auch für die integrierte psychotherapeutische Leistung gilt, dass sie nur einem der beiden Leistungserbringer zugeordnet werden kann. In Abhängigkeit des in Spalte 3 je Leistungstyp ermittelten Zeitumfangs/Woche wird die Hilfebedarfsgruppe durch Aufrundung je Leistungstyp ermittelt und in der letzten Spalte vermerkt.

Zuordnung zu Hilfebedarfsgruppen bei zwei Leistungserbringern

6. Einige ergänzende Hinweise zur Benutzung des Behandlungs- und Rehabilitationsplans (Zuordnung zu einer Gruppe mit vergleichbarem Hilfebedarf)

Grundsätzlich sind alle im BRP enthaltenen Ausführungen so zu formulieren, dass der Klient sie auch ohne erläuternde Hilfe verstehen und nachvollziehen kann.

Der Bogen zur Feststellung des Hilfebedarfs enthält verschiedene voneinander zu unterscheidende Teile:

Die Teile A und B dienen zur Anamnese der Daten zur Lebenssituation.

Der Teil C (Seite 3) fasst die Prozesse der Behandlungs- und Rehabilitationsplanung zusammen und erfordert die Angabe der Beteiligten. Dort ist auch zu beachten, dass eine koordinierende Bezugsperson benannt wird, der in der Umsetzung des Behandlungs- und Rehabilitationsplans eine zentrale Funktion zukommt. Bei der Benennung dieser Person sind die Wünsche des Klienten bzw. der Klientin vorrangig zu berücksichtigen; es soll sich jedoch immer um eine Fachkraft handeln, die am Leistungsgeschehen beteiligt ist.

In den Teilen D und E (Seite 4) werden die Erkrankungsgeschichte, die medizinische Behandlung sowie ergänzende Angaben zur Biographie erfragt. Dieser Teil verbleibt bei der begutachtenden Stelle (dem Sozialpsychiatrischen Dienst).

Der folgende Teil F (Seiten 5 und 6) des BRP dient zur Beschreibung der aktuellen Problemlage zum Zeitpunkt der ersten Erstellung eines Behandlungs- und Rehabilitationsplans bzw. der Beschreibung der Entwicklung im Zeitraum zwischen zwei Behandlungs- und Rehabilitationsplänen (Entwicklungsbericht). Im Entwicklungsbericht ist ausdrücklich auf die vorangegangene Planung (besonders Problemlage, Ziele und Vorgehen) einzugehen. Dabei ist anhand der Indikatoren für das Erreichen der beschriebenen Ziele einzugehen und zu beschreiben, wie weit diese Ziele erreicht werden konnten, was einer Zielerreichung ggf. entgegenstand und ob die im vorangegan-

Entwicklungsbericht

genen Behandlungs- und Rehabilitationsplan genannten Ziele oder Indikatoren einer Modifikation bedurften oder bedürfen. Förderliche oder hinderliche Rahmenbedingungen und ggf. notwendige Interventionen sind zu beschreiben. Ferner ist herzuleiten, auf welche Problemlage sich die folgende Planung im Weiteren beziehen wird. Bei Leistungserbringung durch zwei Träger (bzw. zwei Einrichtungen eines Trägers) ist der Teil F gemeinsam zu erarbeiten.

Das Feld Wünsche und Vorstellungen des Klienten (Teil G, Seite 6) dient der Beschreibung der Lebensperspektiven und konkreten Ziele des Klienten für sich selbst, es soll aber auch dazu genutzt werden, ggf. abweichende Ansichten des Klienten von der vorliegenden Rehabilitationsplanung darzustellen. Zugleich bietet es die Möglichkeit, Wünsche des Klienten zur Person des Betreuers (bspw. hinsichtlich Alter / Geschlecht) festzuhalten.

Die Seite 7 (Teil H, Fähigkeiten, Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen) soll vorrangig die persönlichen und sozialen Ressourcen des Klienten beschreiben, an denen das folgende Vorgehen, ggf. schon die Zielplanung ansetzen soll.

Ressourcen

Bei der Planung von Zielen und Vorgehen, die die Ziele umsetzen sollen (Seiten 8 bis 11, Teil K), sind drei wichtige Anforderungen zu beachten:

1. Die Ziele sind fortlaufend über die Leistungsbereiche hinweg zu nummerieren. Ihnen zugeordnet werden Vorgehensweisen, die mit der dem Ziel entsprechenden Nummer zu versehen sind, um den inhaltlichen Zusammenhang erkennbar zu machen. Dabei kann ein Vorgehen auf mehrere Ziele bezogen sein, und umgekehrt ein Ziel in mehreren unterschiedlichen Vorgehen verfolgt werden. Es ist zu vermeiden, Ziele zu beschreiben, auf die kein Vorgehen reagiert und umgekehrt Aktivitäten ohne Ziele zu beschreiben.
2. Zu jedem nummerierten Ziel kann dann ein Indikator beschrieben werden, also ein Merkmal, anhand dessen gemeinsam beurteilt werden kann, ob dieses Ziel zumindest teilweise erreicht werden konnte. Diese Merkmalsbeschreibung muss für jedes Ziel individuell angepasst erfolgen. Ob Indikatoren ausgeführt werden, wird mit dem Klienten und den an der Erstellung des BRP Beteiligten, insbesondere mit dem Fallmanagement des zuständigen Kostenträgers vereinbart. Bei der Erstellung des ersten BRP für einen Klienten, dessen persönliche Situation den Beteiligten noch nicht hinreichend bekannt ist, muss die Beschreibung von Indikatoren besonders sorgfältig abgewogen, ggf. muss auf diese Ausführungen verzichtet werden.
3. Der BRP soll alle Aktivitäten beschreiben, nicht nur die der durch sozialhilferechtliche Maßnahmen finanzierten. Insofern sind auch anders finanzierte, geplante oder durchgeführte Maßnahmen (z.B. Besuch der Kontakt- und Beratungsstelle, Tätigkeit in einer Zuverdienstfirma, Behandlungsleistungen, Pflegeleistungen etc.) oder nicht-psychiatrische Hilfen im BRP zu beschreiben. Sie werden bei der Bemessung des Zeitaufwandes allerdings nicht berücksichtigt. Im Zeitaufwand sind nur die Aktivitäten zu beschreiben und berechnen, die mittels des BRP beim Sozialhilfeträger (bzw. anderen Kostenträgern) als psychiatrische Leistungen beantragt und übernommen werden sollen.

Nummerierung der Ziele

Aktivitäten ohne Vergütung als Leistung der Eingliederungshilfe

Soll das Leistungsgeschehen auf verschiedene Leistungserbringer verteilt werden, so muss dies sowohl in den Feldern der Vorgehensplanung (Seiten 8 bis 11) wie auch in der auf Seite 12 (Teil L) folgenden Tabelle eingetragen werden. Bei verschiedenen Leistungserbringern ergeben sich unterschiedliche Hilfebedarfsgruppen. Siehe hierzu das vorstehende Kapitel 5!

Aufteilung auf zwei Leistungserbringer

Im Teil L (Seite 12) sind die besonderen Leistungstypausprägungen zu kennzeichnen. Dies gilt für den Fall einer Wohngemeinschaft mit Nachtwache.

Leistungstypausprägung-TWG

Mit den Unterschriften auf Seite 13 (Teil M) erklären der Klient bzw. die Klientin und/oder ggf. der rechtliche Betreuer sein Einverständnis mit der vorliegenden Be-

Einverständniserklärung

handlungs- und Rehabilitationsplanung ggf. auch unter Berücksichtigung seiner auf Seite 6 dokumentierten persönlichen Betrachtungsweise. Die Entbindung von der Schweigepflicht dokumentiert das Einverständnis, dass der BRP den zuständigen Stellen vorgelegt wird und ist für die Beantragung der Kostenübernahmen wichtig. Ein gesondertes Merkblatt soll den Klienten über diese Erfordernisse informieren. Hierzu ist es fachlich geboten, über diese Notwendigkeiten mit dem Klienten ausführlich zu sprechen. Das Aushändigen eines Informationsblattes allein genügt weder fachlichen Qualitätsansprüchen noch datenschutzrechtlichen Anforderungen!

Die Seite 14 ist ausschließlich vom begutachtenden Dienst (Sozialpsychiatrischer Dienst) und vom zuständigen Kostenträger (i.d.R. Abt. Sozialwesen) auszufüllen.

Das Original des Bogens verbleibt bei der koordinierenden Bezugsperson, eine Kopie ist der Klientin bzw. dem Klienten auszuhändigen.

Bei der Hilfeplanung und Hilfebedarfsermittlung sind die Ausführungsvorschriften zur Eingliederung behinderter Menschen nach dem SGB XII (AV Eingliederungshilfe - AV EH -) der für Soziales zuständigen Senatsverwaltung in der jeweils gültigen Fassung zu beachten. Von besonderer Bedeutung sind hierbei die Verfahrensregelungen bei seelisch behinderten Menschen gemäß Nummer 10a AV-EH, wonach die vorbereitete Behandlungs- und Rehabilitationsplanung zur Fallbesprechung im bezirklichen Steuerungsgremium Psychiatrie (SGP) vorgestellt wird. In der Rahmengeschäftsordnung für die Steuerungsgremien Psychiatrie in den Berliner Bezirken (RGO-SGP) vom 29. Januar 2007 der für Gesundheit zuständigen Senatsverwaltung sind Aufgaben und Arbeitsweise der SGP geregelt.

***Verfahrens-
regelungen***

Was ist bei der Erstellung eines individuellen BRP's mit den Nutzer/innen der therapeutischen Hilfe zu beachten?

Ergänzung zum Leitfaden 2009

Die vorliegende Ergänzung zum Leitfaden für die Mitarbeiter/innen ist ein Ergebnis der Diskussionen in der Arbeitsgruppe, die den Infolyer zum BRP sowie den Leitfaden für Nutzer/innen geschrieben hat. Die dargestellte Sicht auf das Erstellungsverfahren vom BRP basiert auch auf Ergebnissen des „Evaluations- und Praxisprojektes: Personenzentrierte Hilfe aus Sicht der Nutzer/innen“, welches vom 2006 bis 2009 in Berlin durchgeführt wurde.

Die Tatsache, dass der BRP gleichzeitig die Funktion einer Hilfevereinbarung sowie des Kosteantrages erfüllt, führt häufig dazu, dass Letzteres im Vordergrund steht. Die gemeinsame Erstellung des Behandlungs- und Rehabilitationsplanes mit den Nutzern und Nutzerinnen stellt für diese eine wichtige Möglichkeit der Einflussnahme und Mitgestaltung ihrer Hilfe dar.

Bei der Hilfeplanung mit den Nutzern und Nutzerinnen anhand des BRP's sind folgende vier Punkte unbedingt zu berücksichtigen:

Informationsstand des Nutzers/der Nutzerin zum BRP

Bei den Gesprächen zur Hilfeplanung stellt der Informationsflyer zum BRP die minimale Information dar, welche jedem Nutzer und jeder Nutzerin rechtzeitig gegeben werden muss. Das alleinige Aushändigen des Informationsflyers reicht dabei nicht aus. Bevor die konkrete Hilfeplanung mit dem Nutzer / der Nutzerin beginnt, muss sichergestellt werden, dass die betroffene Person weiß, worum es geht und dass alle ihre Fragen beantwortet wurden. Am wichtigsten dabei sind die Informationen über verschiedene Hilfemöglichkeiten sowie über die Mitsprache- und Mitarbeitsmöglichkeit der Nutzer/innen an der Erstellung des BRP. Sollte sich der/die Betroffene die angebotene Hilfe nicht wünschen, soll er/sie ermutigt und dabei unterstützt werden, die für sie passende Hilfe zu finden. Ein gemeinsames Erstellen vom BRP macht nur Sinn, wenn die Person die angebotene Hilfe annehmen möchte.

Das Vorhandensein eines Leitfadens zur Erstellung vom BRP für die Nutzer /Nutzerinnen muss ihnen bekannt gemacht und auf Wunsch ausgehändigt werden. Sollte der Nutzer/die Nutzerin ein Interesse an der aktiven Mitarbeit beim Erstellen des BRP's haben, muss ihm/ihr verbindlich ein Leitfaden für Nutzer/Nutzerinnen ausgehändigt werden.

Äußere Umstände bei der Erstellung vom BRP

Bei der Erstellung eines individuellen BRP ist eine Mitarbeit des Nutzers/der Nutzerin unbedingt anzustreben, auch beim Vorhandensein einer gesetzlichen Betreuung. Dabei gilt es, einige äußere Umstände besonders zu beachten:

Zeitpunkt

Eine Mitarbeit des Nutzers/der Nutzerin kann nicht erfolgen wenn er/sie sich in der Krise befindet, stark unter Medikamenteneinfluss steht oder aus irgendeinem anderen Grund geistig abwesend ist. Das Erstellen des BRP's sollte auch nicht beim ersten gemeinsamen Termin stattfinden. Eine gewisse Zeit zum Kennenlernen der Einrichtung sowie des/der professionellen Helfers/Helferin ist für die Nutzer/innen vor der Erstellung des BRP's erforderlich.

Zeitintensität

Die Zusammenarbeit an der Hilfevereinbarung erfordert mehrere Gespräche und soll nicht unter Zeitdruck erfolgen. Da ein BRP sehr umfangreich ist und dem/der Betroffenen an die Substanz gehen kann, sollte er nicht auf einmal und bei einem einzigen Termin erstellt werden. Jeder Nutzer/jede Nutzerin hat sein/ihr eigenes Tempo und benötigt unterschiedlich lange Pausen und Überlegungen dazwischen.

Ort

Es ist wichtig, zu überlegen, welcher Ort sich für eine aktive Mitarbeit des Nutzers/der Nutzerin am besten eignet und diesen aufzusuchen. Die Gespräche, die sich am BRP orientieren, müssen nicht im Büro der Einrichtung stattfinden. Wenn das der Fall sein soll, ist es notwendig, sicherzustellen, dass keine weiteren Personen im Raum sind und dass auch sonst der Schutz der Privatsphäre der Betroffenen gewährleistet wird.

Kommunikationsart beim Erstellen des BRP

Aus vielen Gründen ist nicht davon auszugehen, dass Nutzerinnen und Nutzer der therapeutischen Hilfen gegenüber professionellen Helfern und Helferinnen frei, direkt und souverän ihre Wünsche und Erwartungen an die Hilfe formulieren werden. Dabei spielen persönliche Erfahrungen eine große Rolle, die Abhängigkeits- und Machtverhältnisse im Hilfesystem und nicht zuletzt der Aufbau und die Sprache des BRPs. Es ist die Aufgabe der Professionellen, bei der gemeinsamen Erstellung des BRP's nach passenden Wegen zu suchen, die Betroffenen zur Mitarbeit einzuladen und zu ermutigen. Der Einbezug einer Vertrauensperson, die der Nutzer/die Nutzerin bestimmt, bleibt hierbei eine Möglichkeit. Der BRP baut nicht nur auf Defizite, sondern auch auf Stärken der Person, sowie ihren bisherigen Erfolgen auf. Wichtig ist es, sich auf Betroffene einzulassen und die Artikulation ihrer eigenen Sicht nicht nur zu erlauben, sondern sie darin zu bestärken. Der Sicht der Betroffenen muss Gehör und Platz im BRP sichergestellt werden, auch dann, wenn sie sich von der professionellen Sicht unterscheidet.

Unterschrift des Nutzers/der Nutzerin

Bevor die Nutzer und Nutzerinnen den erstellten BRP unterschreiben sollen, muss ihnen genügend Zeit für das Lesen sowie für Änderungen und Ergänzungen gegeben werden. Der professionelle Helfer /die professionelle Helferin kann nicht davon ausgehen, dass die von ihnen erstellte Version eine Endversion ist. Änderungen müssen möglich sein, bis der/die Betroffene mit einem guten Gefühl unterschreiben kann und nicht nur um eine schnelle Finanzierung der Hilfe zu bezwecken.

Das Aushändigen einer Kopie des BRP's an den Nutzer bzw. die Nutzerin ist Pflicht und erfolgt, ohne dass sie dies beantragen müssen. Das gilt auch für die Personen, die eine gesetzliche Betreuung haben.

Wurde der BRP von einem (rechtlichen) Betreuer/einer Betreuerin unterschrieben und nicht von dem Nutzer/der Nutzerin selbst, ist ein Gespräch über die Hilfeplanung zu einem späteren Zeitpunkt mit der betreffenden Person zu suchen. Die daraus eventuell resultierenden Änderungen sind schriftlich festzuhalten.