

Niedersächsische
Anwendungshinweise
zum

Schlichthorster Modell

Verfahren der Zuordnung von Leistungsberechtigten zu
Gruppen für Leistungsberechtigte mit vergleichbarem
Hilfebedarf
(Anlage 4 FFV LRV gem. § 79 Abs. 1 SGB XII)

**Beschlossen durch die Gemeinsame Kommission gem. § 19 der
FFV LRV
mit
Beschluss vom 08. März 2011**

Vorwort der Gemeinsamen Kommission (GK) zu den Anwendungshinweisen

In § 76 Abs. 2 SGB XII ist geregelt, dass die Maßnahmenpauschale nach Gruppen für Leistungsberechtigte mit vergleichbarem Bedarf kalkuliert werden kann.

Die Vertragspartner der Fortführungsvereinbarung (FFV LRV) haben sich darauf verständigt, für bestimmte Leistungstypen eine solche Differenzierung der Maßnahmenpauschale nach Leistungsberechtigten vorzunehmen. Dazu wurden Verfahrensregelungen getroffen, die in der Anlage 4 FFV LRV (s. Anlage) zu finden sind.

Als Differenzierungsinstrument wurden drei Verfahren für jeweils unterschiedliche Leistungstypen vereinbart sind. Diese sind:

- das HMB-W Verfahren
-
- das Schlichthorstmodell
-
- das HMB-T Verfahren.

Die Anwendungshinweise sind im Auftrag der GK gemeinsam von Vertreterinnen und Vertretern von Leistungsträgern und Leistungserbringern erarbeitet worden. Sie sollen vor Ort als Grundlage für die Zuordnung zu Leistungsberechtigten dienen. Die GK will damit dazu beitragen, die einvernehmliche Zuordnung zu erleichtern. Die Anwendungshinweise sind für alle Vertragsparteien verbindlich.

Die Vertragspartner sind sich darin einig, dass die Zuordnung keine individuellen Ansprüche auslöst. Sie ist ausschließlich zwischen Leistungserbringern und Leistungsträgern vorzunehmen, denn sie dient lediglich zur Ermittlung der zutreffenden Maßnahmenpauschale und ist nicht mit dem individuellen Hilfeplan im Rahmen der Gesamtplanung nach § 58 SGB XII zu verknüpfen.

Die GK ist davon überzeugt, dass sich das Konsensprinzip bei den Zuordnungsverfahren bewährt hat und möchte dieses durch die verbindlichen Anwendungshinweise weiter stärken. Gleichzeitig ist es Wille der GK, dass für die Akteure vor Ort ein ausreichender Gestaltungsspielraum verbleibt.

Die GK dankt den drei Arbeitsgruppen ausdrücklich für die mit hohem fachlichen und persönlichen Engagement geleistete Arbeit.

Impressum:

Die Anwendungshinweise wurden erstellt durch die Arbeitsgruppe „Schlichthorster Modell“ im Auftrag der Gemeinsamen Kommission.

Leitung der Arbeitsgruppe:

- Katja Puhmann, Loewe-Stiftung, Paritätischer Wohlfahrtsverband Niedersachsen e. V.
- Günter Storck, Einrichtungsleiter i. R., AWO Dialog Weser-Ems, Oldenburg

Mitglieder der Arbeitsgruppe:

- Thorsten Abeling, Landkreis Diepholz, Niedersächsischer Landkreistag
- Oliver Ellebrecht, Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V. (bpa)
- Edgar Hahn, Stadt Braunschweig, Niedersächsischer Städtetag
- Martina Hanrath, St. Elisabeth-Stift, Caritas
- Hartmut Hittmeyer, Landkreis Verden, Niedersächsischer Landkreistag
- Sigrun Höppner, Landesamt für Soziales, Jugend und Familie
- Martina Kremeike-Kaatz, Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Frauen, Familie, Gesundheit und Integration
- Werner Lukas-Nülle, Landkreis Osnabrück, Niedersächsischer Landkreistag
- Michael Marx, Bethel im Norden, Fachzentrum Eingliederungshilfe, Diakonisches Werk der ev.-Luth. Landeskirche Hannover e. V.
- Stephan von Kroge, Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V. (bpa)

Die vorliegenden Anwendungshinweise berücksichtigen die von der Gemeinsamen Kommission in der Sitzung am 08.03.2011 vorgenommenen Änderungen.

Inhaltsverzeichnis

1.1	Einführung	5
1.2	Hilfearten und –ausprägungen	6
1.2.1	Grundsätze	6
1.2.2	Abgrenzung zur Hilfeplanung	7
1.2.3	Einfluss von psychiatrischen Grundstörungen auf den Bedarf	7
1.2.4	Auswahl der Hilfeart	
1.2.5	Unterstützende Definition der Hilfearten und –ausprägungen des Manuals Hilfearten und –ausprägungen	7
1.2.6	Erläuterungen zur Darstellung der Hilfearten und –ausprägungen im jeweiligen Item	8
1.3	Das Schlichthorster Modell	9
1.4	Literatur	72
2.	Anlagen	72
2.1	Ermittlung des Hilfebedarfs für Menschen für Menschen mit seelischen Behinde- rungen (LT 3.2.2.1): Fragebogen zum Verfahren	
2.2	Hinweise zum Erhebungsbogen	
2.3	Anlage 4 FFV LRV: Verfahren der Zuordnung von Leistungsberechtigten zu Gruppen für Leistungsberechtigte mit vergleichbarem Bedarf	
2.4	Regelung von Verfahrensfragen im Zusammenhang mit der Schlichtung durch eine/n Sachverständigen Schlichter/in im Sinne der Anlage 4, Abs. 2, Unterab- schnitt 2, Satz 5 und 6 FFV LRV ab 01.01.2011: Schlichtungsregelung	

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

1.1 Einführung

Grundlage des Verfahrens

Dieses Modell ist ein Verfahren zur Ermittlung einer Leistungsberechtigten Gruppe (Hilfebedarfsgruppe) für Klienten der stationären Eingliederungshilfe mit einer seelischen Behinderung. Vertragliche Grundlage ist die Anlage 4 des FFV LRV¹. Es wurde vor dem Hintergrund des § 76 Abs. 2 Satz 3 SGB XII (Kalkulation der Maßnahmepauschale nach Gruppen für Leistungsberechtigte mit vergleichbarem Bedarf) entwickelt.

Das „Schlichthorster Modell“ basiert auf dem sog. „Personenzentrierten Ansatz“ der Aktion Psychisch Kranke. Dabei orientiert sich die Eingruppierung an den vorhandenen Fähigkeiten bzw. Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen des Individuums jenseits bereits existierender Hilfsangebote, also ausgehend von der Annahme - virtueller - kompletter Eigenverantwortlichkeit. Hierbei ist folgende Fragestellung bei der Ermittlung des Hilfebedarfs zu beachten: „Verfügt der Klient/Patient über die erforderlichen Fähigkeiten zu einer eigenständigen Bewältigung der in dem jeweiligen Teilbereich genannten Anforderungen im Hinblick auf die angestrebte Lebenssituation (Wohnform, Form der Tagesgestaltung, Arbeit) – oder ist er, **wäre er auf sich allein gestellt**, hinsichtlich der Bewältigung dieser Anforderungen beeinträchtigt² Maßstab für die Beurteilung des Ausprägungsgrades von Fähigkeiten bzw. Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen kann dabei jeweils der Vergleich zur altersgleichen durchschnittlichen Person gleichen Geschlechts bilden, wobei auch die Zugehörigkeit zur sozialen Schicht und ggfls. zu einer ethnischen Gruppe als Vergleichsmaßstab zu berücksichtigen sind.“³

Mit dem personenzentrierten Ansatz werden Menschen erfasst, die mit herkömmlicher ambulanter Hilfen auf Dauer in ihrem Lebensfeld nicht zu recht kommen. Das Konzept der personenzentrierten Hilfen setzt Krankheit und Behinderung in einem funktionellen Zusammenhang und gilt sowohl für somatische als auch für psychische Erkrankungen.

Wie von der WHO vorgeschlagen, ist die Behinderung kein statisches Merkmal einer Person, sondern ein dynamischer Vorgang. Das dynamische Konzept von Behinderung unterscheidet vor dem Hintergrund der Kontextfaktoren bei Personen in

1. ihre körperliche *Funktionen* (einschließlich des mentalen Bereiches und der psychischen Funktionen) und Körperstrukturen (Konzept der Körperfunktionen und –strukturen),
2. das Tun und das Können, was auch von Menschen ohne Gesundheitsproblemen erwartet werden kann (Konzept der *Aktivitäten*)
3. und die Daseinsentfaltung in allen Lebensbereichen, die ihr wichtig sind, so wie es von einem Menschen ohne gesundheitsbedingten Beeinträchtigungen der Körperfunktionen und –strukturen oder der Aktivitäten erwartet wird (Konzept der Teilhabe oder Partizipation an Lebensbereichen).

Der stationären Eingliederungshilfe soll ein Menschenbild zugrunde liegen, das die Person als Subjekt achtet, auch wenn die Fähigkeiten zur verantwortungsvollen Selbstbestimmung, zum Gebrauch der eigenen Vernunft durch Krankheit/Behinderung vorübergehend oder länger eingeschränkt sind und sich aus dieser Tatsache Hilfebedarfe definieren.

¹ Fortführungsvertrag zum Landesrahmenvertrag

² Volker Kauder AKTION PSYCHISCH KRANKE (Hg.) Personenzentrierte Hilfen in der psychiatrischen Versorgung (Psychosoziale Arbeitshilfen 11) Psychiatrie Verlag Bonn

³ ebd.

1.2 Hilfearten und –ausprägungen

1. 2.1 Grundsätze

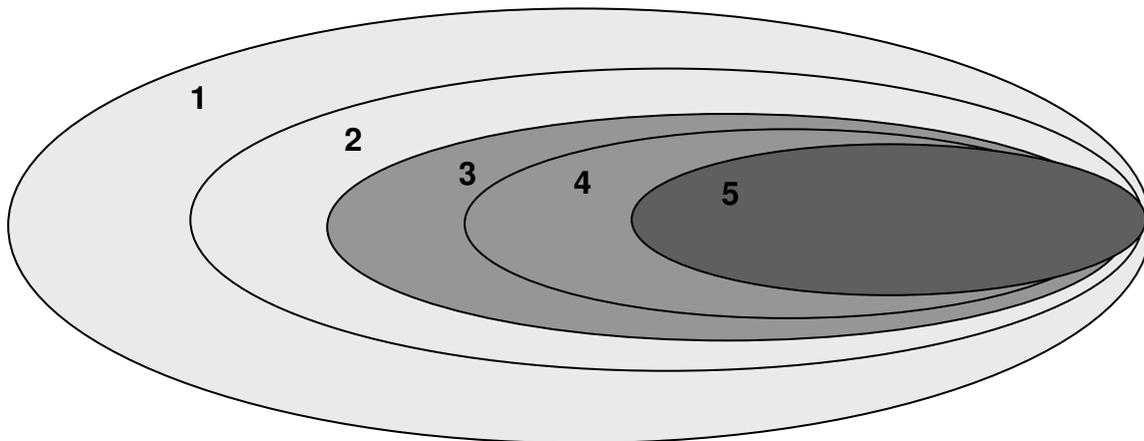
Die Leitfrage bei der Anwendung des Bogens zur Ermittlung des Hilfebedarfs für Menschen mit seelischen Behinderungen (LT 3.2.1.1) lautet: Verfügt die Klientin / der Klient über die erforderlichen Fähigkeiten zu einer eigenständigen Bewältigung der in den drei Bereichen genannten Anforderungen (Items) oder ist er – wäre er auf sich allein gestellt – hinsichtlich der Bewältigung dieser Anforderungen beeinträchtigt und welchen Hilfebedarf benötigte er?¹

Es ist zu beachten, dass die Items der jeweiligen Bereiche

- I. **Beeinträchtigung/Gefährdung durch die psychische Erkrankung,**
- II. **Fähigkeiten, Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen bei der Aufnahme und Gestaltung persönlicher/sozialer Beziehungen**
- III. **Fähigkeiten, Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen in den Lebensfeldern Wohnen, Tagesgestaltung/Freizeit/Teilhabe am gesellschaftlichen Leben**

ihre eigenen Erklärungen der Ausprägungsgrade haben.

Die Abstufung (1 – 5) der Ausprägungsgrade ist so zu verstehen, dass die in einer höheren Stufe genannten Hilfen die in den niedrigeren Stufen mit einschließen.



- 5 Regelmäßiges, intensives, individuelles Angebot
- 4 Begleitende/übende Unterstützung
- 3 Individuelle Planung, Beobachtung, Rückmeldung
- 2 Erschließung/Erhaltung von Hilfen im Umfeld
- 1 Information und Beratung

¹ (Vgl. Psychosoziale Arbeitshilfen, Heft 11, Psychiatrie Verlag Bonn)

1.2.2 Abgrenzung zur Hilfeplanung und Hinweise zur Bearbeitung

Die Zuordnung ist ausschließlich zwischen Leistungsträger und Leistungserbringer einvernehmlich vorzunehmen, denn sie dient lediglich als Grundlage zur Ermittlung der zuzuordnenden Maßnahmenpauschale und nicht der individuellen Hilfeplanung im Rahmen der Gesamtplanung nach § 58 SGB XII. Sie ist unabhängig von der Konzeption der Einrichtung und den geplanten Maßnahmen des Leistungsanbieters.

Im Einzelfall kann zur Prüfung der Plausibilität der Zuordnungen der einzelnen Menschen mit Behinderungen zu einer Leistungsberechtigtengruppe eine Zieldiskussion in Betracht kommen.

1.2.3 Einfluss von psychiatrischen Grundstörungen auf den Bedarf

Ein „Verbrauch von Problemlagen“ (d.h., wenn ein Problem in einem Item genannt ist, darf es in keinem weiteren Item erwähnt werden) ist in dem Modell nicht vorgesehen. Dies ergibt sich aus der Tatsache, dass die psychiatrische Grundstörung ihren Einfluss auf alle Lebenslagen, Fähigkeiten und sozialen Kompetenzen des Menschen hat. Es ist bei den einzelnen Items darauf zu achten, die jeweilige Ausprägung in Hinblick auf den Inhalt des Items zu bewerten.

1.2.4 Auswahl der Hilfeart

Hilfreich kann es sein, bei der Auswahl der Hilfeart sich im fachlichen Austausch über die Einschätzung der Entwicklung zu verständigen. Dabei muss den Beteiligten klar sein, dass ebenso wie die Beeinträchtigungen, Fähigkeitsstörungen und Ressourcen auch die Einschätzung der Entwicklung der Veränderung unterworfen sind.

1.2.5 Unterstützende Definition bei der Verwendung der Hilfearten und –ausprägungen des Manuals *Hilfearten und -ausprägungen*

Keinen Bedarf an Hilfe-(0)

Führt die Klientin / der Klient die jeweilige Anforderung (Item) ohne Schwierigkeiten/Beeinträchtigungen selbst aus, besteht kein Hilfebedarf.

In Situationen in denen eine Anforderung „nur unter Schwierigkeiten“ ausgeführt werden kann, ist abzuwägen, ob ein Hilfebedarf besteht.

Es kann auch sein, dass die Klientin / der Klient einen notwendigen Hilfebedarf nicht erkennt. Dann ist immer abzuwägen, welche Störung/Schaden einzutreten droht, falls das „Nicht Erkennen“ zu einer Beeinträchtigung der Gesundheit, Lebensqualität, sozialen Beziehung etc. führt. In einem solchem Fall ist entsprechend des Hilfebedarfs der Ausprägungsgrad zu ermitteln.

Sollten Anforderungen (Items) nicht relevant sein oder kein Hilfebedarf bestehen, so ist immer zu prüfen, ob nicht nur der Hilfebedarf zum Erhebungszeitpunkt zugrunde gelegt wurde, sondern auch vorangegangene längere Zeiträume mit in die Ermittlung des Hilfebedarfs einbezogen wurden.

1.2.6 Erläuterungen zur Darstellung der Hilfearten und –ausprägungen im jeweiligen Item

Im Folgenden ist jedem Item eine Seite beigelegt, auf der die Hilfearten und –ausprägungen erläutert werden. Zuerst ist der Originaltext in der originalen Formatierung aufgeführt. Dieser Text wird dann in einer Tabelle wiederholt. Der Textinhalt ist in der Tabelle identisch aber zergliedert dargestellt. Dadurch soll der Inhalt plastischer hervortreten.

Diese Darstellungsform soll die Diskussion anlässlich des Herstellens des Einverständnisses unterstützen. In der Diskussion vorgetragene Gründe, warum gerade diese Hilfeart dem Bedarf am besten entspricht, werden somit verständlicher.

Besonders zu beachten ist:

- Sind in der Tabelle in einer Zeile nebeneinander mehrere **Alternativen** genannt, so genügt eine der Alternativen, um die Auswahl der Hilfeart und –ausprägung zu erläutern.
- Im Text sind auch **Steigerungen** enthalten (z.B. „(4) Begleitung ...“ und „(5) Regelmäßige, intensive Begleitung“)
- Bei der Auslegung des Wortes „**intensiv**“ können folgende Synonyme hilfreich sein: „eindringlich, stark, gründlich, nah, durchdringend seine Aufmerksamkeit auf etwas richten“. Im Gegensatz dazu steht „flüchtig, oberflächlich, bei Gelegenheit, entfernt“.
- Bei der Auslegung des Wortes „**regelmäßig**“ können folgende Synonyme hilfreich sein: „Rhythmus, wiederkehrend, verlässlich“. Im Gegensatz dazu steht „unbestimmt, ungeplant, willkürlich“.
- Bei der Auslegung des Wortes „**ständig**“ können folgende Synonyme hilfreich sein: „immer, dauernd, anwesend, dauerhaft, zu allen Zeiten, ohne Unterlass“. Im Gegensatz dazu steht „nie, gelegentlich, zufällig“.
- Bei der Auslegung des Wortes „**gelegentlich**“ können folgende Synonyme hilfreich sein: „selten, manchmal, ab und zu, mitunter, hin und wieder, sporadisch“. Im Gegensatz dazu steht „häufig, regelmäßig, nie, niemals, immer, ständig“.
- Bei der Auslegung des Wortes „**häufig**“ können folgende Synonyme hilfreich sein: „mehrmalig, vielfach, wiederholt, mehrmals, oft“. Im Gegensatz dazu steht „einmalig, kaum, selten, sporadisch, ab und zu“.
- Bei der Auslegung des Wortes „**wiederholt**“ können folgende Synonyme hilfreich sein: „noch mal, erneut, das gleiche, wiederkehrend“. Im Gegensatz dazu steht „einmalig, ohne Rhythmus, neu“.

1.3. Das Schlichthorster Modell (Lebensbereiche und Items)

Die Aufzählungen zur Beschreibung der Inhalte der Items sind nicht abschließend und orientieren sich an den aktuellen psychiatrischen fachlichen und oder wissenschaftlichen Entwicklungen.
Ein „Verbrauch von Problemlagen“ (d.h. ist ein Problem in einem Item genannt, darf es in keinem weiteren Item erwähnt werden) ist in dem Modell nicht vorgesehen.

I. Beeinträchtigung/Gefährdung durch die psychische Erkrankung

a) Antrieb (Depressivität, Selbstwertgefühl)

Störungen des Antriebs und/oder des Selbstwertgefühls (z.B. in Form einer Antriebsverminderung oder übersteigertem Antrieb, in einer Zurückgezogenheit, im fehlenden Können den Tag beginnen, Aufgaben zu erledigen bzw. in getriebenem Empfinden viele Aufgaben in der Einanderreihung oder der Gleichzeitigkeit erledigen zu müssen).

Der Antrieb ist z.B. durch Schwunglosigkeit, Niedergeschlagenheit, mangelndes Selbstwertgefühl gehemmt. Er kann aber auch übersteigert, mit innerer oder/und äußerer Unruhe, von Ideenflüchtigkeit getrieben sein. Sein gesteigertes bzw. überhöhtes Selbstwertgefühl führt zu Grenzüberschreitungen oder -Verletzungen.

Gefühl der Niedergeschlagenheit im Ausdruck des Nicht – Können - Wollens

Das Phänomen des „Nicht-Können-Wollens“ steht u.U. der aktiven Beteiligung im Weg. Dabei handelt es sich hier um einen Zustand, der einen Menschen nur ungenügende physische oder psychische Kraft lässt, um die erforderlichen oder gewünschten Aktivitäten des täglichen Lebens zu verkraften oder auszuführen.

Anforderungen, Belastung versus Sich – erschöpft - fühlen

Bei Anforderungen, Anstrengungen werden u. U. Äußerungen über Müdigkeit, Müdigkeit, Missbehagen, Atemnot angegeben. Der Klient spricht aus, keine Aktivität zu wünschen und/oder mangelndes Interesse daran zu haben. Er fühlt sich leergebrannt, gleichgültig, gefühllos, hoffnungslos, u.U. traurig. Er ist initiativlos, gelähmt, gebunden, entscheidungsunfähig. Er ist verzweifelt, wähnt sich schuldig für bestimmte Vorkommnisse, ist gestimmt von quälender Unruhe, läuft agitiert hin und her, verharrt in einer Selbstblockierung. Er begibt sich in einer Angestrengtheit, die ihn im Denken und Tun nicht nach vorn bringt. Er glaubt versagt zu haben, macht sich wiederholend Selbstvorwürfe, glaubt, dass er verarmt ist, erlebt sich kränker als alle anderen im Sinne von hypochondrischem Erleben. Das Gefühl der Wertlosigkeit, Überflüssigkeit, der Unbrauchbarkeit verdichtet bis hin zu dem Gefühl nicht mehr zu existieren. Die Zeit bleibt für ihn „stehen“.

Krankhafte Übersteigerung des Gemüts

In der manischen Gestimmtheit sprengt der Klient das soziale Gefüge und setzt die soziale Übereinkunft für sich außer Kraft. Takt, Geschmack und alle Erwartungen, auf die sich Menschen in üblicher Weise verlassen können, sowie jede verlässliche Distanz ist aufgehoben. Seine Stimmungen zeigen sich in gehobener Heiterkeit, witzig, ansteckend mitreißend, menscheitsumarmend, angriffslustig, gereizt, zornig, arrogant. Oder er zeigt sich gehoben im Sinne von „gefühlslösler sein“ (ein Phänomen, das auch bei einer depressiven Verstimmung erlebt werden kann).

Er zeigt ein überaus gesteigertes Ausmaß aller körperlichen, seelischen und sozialen Aktivitäten. U.u. jagt ein Handlungsimpuls den anderen. Es ist ein gleichzeitiges Reagieren auf unterschiedliche äußere Einflüsse. Es entsteht so ein chaotischer Wirbel von Handlungsfragmenten. Er zeigt sich enthemmt, da unfähig zu Distanz oder Pause. Er verliert sich im Außenfeld seiner Beziehungen.

Gefühl der Selbsterhöhung

Diese schutzlose Offenheit gegen Reize von innen und außen verhindert jede Art von „roten Faden“. Er kommt vom „Hundertsten ins Tausendste“. Nachdenken misslingt. Er erlebt sich evtl. als grandiose und zeigt damit eine unkritische Selbstüberschätzung. Alle anderen werden durchschaut, provoziert, bloßgestellt, bedroht. Alles steht im Dienst der Selbsterhöhung, des Größenwahns.

Zusammenfassung der Gefühlslage

Die allgemeinen Gefühle, die die physiologischen und psychologischen Vorgänge in einem Menschen bei einer allgemeinen Gestimmtheit betreffen, sind beeinträchtigt. Dadurch folgend, ist bei ihm ein nachhaltiges Streben nach Befriedigung bestimmter mentaler Bedürfnisse und die Verfolgung allgemeiner Ziele in der Lebensplanung nur eingeschränkt bzw. gar nicht möglich.

Erläuterungen zur folgenden Darstellung der Hilfearten und – ausprägungen unter Ziffer 2.6 (siehe oben)

- (0) keine Hilfe;
- (1) begleitende Beobachtung, Information und Beratung bezüglich der Erkrankung, Krankheitsverlauf und Behinderungsfolgen, sowie Kompensationsmöglichkeiten;
- (2) Motivation zur Erschließung von Hilfsmöglichkeiten im Umfeld, Unterstützung zur Erschließung oder zum Erhalt natürlicher Hilfspotentiale;
- (3) entlastende soziotherapeutische und/oder psychotherapeutische Gespräche, Orientierungshilfen zur Bewältigung der Störung, zur Erarbeitung und Planung von alternativen bzw. krankheitsangepassten Verhaltensweisen, Rückfallprophylaxe;
- (4) Begleitung bei der Erarbeitung alternativen Verhaltens, Krisenintervention, ggf. unter Einbeziehung des Umfeldes;
- (5) wiederholte Intervention bei protrahierten Krisen, ggf. unter Einbeziehung des Umfeldes. Regelmäßige intensive Begleitung, bei der Bewältigung der seelischen Belastung und bei der regelmäßigen Erarbeitung und Einübung alternativer Verhaltensweisen.

(0) <i>keine Hilfe;</i>		
(1) <i>begleitende Beobachtung, Information und Beratung</i> bezüglich der Erkrankung, Krankheitsverlauf und Behinderungsfolgen, sowie Kompensationsmöglichkeiten;		
(2) Motivation zur Erschließung von Hilfsmöglichkeiten im Umfeld,	(2) Unterstützung zur Erschließung oder zum Erhalt natürlicher Hilfspotentiale;	
(3) <i>entlastende soziotherapeutische und/oder psychotherapeutische Gespräche,</i>	(3) Orientierungshilfen zur Bewältigung der Störung, zur Erarbeitung und Planung von alternativen bzw. krankheitsangepassten Verhaltensweisen,	(3) Rückfallprophylaxe;
(4) Begleitung bei der Erarbeitung alternativen Verhaltens, ggf. unter Einbeziehung des Umfeldes;	(4) Krisenintervention , ggf. unter Einbeziehung des Umfeldes;	
(5) <i>wiederholte Intervention</i> bei protrahierten Krisen, ggf. unter Einbeziehung des Umfeldes	(5) <u>Regelmäßige intensive Begleitung</u> , bei der Bewältigung der seelischen Belastung.	(5) <u>Regelmäßige intensive Begleitung</u> , bei der regelmäßigen Erarbeitung und Einübung alternativer Verhaltensweisen.

Die oben aufgeführten Texte sind wie folgt markiert: die wesentlichen Substantive in Fettdruck, Adjektive in kursiv (Steigerung in kursiv und unterstrichen). Sind in dem Text Alternative (Aufzählungen) angeführt, sind sie nebeneinander dargestellt.

b) Körpererleben

Störungen des Körpererlebens (z.B. psycho-somatische Störungen, Schlafstörungen, Störungen der Sexualität). Es liegt ein herabgesetztes oder gesteigertes Körpererleben vor. Die Störungen können auch zu psychomotorischer Erregung führen.

Es liegt ein herabgesetztes oder gesteigertes, entfremdetes Körpererleben vor. Eindeutige somatische Befunde werden bagatellisiert, Schmerzen herabgesetzt wahrgenommen. Körperliche Missempfindungen wandern durch den Körper, einzelne Körperteile werden besonders unangenehm oder schmerzhaft bzw. funktionseingeschränkt erlebt. Haptische Halluzinationen vermitteln u.a. Verlagerungen von inneren und äußeren Körperteilen oder Lähmungen von Körperteilen sowie andere Fehl- und Missempfindungen.

Depersonalisation u. Derealisation

U.U. liegt eine Funktionsstörung in der Art der Depersonalisation (ein Gefühl, dem eigenem Ich fremd gegenüber zu stehen, es werden u.U. einzelne Körperteile oft als fremdartig, nicht zum Ich gehörig empfunden. Vielfach entsteht gleichzeitig das Gefühl, die gewohnten Dinge und Menschen seien fremd, starr und leer, nicht wirklich.) und des Realitätsverlustes im Raum, der Derealisation (Gefühl, bei dem Personen und Gegenstände um den Betroffenen herum eigentümlich fremd, unwirklich, unreal erscheinen).

Gefühle – Tempo des Verhaltens - Gefühlsreaktionen

Gefühle, die die Funktionen, die Tempo des Verhaltens oder Reaktionszeiten regulieren und an denen sowohl motorische als auch psychologische Komponenten beteiligt sind, zeigen sich beeinträchtigt. Störungen der Kontrolle führen zu einer psychomotorischen Beeinflussung in Form von langsamen Sprechen und Bewegen, Verminderung von Gestik und spontanen Bewegungen.

Körpererleben und sexuelles Erleben

Die Charakteristika einer sexuell gesunden Person, wie positives Körperbild, ungeachtet der äußeren Erscheinung, das Akzeptieren der sexuellen Funktionen und der Körperfunktionen als normal und natürlich, Erkennen und Akzeptieren der eigenen sexuellen Gefühle, Akzeptieren von Fehlern und Unvollkommenheiten bei sich und bei anderen ist eingeschränkt bzw. entzieht sich einer kritischen Selbstreflexion. U.u. liegen sexuelle Funktionsstörungen bei Männern und bei Frauen Libidomangel oder sexuelle Aversion vor.

U.u. liegt eine Störung in der Selbstbefriedigung, der Selbsterfahrung der erotischen Qualitäten des eigenen Körpers vor. Die positive Erfahrung zu sich zärtlich zu sein, sich mit Hilfe des eigenen Körpers Entspannung, Geborgenheit, Trost und Selbstwertgefühl zu geben, wird ängstlich erlebt. Es kann zu einem narzisstischen Vernarren in den eigenen Körper kommen oder die Person kann sich in die Selbstbefriedigung zwanghaft hinein steigern. Also etwas nicht wollen, was man zugleich tut.

Störung der Kontrolle des Körpererlebens

Die Störungen der Kontrolle des Körpererlebens können auch zu psychomotorischer Erregung führen (überschießendes Verhalten oder überschießende kognitive Aktivitäten, die im Allgemeinen unproduktiv und nicht zielgeleitet sind. Sie beruhen auf einer inneren Anspannung).

Erläuterungen zur folgenden Darstellung der Hilfearten und – ausprägungen unter Ziffer 2.6 (siehe oben)

- (0) keine Hilfe;
- (1) begleitende Beobachtung, Information und Beratung bezüglich der Erkrankung, Krankheitsverlauf und Behinderungsfolgen, sowie Kompensationsmöglichkeiten;
- (2) Motivation zur Erschließung von Hilfsmöglichkeiten im Umfeld, Unterstützung zur Erschließung oder zum Erhalt natürlicher Hilfspotentiale;
- (3) entlastende soziotherapeutische und/oder psychotherapeutische Gespräche, Orientierungshilfen zur Bewältigung der Störung, zur Erarbeitung und Planung von alternativen bzw. krankheitsangepassten Verhaltensweisen, Rückfallprophylaxe;
- (4) Begleitung bei der Erarbeitung alternativen Verhaltens, Krisenintervention, ggf. unter Einbeziehung des Umfeldes;
- (5) wiederholte Intervention bei protrahierten Krisen, ggf. unter Einbeziehung des Umfeldes, regelmäßige intensive Begleitung, bei der Bewältigung der seelischen Belastung und bei der regelmäßigen Erarbeitung und Einübung alternativer Verhaltensweisen.

(0) <i>keine Hilfe</i> ;		
(1) <i>begleitende Beobachtung, Information und Beratung</i> bezüglich der Erkrankung, Krankheitsverlauf und Behinderungsfolgen, sowie Kompensationsmöglichkeiten;		
(2) Motivation zur Erschließung von Hilfsmöglichkeiten im Umfeld,	(2) Unterstützung zur Erschließung oder zum Erhalt natürlicher Hilfspotentiale;	
(3) <i>entlastende soziotherapeutische und/oder psychotherapeutische Gespräche</i> ,	(3) Orientierungshilfen zur Bewältigung der Störung, zur Erarbeitung und Planung von alternativen bzw. krankheitsangepassten Verhaltensweisen,	(3) Rückfallprophylaxe ;
(4) Begleitung bei der Erarbeitung alternativen Verhaltens, ggf. unter Einbeziehung des Umfeldes;	(4) Krisenintervention , ggf. unter Einbeziehung des Umfeldes;	
(5) <i>wiederholte Intervention</i> bei protrahierten Krisen, ggf. unter Einbeziehung des Umfeldes.	(5) <u>Regelmäßige intensive Begleitung</u> , bei der Bewältigung der seelischen Belastung.	(5) <u>Regelmäßige intensive Begleitung</u> , bei der regelmäßigen Erarbeitung und Einübung alternativer Verhaltensweisen.

Die oben aufgeführten Texte sind wie folgt markiert: die wesentlichen Substantive in Fettdruck, Adjektive in kursiv (Steigerung in kursiv und unterstrichen). Sind in dem Text Alternative (Aufzählungen) angeführt, sind sie nebeneinander dargestellt.

c) Angstsyndrome

Störungen des angemessenen Umgangs mit Angst, Auftreten von Panikattacken, Durchführen von zwanghaften Handlungen.

Angstsyndrome = Eine ängstliche Unsicherheit beeinträchtigt die Aktivität, führt u.U. zu zwanghaftem Verhalten und zu einer sichtbaren Selbstunsicherheit. Evtl. werden Räume nur noch zaghaft, unsicher oder gar nicht betreten. Vermeintliche oder sichtbare Unsauberkeit führt zu Formen von Waschwängen und/oder umständliches Berühren von Gegenständen. Öffentliche und andere Verkehrsmittel werden nur unter enger Begleitung oder auch gar nicht genutzt. Mitmenschen werden gemieden bzw. nur umständlich angesprochen. Es kommt zu panikartigem Weglaufen oder Verkriechen, sich einschließen, sich lautstark gegen Aufforderungen wehren, um nicht in vermeintlich unausweichliche Situationen zu gelangen.

In der angstbesetzten Situationen, können die Funktionen des Gefühls, die das/die Tempo/Reaktion auf unmittelbare Ereignisse regulieren und an denen sowohl motorische als auch psychologische Gefühlsreaktionen beteiligt sind, berührt sein.

Gelungene Lösungen mit der Angst

Gelungene Lösungen im Umgang mit der Angst sind solche, die in der gleichen Situation einen größeren Handlungsspielraum eröffnen. In ihnen kann die Angst zur Gefahrenkontrolle genutzt werden.

Verfehlte Lösungen der Angst

Verfehlte Angstlösungen (neurotisch gestimmte) sind solche, die die Person einengen, sie panzern, wenn der Signalwert der Angst nicht wahrgenommen wird, sondern die Angst als Gefahr krampfhaft vermieden wird. U.U. werden bestimmte Gefühle als nicht zur Person dazugehörend gesehen. D.h. wenn sie auftauchen, irritieren sie die Person. Sie sorgt dafür, dass sie noch weiter verdrängt werden, bis es fast so aussieht, als seien sie nicht mehr da. Damit dieser Panzer (die Abwehr) stabil wird, handelt die Person so, dass sie sich so sehen kann, wie sie denkt, dass man sie zu sehen wünscht. Dabei geht bereits die Fähigkeit verloren, Gefühle als die eigenen selbst zugehörig zu erleben. Jede neue Begegnung und jede neue Beziehung, die die Person aufnimmt, birgt in sich die Gefahr, dass die Gefühle - die weggedrückten - wieder auftauchen. Die Person verzweifelt angstvoll, reagiert mit Angst vor Blamage und Lächerlichkeit, mit Minderwertigkeitsgefühlen. Sie ist unfähig, in eine reife Beziehung einzutreten bzw. zu leben.

Angst als diffus erlebtes Phänomen

Die Angst ist u.U. nicht objektgebunden, sondern ist diffus bedrohlich und kann sich bis zur Panik steigern, ohne dass die Person sich zu helfen wüsste. Menschen, die **zwanghaft** handeln, müssen eine bestimmte Handlung immer wieder ausüben (z.B. waschen, aufräumen, Schalter kontrollieren, sich wiederholend vergewissern, dass etwas so ist bzw. nicht so ist) oder bestimmte Gedanken immer wieder durchgrübeln. Dabei kann dieses gezwungene Tun soviel Zeit beanspruchen, dass der Mensch zu nichts anderem kommt.

Die Unfähigkeit, sich von dem „unsinnigen“ Denken und Verhalten zu distanzieren

Während Pedanterie oder genaues Kontrollieren noch als angemessen gelten kann, weiß der Zwangshandelnde, wie unsinnig sein Tun und Denken ist. Er kann es dennoch nicht lassen, weil unmittelbare, extreme Angst die Folge des Unterbrechens von Zwangshandlungen sein kann. Oder es treten anstelle der Zwangsgedanken plötzliche Wünsche auf, die für seine zwischenmenschlichen Beziehungen gefährlich werden können.

Regredieren und Ungeschehen machen, Isolieren von Gefühlen

Weitere phänomenale Vorkommen sind: Regredieren = eine Handlung, bei der die Person unliebsamen Anforderungen dadurch ausweicht, indem sie auf kleinkindliche Verhaltensweisen zurückgreift. Isolieren von Gefühlen = eine Handlung, durch die es gelingt, rein intellektuell über Wut oder Zuneigung zu sprechen, jedoch entsprechende Gefühle nicht zu empfinden. Ungeschehenmachen = diese Handlung setzt man ein, wenn man sich verraten zu haben glaubt und man vor allem gegen die Verurteilung durch das eigene Gewissen oder die befürchtete Strafe vorgeht. Diese Abwehr dient der Aufrechterhaltung einer harmonischen Beziehung und vor allem der Vermeidung von Vorwürfen und Schuldgefühlen.

Projektion, Wendung gegen die eigene Person, Verkehrung ins Gegenteil

Projektion = der Klient sieht und bekämpft bei Anderen die Gefühle, die er bei sich nicht mag bzw. nicht ertragen kann.

Wendung gegen die eigene Person: da es nicht gelingt, Wut, Hass gegen die Menschen zu richten, die diese Gefühle betreffen, kann man nur die eigene Person hassen und alle Gefühle der Wut gegen sich selbst richten.

Verkehrung ins Gegenteil, eine zunächst wirksame Abwehrhandlung im Bereich des Sozialen. Im normalen Umgang ist man höflich, Personen, die man nicht besonders mag, werden mit besonderer Nettigkeit bedacht oder Personen, die man begehrt, werden schnöde und zurückweisend behandelt. Wenn es mit dieser Abwehr nicht ganz gelingt, das unliebsame Gefühl wegzudrängen (zu panzern), kann es zu zweideutigem Handeln kommen. Es ist gleichzeitig das abgewehrte und das gegenteilige abwehrende Gefühl vorhanden. Ein "Geh –weg, Komm her- Verhalten".

Erläuterungen zur folgenden Darstellung der Hilfearten und – ausprägungen unter Ziffer 2.6 (siehe oben)

- (0) keine Hilfe;
- (1) begleitende Beobachtung, Information und Beratung bezüglich der Erkrankung, Krankheitsverlauf und Behinderungsfolgen sowie Kompensationsmöglichkeiten;
- (2) Motivation zur Erschließung von Hilfsmöglichkeiten im Umfeld, Unterstützung zur Erschließung oder zum Erhalt natürlicher Hilfspotentiale;
- (3) entlastende soziotherapeutische und/oder psychotherapeutische Gespräche, Orientierungshilfen zur Bewältigung der Störung, zur Erarbeitung und Planung von alternativen bzw. krankheitsangepassten Verhaltensweisen, Rückfallprophylaxe;
- (4) Begleitung bei der Erarbeitung alternativen Verhaltens, Krisenintervention, ggf. unter Einbeziehung des Umfeldes;
- (5) wiederholte Intervention bei protrahierten Krisen, ggf. unter Einbeziehung des Umfeldes, regelmäßige intensive Begleitung bei der Bewältigung der seelischen Belastung und bei der regelmäßigen Erarbeitung und Einübung alternativer Verhaltensweisen.

(0) <i>keine Hilfe</i> ;		
(1) <i>begleitende Beobachtung, Information und Beratung</i> bezüglich der Erkrankung, Krankheitsverlauf und Behinderungsfolgen, sowie Kompensationsmöglichkeiten;		
(2) Motivation zur Erschließung von Hilfsmöglichkeiten im Umfeld,	(2) Unterstützung zur Erschließung oder zum Erhalt natürlicher Hilfspotentiale;	
(3) <i>entlastende soziotherapeutische und/oder psychotherapeutische Gespräche</i> ,	(3) Orientierungshilfen zur Bewältigung der Störung, zur Erarbeitung und Planung von alternativen bzw. krankheitsangepassten Verhaltensweisen,	(3) Rückfallprophylaxe ;
(4) Begleitung bei der Erarbeitung alternativen Verhaltens, ggf. unter Einbeziehung des Umfeldes;	(4) Krisenintervention , ggf. unter Einbeziehung des Umfeldes;	
(5) <i>wiederholte Intervention</i> bei protrahierten Krisen, ggf. unter Einbeziehung des Umfeldes.	(5) <u>Regelmäßige intensive Begleitung</u> , bei der Bewältigung der seelischen Belastung.	(5) <u>Regelmäßige intensive Begleitung</u> , bei der regelmäßigen Erarbeitung und Einübung alternativer Verhaltensweisen.

Die oben aufgeführten Texte sind wie folgt markiert: die wesentlichen Substantive in Fettdruck, Adjektive in kursiv (Steigerung in kursiv und unterstrichen). Sind in dem Text Alternative (Aufzählungen) angeführt, sind sie nebeneinander dargestellt.

d) Realitätsbezuges (halluzinatorisches Erleben)

Störungen des Realitätsbezuges (halluzinatorisches Erleben, und/oder paranoide Erlebnisverarbeitung), Störungen der Ich-Identität, Beeinträchtigung/ Verschiebung der Ich-/ Umweltgrenzen.

Die Störung stellt sich u.a. durch eine krankhaft veränderte, nicht mehr wirkliche Realität dar. Es wird eine neue Form der Realitätsanpassung, ein Realitätsersatz genutzt. Irreale Eingebungen (z.B. akustische, visuelle, haptische Halluzinationen/Wahn) prägen den (kranken) Realitätsbezug. Bei Halluzinationen sind für Andere wahrnehmbare Außenreize nicht gegeben, die Betroffenen handeln aber so, als wären sie vorhanden. Es werden irrealer Vorstellungen, wie eine ganz besonders herausgehobene Persönlichkeit zu sein, Besitzer/in von hohen Geldkonten, hochstehende Persönlichkeit in Politik oder Gesellschaft zu sein usw. krankhaft erlebt.

Fehlende Übereinstimmung der eigenen Vorstellungen zur Alltagswirklichkeit

Es besteht eine Schiefelage des Realitätsbezuges zur eigenen Situation. Die Vorstellungen über berufliches Fortkommen, über Arbeit im allgemeinen, zu den derzeitigen vorhandenen Ressourcen bzw. wirtschaftlichen Bedingungen und Profilanforderungen von Betrieben und/oder Unternehmen stimmen nicht mit der Realität überein. Die eigene Sichtweise zur Situation wird dennoch erfolgsorientiert vertreten.

Störungen des formalen und inhaltlichen Denkens

Formale Denkstörung = Störungen des Denkablaufs als Begriffsgegensatz zu den Störungen des Denkinhalts. Gemeint sind hier: Denkhemmung, die betroffene Person kann Denkvorgänge nicht zu Ende bringen, das Gefühl der völligen Leere im Kopf, Gedankenrennen, Denksperre, Ideenflucht, Denkzerfahrenheit, umständliches Denken, Inkohärenz, Verworrenheit, Perseveration (Haftenbleiben an Gedachtem).

Inhaltliche Denkstörung = Zwangsdenken (immer an bestimmte Denkinhalte denken zu müssen), Zwangsideen, Wahnideen, wahnartige Ideen, überwertige Ideen, u.a.

Alltagsaufgaben und Denkstörungen

Funktionen, die das logische Denken betreffen, wie bei Gedankendruck, Ideenflüchtigkeit, Denkhemmung, inkohärentes Denken, Vorbeidenken/Vorbeireden, umständliches Denken, Wahndenken, Zwangsdenken, Zwangshandlungen stehen u.a. in der Bewältigung von Alltagsaufgaben der handelnden Person im Wege.

Entgrenzung von Raum und Person

Das Ich, das Selbst, die Person, der Andere, der Raum, die Welt haben keine Grenzen mehr, bzw. verschwimmen. Die Person kann nicht mehr sicher sagen, wer sie eigentlich ist („Ich werde beeinflusst“, „in mir ist noch ein Anderer“). Sie erlebt sich als völlig leer (im Kopf), Gedanken, Gefühle werden abgezogen, so dass nur Leere und Kälte übrig bleibt. Die Gefühle und Gedanken bedrohen den Menschen von außen, andere Personen oder übernatürliche Kräfte beeinflussen sein Tun und er fühlt sich ihnen ohnmächtig ausgeliefert. Er kann sich nicht mehr selbst definieren – er ist „Ich gestört“.

Wahrnehmung und Bedeutung sind unklar

Die Wahrnehmung ist gestört, d.h. u.a., es werden Dinge als zusammengehörig gesehen, die nicht zusammengehören – als zur eigenen Person gehörend, die nicht zur Person gehören. Oder es werden Gesichter, Gegenstände, Pflanzen, Straßenzüge als starke Bedeutung gesehen, so dass der Mensch meint, er werde von ihnen gemeint, beobachtet, bedroht. Diese Empfindungen deralisieren, (verfremden seine Umwelt), depersonalisieren (verfremden ihn gegen seine eigene Person) den Menschen.

Verflachung von Gefühl und Beziehung

Die Gefühle und die gefühlsmäßigen Beziehungen zur Umwelt wirken flach, wobei die Intensität des Ausdrucks beeinträchtigt ist und seine Gefühlswelt verarmt. Diese Menschen wirken spröde, kühl und durchsichtig. Die Beziehung zum anderen Menschen (selbst zur Mutter oder Ehepartner) ist zwiespältig: gleichzeitig übergebunden und interessenlos.

Die selbst gewählte Einsamkeit

Der autistische Kranke flüchtet in eine Eigenwelt, er vermag unter den verschiedenen Realitäten "die Richtige" nicht mehr zu erkennen und verliert sich im autistischen Wahn bis zur völligen Verwirrung und zum Stupor.

Die extremste Form der Wertlosigkeit, d.h. der Zurückgenommenheit aus Kontakten, zeigt sich in autistischen Verhaltensmustern, als Umgang mit der Spaltung, die sich im Handeln auswirken. Die Gleichzeitigkeit von Wollen und Nicht – Wollen führt nicht selten zur Handlungsunfähigkeit bis zum Stupor.

Erläuterungen zur folgenden Darstellung der Hilfearten und – ausprägungen unter Ziffer 2.6 (siehe oben)

- (0) keine Hilfe;
- (1) begleitende Beobachtung, Information und Beratung bezüglich der Erkrankung, Krankheitsverlauf und Behinderungsfolgen, sowie Kompensationsmöglichkeiten;
- (2) Motivation zur Erschließung von Hilfsmöglichkeiten im Umfeld, Unterstützung zur Erschließung oder zum Erhalt natürlicher Hilfspotentiale;
- (3) entlastende soziotherapeutische und/oder psychotherapeutische Gespräche, Orientierungshilfen zur Bewältigung der Störung, zur Erarbeitung und Planung von alternativen bzw. krankheitsangepassten Verhaltensweisen, Rückfallprophylaxe;
- (4) Begleitung bei der Erarbeitung alternativen Verhaltens, Krisenintervention, ggf. unter Einbeziehung des Umfeldes;
- (5) wiederholte Intervention bei protrahierten Krisen, ggf. unter Einbeziehung des Umfeldes, regelmäßige intensive Begleitung bei der Bewältigung der seelischen Belastung und bei der regelmäßigen Erarbeitung und Einübung alternativer Verhaltensweisen.

(0) <i>keine Hilfe</i> ;		
(1) <i>begleitende Beobachtung, Information und Beratung</i> bezüglich der Erkrankung, Krankheitsverlauf und Behinderungsfolgen, sowie Kompensationsmöglichkeiten;		
(2) Motivation zur Erschließung von Hilfsmöglichkeiten im Umfeld,	(2) Unterstützung zur Erschließung oder zum Erhalt natürlicher Hilfspotentiale;	
(3) <i>entlastende soziotherapeutische und/oder psychotherapeutische Gespräche</i> ,	(3) Orientierungshilfen zur Bewältigung der Störung, zur Erarbeitung und Planung von alternativen bzw. krankheitsangepassten Verhaltensweisen,	(3) Rückfallprophylaxe ;
(4) Begleitung bei der Erarbeitung alternativen Verhaltens, ggf. unter Einbeziehung des Umfeldes;	(4) Krisenintervention , ggf. unter Einbeziehung des Umfeldes;	
(5) <i>wiederholte Intervention</i> bei protrahierten Krisen, ggf. unter Einbeziehung des Umfeldes.	(5) <u>Regelmäßige intensive Begleitung</u> , bei der Bewältigung der seelischen Belastung.	(5) <u>Regelmäßige intensive Begleitung</u> , bei der regelmäßigen Erarbeitung und Einübung alternativer Verhaltensweisen.

Die oben aufgeführten Texte sind wie folgt markiert: die wesentlichen Substantive in Fettdruck, Adjektive in kursiv (Steigerung in kursiv und unterstrichen). Sind in dem Text Alternative (Aufzählungen) angeführt, sind sie nebeneinander dargestellt.

e) Abhängigkeit (Suchtverhalten)

Das persönliche Verhalten ist auf die Suchtbefriedigung ausgerichtet; alles Tun und Denken ist darauf ausgerichtet, an den suchtbefriedigenden Stoff zu kommen, eine suchtbefriedigende Situation zu schaffen.

Abhängigkeit (Suchtverhalten) zeigt sich unter anderem darin, dass der abhängige Mensch im stetigen Bemühen sich befindet, unauffällig zu sein, wobei er durch dieses Verhalten auffällig für den anderen in seinem Verhalten wird. Alles Denken und Tun, ist auf die Beschaffung des Suchtmittels und damit auf die Befriedigung des Suchtempfindens ausgerichtet.

Bei der personale Abhängigkeit wird die eigene Bewegungsfreiheit eingeschränkt, weil alles Tun und Denken auf die Zufriedenheit der anderen Person ausgerichtet ist, wobei u.U. stets die eigenen Bedürfnisse hinten angestellt werden.

Die zeitliche Einteilung des Tages richtet sich nach Personen aus, von denen er/sie abhängig ist. Die Autonomie der eigenen Entscheidungen wird durch die Abhängigkeit eingeschränkt.

Qualitäten der personalen Sucht

Bei der Beurteilung einer evtl. Beeinträchtigung sind folgende Fragen hilfreich: Wie kann die Person kontextuell und sozial in angemessene Weise zwischenmenschliche Beziehungen beenden? Wie kann sie zeitlich begrenzte Beziehungen am Ende eines Besuches, eines institutionellen Aufenthaltes beenden? Wie kann sie sich von längerfristige Freundschaften (Freunde, die z.B. in eine andere Stadt ziehen) trennen? Wie werden Beziehungen zu Dienstleistererbringer, Arbeits- und/oder Berufskollegen beendet? Wie werden Dauer- Liebes- oder intime Beziehungen beendet bzw. wie geht die Person mit der Situation, einer Trennung um?

Andere Formen der Sucht

Andere Formen des Suchtverhaltens können Nikotin-, Spiel-, Alkohol – und/oder Drogensucht sein. Das persönliche Verhalten ist auf die Suchtbefriedigung ausgerichtet, alles Tun und Denken ist darauf ausgerichtet, an den suchtbefriedigenden Stoff zu kommen.

Das Suchtmittel als Selbsttherapie

Unter Umständen greifen Betroffene zum Suchtstoff, um zumindest vorübergehend bestimmte krankheitsbedingte Symptome (Ängstlichkeit, Wahnerlebnisse, Unsicherheit) zurückzudrängen, aber auch, um die durch neuroleptische Behandlung vorhandenen Nebenwirkungen tolerierbar zu machen.

Mit dem Rückfall leben – die Muss - Abstinenz als Rückfallgarant

Abstinentes Verhalten kann für den Betroffenen quälend und zermürend sein, so dass er die Einnahme des Stoffes als eine Befreiung oder Erlösung erlebt. Den Rückfall gibt es nicht. Es gibt z.B. systemische Rückfälle, die das Trinkverhalten nicht zuletzt durch die Art der sozialen Beziehung steuern. Manche Abhängige trinken zwar keinen Alkohol mehr, aber die gelebten Beziehungen werden gleichzeitig starr und trocken aus.

Medikamentenabusus u. Abhängigkeit

Die Verheimlichung der Sucht, des Rückfalls, ist bei der Medikamentenabhängigkeit perfekter. Die möglichen Verstecke der Medikamente sind subtiler (eingenäht im Handtaschenfutter, Innenseite des Gürtels etc.). Gefahren bzgl. der eigenen Befindlichkeiten werden mit dem „zuständigen“ Medikament behandelt. Damit werden die Signale und das ihnen zugrunde liegende Problem maskiert.

Ein auffälliges Verhalten des Medikamentenabhängigen ist z.B. eine überheizte Wohnung, penible ordentliche Wohnung (Verwahrlosung erst zuletzt). Die Fenster sind Sommer wie Winter stets geschlossen (evtl. auch verhängen). Das Zimmer als ein regressiver Brutkasten! Zuwendung eigenartig wechselnd: eine Spur zu überschießend freundlich / abweisend. Blaue Flecke an Schienbein oder Unterarme durch Hinfallen oder Anstoßen.

Betäubungsmittelabhängigkeit

Betäubungsmittelabhängigkeit führt mit der Zeit zu körperlichen – internistischen Problemen, sowie Verlust der Selbstkritik, Leistungsabfall.

Es ist eine Gefühlslabilität und/oder ein Antriebsverlust zu beobachten. Die betroffenen Personen verlieren an Dingen ihrer sozialen Umwelt das Interesse. Das Gesamtbild vermittelt den Eindruck, dass die Person nicht präsent zu sein scheint.

Bei Cannabis-Abhängigen kommt es zu dysphorischen, ängstlichen oder apathischen Durchgangssyndromen. Psychotische Verselbstständigungen sind ebenfalls zu beobachten. Bei der *seelischen* Abhängigkeit verlieren die Personen Interesse, Fähigkeiten verkümmern bis ein u.U. nicht mehr rückbildungsfähiger Gewohnheitsumbau stattfindet.

Aufputschmittel (Psychostimulantia)

Bei den Aufputschmitteln kommt es zur scheinbaren Leistungssteigerung, erkaufte durch die Einengung der Leistungsfunktionen mit nachfolgender Erschöpfung und Schlaflosigkeit. Dieses wiederum animiert zur Fortsetzung und /oder Kombination mit Schlafmitteln.

Eine überwachte, aber eingeengte, von Detail zu Detail tanzende Aufmerksamkeit, massive Stimmungsschwankungen zwischen absoluten Hochgefühl und totaler Niedergeschlagenheit ist zu beobachten. Es entwickelt sich ein Körperabbau bis zur totalen Abmagerung. Neben kardiovaskulären Problemen kommt es zum organisch-psychozialen Persönlichkeitsumbau.

Soziale Folgen

Es besteht auch die Gefahr der Beschaffungskriminalität oder Formen von promiskuitivem Verhalten. Eine zunehmende Unruhe kündigt u. U. einen sich einstellender Suchtdrang an. Ausreden, Ausflüchte sollen das Suchtverhalten leugnen. Selbstquälende Selbstvorwürfe beeinträchtigen die Stimmungslagen. Die betroffene Person ist Sklave ihres Verlangens nach dem Suchtstoff.

Abhängige Menschen haben noch stärker als andere, den Wunsch Unabhängigkeit zu genießen, ohne jedoch ihre Abhängigkeit zu gefährden, vielmehr beides gleichzeitig zu steigern.

Erläuterungen zur folgenden Darstellung der Hilfearten und – ausprägungen unter Ziffer 2.6 (siehe oben)

- (0) keine Hilfe;
- (1) begleitende Beobachtung, Information und Beratung bezüglich der Erkrankung, Krankheitsverlauf und Behinderungsfolgen sowie Kompensationsmöglichkeiten;
- (2) Motivation zur Erschließung von Hilfsmöglichkeiten im Umfeld, Unterstützung zur Erschließung oder zum Erhalt natürlicher Hilfspotentiale;
- (3) entlastende soziotherapeutische und/oder psychotherapeutische Gespräche, Orientierungshilfen zur Bewältigung der Störung, zur Erarbeitung und Planung von alternativen bzw. krankheitsangepassten Verhaltensweisen, Rückfallprophylaxe;
- (4) Begleitung bei der Erarbeitung alternativen Verhaltens, Krisenintervention, ggf. unter Einbeziehung des Umfeldes;
- (5) wiederholte Intervention bei protrahierten Krisen, ggf. unter Einbeziehung des Umfeldes, regelmäßige, intensive Begleitung bei der Bewältigung der seelischen Belastung und bei der regelmäßigen Erarbeitung und Einübung alternativer Verhaltensweisen.

(0) <i>keine Hilfe</i> ;		
(1) <i>begleitende Beobachtung, Information und Beratung</i> bezüglich der Erkrankung, Krankheitsverlauf und Behinderungsfolgen, sowie Kompensationsmöglichkeiten;		
(2) Motivation zur Erschließung von Hilfsmöglichkeiten im Umfeld,	(2) Unterstützung zur Erschließung oder zum Erhalt natürlicher Hilfspotentiale;	
(3) <i>entlastende soziotherapeutische und/oder psychotherapeutische Gespräche</i> ,	(3) Orientierungshilfen zur Bewältigung der Störung, zur Erarbeitung und Planung von alternativen bzw. krankheitsangepassten Verhaltensweisen,	(3) Rückfallprophylaxe ;
(4) Begleitung bei der Erarbeitung alternativen Verhaltens, ggf. unter Einbeziehung des Umfeldes;	(4) Krisenintervention , ggf. unter Einbeziehung des Umfeldes;	
(5) <i>wiederholte Intervention</i> bei protrahierten Krisen, ggf. unter Einbeziehung des Umfeldes.	(5) <i>Regelmäßige intensive Begleitung</i> , bei der Bewältigung der seelischen Belastung.	(5) <i>Regelmäßige intensive Begleitung</i> , bei der regelmäßigen Erarbeitung und Einübung alternativer Verhaltensweisen.

Die oben aufgeführten Texte sind wie folgt markiert: die wesentlichen Substantive in Fettdruck, Adjektive in kursiv (Steigerung in kursiv und unterstrichen). Sind in dem Text Alternative (Aufzählungen) angeführt, sind sie nebeneinander dargestellt.

f) Emotionale Instabilität

Affektives instabiles Verhalten in Form eines ausgeprägten Über-Reagierens auf unterschiedliche Stimmungen in Dissonanz zur augenblicklichen Situation. Meist nur von kurzer Dauer, dafür wechselt aber die Grundstimmung mit vielen, z.T. auch extremen Schwankungen.

Es sind die Gefühlsfunktionen, die sich in der Übereinstimmung des Gefühls oder des Affekts mit der Situation äußern, wie z.B. Glücksgefühl, wenn man eine gute Nachricht erhält, beobachtend zu kontrollieren. Als weiteres sind die mentalen Funktionen, die Erleben und Ausdruck von Affekten kontrollieren, als Resource oder Bewältigungsstörung in den Blick zu nehmen.

Emotionale Instabilität = Unterschiedliche Gefühlswallungen liegen dicht beieinander. Manchmal sind auch inadäquate Gefühlsregungen zu beobachten. Das gefühlsbetonte Verhalten, entspricht nicht der augenblicklichen Situation. Bei emotionaler Instabilität liegen „Weinen“ und „Lachen“ nah beieinander. Dieses Erleben prägt die personale Aura. Es kann auch ein „emotionales Unbeteiligt sein“ beobachtet werden (emotionale Verflachung/Erstarrung, beeinträchtigte Schwingungsfähigkeit). Als weiteres Phänomen kann die „stabile Instabilität“, ausgeprägte Zerrissenheit, nicht wissen, wie man sich entscheiden soll, beobachtet werden.

Spannweiten, die die mentale Funktionen kennzeichnen

Welche Spannweiten umfassen die mentalen Funktionen, die sich im Spektrum von Gefühlsregungen oder Gefühlen äußern, wie Liebe, Hass, Angst, Sorgen, Freude, Furcht und Ärger bei den Betroffenen?

Menschen mit einer unstablen Gefühlslage kommen nicht selten mit problematischen Bewältigungsmöglichkeiten in Kontakt, in denen sich weitere Probleme ergeben. Alkohol- oder/auch Drogenkonsum, essgestörtes Verhalten und nicht zuletzt selbstverletzendes Verhalten sind dann Versuche mit der unsicheren Gefühlslage zurecht zu kommen. Es herrscht ein verzweifelt Bemühen, tatsächliches oder vermutetes Verlassenwerden zu vermeiden oder Alleinsein zu verhindern.

Suche nach der Identität

Die zwischenmenschliche Beziehung zeichnet sich durch einen Wechsel zwischen dem extremen Idealisieren und Entwerten der Beziehung aus. Die Suche nach Identität (Ich- gestörtes Erleben) führt zum instabilen Selbstbild („ich taue nicht, ich bin das größte Schwein, du magst mich sowieso nicht“), selbstentwertende Sexualität, etc. und/oder Entwertung der eigenen Person („was bin ich schon – nichts!“). Die selbstschädigende Impulsivität führt evtl. zu unkontrollierten Geldausgaben, Substanzmissbrauch, rücksichtsloses Fahren, zertrümmern von lieb gewordenen Gegenständen, wiederholte suizidale Handlungen oder Selbststötungsdrohungen bis hin zu Selbstverletzungen.

Reagieren auf unterschiedliche Stimmungen

Affektives instabiles Verhalten in Form eines ausgeprägten Reagierens auf unterschiedliche Stimmungen, z. B. hochgradige episodische Verstimmung oder eine lächerlich - läppische Kontaktaufnahme. Reizbarkeit und/oder Angst, wobei diese beschriebenen Verhaltensformen i.d.R. nur einige Stunden anhalten, selten mehr als einige Tage.

Gefühl der Leere und aggressive Entgleisungen

Die Personen klagen über langzeitliche Gefühle der Leere, was sie inaktiv und schwunglos stimmt. Es kommt auch zu heftigen Wutausbrüchen in verbaler aber auch körperlicher Art. Sie haben Schwierigkeiten diese Wut zu kontrollieren (z.B. häufige Wutausbrüche mit Türen schlagen, Wutgeschrei, Wegtreten von Gegenständen, die gerade im Weg stehen. So kann durchaus die geliebte Katze, der drollige Hund verletzende Tritte bekommen, die selbst gepflegten Blumen aus dem Fenster fliegen, der Freund/die Freundin Schläge bekommen).

Wahnhafte Erlebnisse und Sensationssuche

Die Betroffenen erleben vorübergehende, durch Belastungen ausgelöste paranoide Vorstellungen oder schwere dissoziative Symptome. Die Auseinandersetzung mit der inneren Verfassung und der Versuch, der inneren Spannung zu entgehen, haben ihre Auswirkung auf die zwischenmenschliche Beziehung und die eigenen Gefühle. Es kommt zu sog. Sensationssuche: Suche nach Spannung, aufregende Tätigkeiten, wie z.B. schnelles Fahren, die Suche nach neuen Erfahrungen, Suche nach Enthemmung, etwa mit Hilfe von sozialem Trinken (animieren von Mittrinkendem), vermehrte soziale Aktivitäten ohne Rücksicht, ob die Mitbetroffenen das noch aushalten, Suche nach ausufernder Sexualität, wie z.B. mehrerer Geschlechtspartner hintereinander zu erleben. Das Erleben einer ausgeprägten Unruhe, weil unangenehmes Betroffensein durch Langeweile, die Abneigung gegenüber monotonen Situationen.

Phänomen der Affektlabilität

Als weitere Phänomene der Affektlabilität beobachten wir eine verringerte Erregbarkeit der seelischen Ansprechbarkeit, die Person wirkt abgestumpft, leer. Manchmal ist ein Auseinanderfallen von Denkinhalt und entsprechenden Affekt zubeobachten. Personen zeigen auch ein inadäquates, ein dem Bewusstseinsinhalt nicht entsprechenden Affekt. Die Person erzählt lächelnd von einer bevorstehenden Katastrophe.

Erläuterungen zur folgenden Darstellung der Hilfearten und – ausprägungen unter Ziffer 2.6 (siehe oben)

- (0) keine Hilfe;
- (1) begleitende Beobachtung, Information und Beratung bezüglich der Erkrankung, Krankheitsverlauf und Behinderungsfolgen sowie Kompensationsmöglichkeiten;
- (2) Motivation zur Erschließung von Hilfsmöglichkeiten im Umfeld, Unterstützung zur Erschließung oder zum Erhalt natürlicher Hilfspotentiale;
- (3) entlastende soziotherapeutische und/oder psychotherapeutische Gespräche, Orientierungshilfen zur Bewältigung der Störung, zur Erarbeitung und Planung von alternativen bzw. krankheitsangepassten Verhaltensweisen, Rückfallprophylaxe;
- (4) Begleitung bei der Erarbeitung alternativen Verhaltens, Krisenintervention, ggf. unter Einbeziehung des Umfeldes;
- (5) wiederholte Intervention bei protrahierten Krisen, ggf. unter Einbeziehung des Umfeldes, regelmäßige intensive Begleitung bei der Bewältigung der seelischen Belastung und bei der regelmäßigen Erarbeitung und Einübung alternativer Verhaltensweisen.

(0) <i>keine Hilfe;</i>		
(1) <i>begleitende Beobachtung, Information und Beratung</i> bezüglich der Erkrankung, Krankheitsverlauf und Behinderungsfolgen, sowie Kompensationsmöglichkeiten;		
(2) Motivation zur Erschließung von Hilfsmöglichkeiten im Umfeld,	(2) Unterstützung zur Erschließung oder zum Erhalt natürlicher Hilfspotentiale;	
(3) <i>entlastende soziotherapeutische und/oder psychotherapeutische Gespräche,</i>	(3) Orientierungshilfen zur Bewältigung der Störung, zur Erarbeitung und Planung von alternativen bzw. krankheitsangepassten Verhaltensweisen,	(3) Rückfallprophylaxe;
(4) Begleitung bei der Erarbeitung alternativen Verhaltens, ggf. unter Einbeziehung des Umfeldes;	(4) Krisenintervention , ggf. unter Einbeziehung des Umfeldes;	
(5) <i>wiederholte Intervention</i> bei protrahierten Krisen, ggf. unter Einbeziehung des Umfeldes.	(5) <u>Regelmäßige intensive Begleitung</u> , bei der Bewältigung der seelischen Belastung.	(5) <u>Regelmäßige intensive Begleitung</u> , bei der regelmäßigen Erarbeitung und Einübung alternativer Verhaltensweisen.

Die oben aufgeführten Texte sind wie folgt markiert: die wesentlichen Substantive in Fettdruck, Adjektive in kursiv (Steigerung in kursiv und unterstrichen). Sind in dem Text Alternative (Aufzählungen) angeführt, sind sie nebeneinander dargestellt.

g) Gedächtnis / Orientierung

Störungen der Konzentrations- und Merkfähigkeit, des Gedächtnisses und der Orientierung zur Zeit, zum Ort, zur Situation, zur eigenen und fremden Personen.

Die Belastbarkeit, Konzentrationsfähigkeit, Merkfähigkeit und/oder Beeinträchtigungen des Gedächtnisses, der Orientierung, sowie die Belastbarkeit im Durchhaltevermögen sind beeinträchtigt. In der Informationsverarbeitung, in der angemessenen Erledigung von Aufgaben, bestimmte Anforderungen bei Tätigkeiten in den Wohnbereichen, im eigenen Wohnraum, in der Arbeits- oder Beschäftigung werden als nicht oder kaum leistbar erlebt. Längeres Verbleiben in Aufgaben oder ähnliches verringert die Konzentrationsfähigkeit, führt zu Merkfähigkeitsstörungen oder ähnlichem.

Aufmerksamkeit - Ablenkung

Die Funktionen, die die Daueraufmerksamkeit, Wechsel der Aufmerksamkeit, geteilte Aufmerksamkeit, mit anderen geteilte Aufmerksamkeit, Konzentration und Ablenkbarkeit betreffen, sind dahin gehend gestört, dass Erledigungen, Aufgaben unter- oder abgebrochen bzw. fehlerhaft vollendet bzw. gar nicht begonnen werden.

Gedächtnis versus Ereignistage

Bzgl. der Funktionen des Gedächtnisses sind die mentalen Funktionen, die die adäquate Registrierung, die Speicherung und den Abruf von Informationen betreffen zu beobachten. Ist der Wochentag, Monat, das Jahr kontinuierlich präsent? Kann die Person persönliche Bezüge zu bestimmten Ereignistagen setzen bzw. mit ihnen verbinden?

Gedächtnis und Orientierung

Findet sich die Person in seiner unmittelbaren Umgebung, in der Stadt seines Bezuges zurecht? Erkundet er aktiv im Sinne der Orientierung seine Umgebung? Lebt die Person im bewussten Gewahrsein ihrer eigenen Identität und kann er somit im Sinne seiner Orientierung zu sich und zum anderen in der Gemeinschaft erkennen bzw. zuordnen?

Zusammenfassung

Einzubeziehen sind Funktionen, die das Kurzzeitgedächtnis und Langzeitgedächtnis, Sofort-, Frisch- und Altgedächtnis, Gedächtnisspanne und Abrufen von Erinnerungen betreffen, Funktionen, die beim Wiedererkennen und Lernen benutzt werden. Als Weiteres ist zu beobachten, ob die allgemeinen mentalen Funktionen, die Selbstwahrnehmung, Ich-Bewusstheit und realistische Wahrnehmung anderer Personen sowie der Zeit und der Umgebung, der Situation betreffen, beeinträchtigt sind bzw. durch entsprechende Ressourcen ausgeglichen werden können.

Erläuterungen zur folgenden Darstellung der Hilfearten und – ausprägungen unter Ziffer 2.6 (siehe oben)

- (0) keine Hilfe;
- (1) begleitende Beobachtung, Information und Beratung bezüglich der Erkrankung, Krankheitsverlauf und Behinderungsfolgen sowie Kompensationsmöglichkeiten;
- (2) Motivation zur Erschließung von Hilfsmöglichkeiten im Umfeld, Unterstützung zur Erschließung oder zum Erhalt natürlicher Hilfspotentiale;
- (3) entlastende soziotherapeutische und/oder psychotherapeutische Gespräche, Orientierungshilfen zur Bewältigung der Störung, zur Erarbeitung und Planung von alternativen bzw. krankheitsangepassten Verhaltensweisen, Rückfallprophylaxe;
- (4) Begleitung bei der Erarbeitung alternativen Verhaltens, Krisenintervention, ggf. unter Einbeziehung des Umfeldes;
- (5) wiederholte Intervention bei protrahierten Krisen, ggf. unter Einbeziehung des Umfeldes, regelmäßige, intensive Begleitung bei der Bewältigung der seelischen Belastung und bei der regelmäßigen Erarbeitung und Einübung alternativer Verhaltensweisen.

(0) <i>keine Hilfe</i> ;		
(1) <i>begleitende Beobachtung, Information und Beratung</i> bezüglich der Erkrankung, Krankheitsverlauf und Behinderungsfolgen, sowie Kompensationsmöglichkeiten;		
(2) Motivation zur Erschließung von Hilfsmöglichkeiten im Umfeld,	(2) Unterstützung zur Erschließung oder zum Erhalt natürlicher Hilfspotentiale;	
(3) <i>entlastende soziotherapeutische und/oder psychotherapeutische Gespräche</i> ,	(3) Orientierungshilfen zur Bewältigung der Störung, zur Erarbeitung und Planung von alternativen bzw. krankheitsangepassten Verhaltensweisen,	(3) Rückfallprophylaxe ;
(4) Begleitung bei der Erarbeitung alternativen Verhaltens, ggf. unter Einbeziehung des Umfeldes;	(4) Krisenintervention , ggf. unter Einbeziehung des Umfeldes;	
(5) <i>wiederholte Intervention</i> bei protrahierten Krisen, ggf. unter Einbeziehung des Umfeldes.	(5) <u>Regelmäßige intensive Begleitung</u> , bei der Bewältigung der seelischen Belastung.	(5) <u>Regelmäßige intensive Begleitung</u> , bei der regelmäßigen Erarbeitung und Einübung alternativer Verhaltensweisen.

Die oben aufgeführten Texte sind wie folgt markiert: die wesentlichen Substantive in Fettdruck, Adjektive in kursiv (Steigerung in kursiv und unterstrichen). Sind in dem Text Alternative (Aufzählungen) angeführt, sind sie nebeneinander dargestellt.

h) Auffassung / Intelligenz

Störungen bzgl. der Fähigkeiten, Informationen zu identifizieren, zu analysieren und zu integrieren und zu einem Ganzen zusammenfügen zu können. Ergebnisse in Handlung sinnvoll einfließen zu lassen. Beherrschen von Kulturtechniken wie Rechnen, Lesen, Schreiben.

Evtl. sind Funktionen, die die Entwicklung von allgemeinen Vorstellungen, Qualitäten oder Charakteristiken betreffen beeinträchtigt. Sie entsprechen evtl. nicht den Anforderungen, die die Erledigung von Aufgaben und Tätigkeiten des täglichen Lebens fordern. Es ist zu prüfen, ob die Person Teile zu einem Ganzen zusammenfügen und Aufgaben und Ereignissen systematisieren kann. Kann sie zwischen verschiedenen Möglichkeiten unterscheiden und diese bewerten?

Fehlende, eingeschränkte kulturtechnische Fertigkeiten

Das Nichtbeherrschen der kulturtechnischen Fertigkeiten wie nicht (oder sehr eingeschränkt) rechnen, schreiben oder lesen können, führt zu zusätzlichen Beeinträchtigungen von sozialen Kompetenzen und u.U. zu Beeinträchtigungen von lebenspraktischen Handeln. Vor allem im Hinblick auf die Teilhabe und Teilnahme am gesellschaftlichen Leben, am Leben in der Einrichtung, in der Gemeinde, im Stadtteil.

Fehlendes Erkennen von Zusammenhängen

Darüber hinaus können durch Lernbehinderungen, Intelligenzminderung, Schwachbegabungen zusätzliche Störungen entstehen, die sich auf das Verstehen und Begreifen/Verarbeiten von Informationen, von Zusammenhängen, Situationen, Gesprächen/Kommunikation i.w.S. aber auch auf die Erinnerung bzw. ihre Verwendung von Erlerntem auswirken. Zu diesem Bereich zählen auch kreatives Handeln etc..

Eingeschränktes Verstehen psychischer Phänomene

Störungen aufgrund eines fortwährenden Beschäftigtsein mit den eigenen Wahngedanken, fehlendes Verstehen der psychischen Vorgänge, was zu Verunsicherungen zur Situation, in der Beziehung zum Gegenüber führen kann.

Vor dem eigenen Anspruch scheitern

Es ist zu beobachten, ob eine Person, die sich durch Fleiß, Genauigkeit und Sorgfalt auszeichnet, aufgrund von überzogenen Eifer, Genauigkeit und Sorgfalt ihre Aufgaben nicht erledigt bekommt.

Gegensätze der Aufmerksamkeit

Zu beobachten ist das Verhältnis zwischen Offenheit gegenüber neuen Erfahrungen (u.a. Ausgeglichenheit, Ruhe und Gefasstheit) und Abgestumpftheit, Unaufmerksamkeit bzw. emotionaler Ausdruckslosigkeit.

Auffassung/Intelligenz und Denken

Bzgl. der Auffassung/Intelligenz, sind die mentalen Funktionen des formalen und inhaltlichen Denkens, wie Tempo, Form, Kontrolle und Inhalt des Denkens zu hinterfragen. Es zu hinterfragen, ob Ressourcen oder Fähigkeitsstörungen vorliegen bzgl. Funktionen, die zielgerichtetes Denken bzw. logisches Denken betreffen.

Vorgänge der Umgebung sicher und klar erkennen und zuordnen können

Es ist zu fragen, ob die Erkennung und Interpretation sensorischer Reize (Vorgänge seiner Umgebung sicher und klar erkennen) gestört ist. Werden die gewonnenen Information durch intellektuelle Leistungen folgerichtig in Bezug gesetzt? Werden die Ressourcen, die das Abstraktionsvermögen und Ordnen von Ideen betreffen, die das Zeitmanagement, Einsichts- und Urteilsvermögen, Kompetenzbildung, Kategorisierung und kognitive Flexibilität im Sinne der Auffassung betreffen, auch in der Alltagsbewältigung umgesetzt?

Erläuterungen zur folgenden Darstellung der Hilfearten und – ausprägungen unter Ziffer 2.6 (siehe oben)

- (0) keine Hilfe;
- (1) begleitende Beobachtung, Information und Beratung bezüglich der Erkrankung, Krankheitsverlauf und Behinderungsfolgen sowie Kompensationsmöglichkeiten;
- (2) Motivation zur Erschließung von Hilfsmöglichkeiten im Umfeld, Unterstützung zur Erschließung oder zum Erhalt natürlicher Hilfspotentiale;
- (3) entlastende soziotherapeutische und/oder psychotherapeutische Gespräche, Orientierungshilfen zur Bewältigung der Störung, zur Erarbeitung und Planung von alternativen bzw. krankheitsangepassten Verhaltensweisen, Rückfallprophylaxe;
- (4) Begleitung bei der Erarbeitung alternativen Verhaltens, Krisenintervention, ggf. unter Einbeziehung des Umfeldes;
- (5) wiederholte Intervention bei protrahierten Krisen, ggf. unter Einbeziehung des Umfeldes, regelmäßige, intensive Begleitung bei der Bewältigung der seelischen Belastung und bei der regelmäßigen Erarbeitung und Einübung alternativer Verhaltensweisen.

(0) <i>keine Hilfe</i> ;		
(1) <i>begleitende Beobachtung, Information und Beratung</i> bezüglich der Erkrankung, Krankheitsverlauf und Behinderungsfolgen, sowie Kompensationsmöglichkeiten;		
(2) Motivation zur Erschließung von Hilfsmöglichkeiten im Umfeld,	(2) Unterstützung zur Erschließung oder zum Erhalt natürlicher Hilfspotentiale;	
(3) <i>entlastende soziotherapeutische und/oder psychotherapeutische Gespräche</i> ,	(3) Orientierungshilfen zur Bewältigung der Störung, zur Erarbeitung und Planung von alternativen bzw. krankheitsangepassten Verhaltensweisen,	(3) Rückfallprophylaxe ;
(4) Begleitung bei der Erarbeitung alternativen Verhaltens, ggf. unter Einbeziehung des Umfeldes;	(4) Krisenintervention , ggf. unter Einbeziehung des Umfeldes;	
(5) <i>wiederholte Intervention</i> bei protrahierten Krisen, ggf. unter Einbeziehung des Umfeldes.	(5) <u>Regelmäßige intensive Begleitung</u> , bei der Bewältigung der seelischen Belastung.	(5) <u>Regelmäßige intensive Begleitung</u> , bei der regelmäßigen Erarbeitung und Einübung alternativer Verhaltensweisen.

Die oben aufgeführten Texte sind wie folgt markiert: die wesentlichen Substantive in Fettdruck, Adjektive in kursiv (Steigerung in kursiv und unterstrichen). Sind in dem Text Alternative (Aufzählungen) angeführt, sind sie nebeneinander dargestellt.

i) Sinnorientierung des Lebens

Störung der Fähigkeit Sinnhaftes in der eigenen Lebensgestaltung zu entdecken und zu bewahren / entwickeln.

Das Finden, Bewerten und Behalten von Perspektiven der eigenen Lebensgestaltung.

Kann der Klient trotz seiner Behinderung einen Sinn im Leben finden? Kann er sich auf die eigenen Fähigkeiten und Möglichkeiten besinnen? Ist die Person in der Lage, einen Sinn für sich darin zu sehen, den Tag anzufangen, den Alltag für sich zu organisieren, sein Leben aktiv zu gestalten, sich Veränderungen zu stellen? Kann er sich in einer sozialen Gemeinschaft aufgehoben fühlen? Kann er erkennen, dass ein wechselndes Lernen voneinander stattfindet? Kann er Sinn darin zu sehen, für seine Zukunft zu sorgen bzw. Sinn darin finden, für seine geistige und materiellen Ressourcen eine Zukunft zu organisieren?

Sinn für die Alltagsanforderungen

In der Lage sein und den Sinn erkennen die tägliche Routine durchzuführen, um die Anforderungen der alltäglichen Prozeduren oder Pflichten zu planen, zu handhaben und zu bewältigen. Zeiten planen und den Tagesplan für die verschiedenen Aktivitäten aufstellen.

Komplexe Aufgaben erledigen

Komplexe Aufgaben vorzubereiten, anzugehen und sich um die erforderliche Zeit und Räumlichkeit kümmern. Eine komplexe Aufgabe mit mehr als einem Bestandteil auszuführen.

Sinn für die Lebensaufgaben suchen und erleben

Eine Beschäftigung zu suchen, zu finden und auszuwählen, eine angebotene Arbeitsstelle anzunehmen, eine Anstellung, eine Tätigkeit zu behalten und darin aufzusteigen sowie ein Beschäftigungsverhältnis in geeigneter Form und Sinn gebender Weise gestalten zu können. Programme für die körperliche Fitness, Entspannung, Unterhaltung oder Zerstreuung; Kunstgalerien, Museen, Kino oder Theater besuchen. Handarbeiten machen, Hobbys nachgehen, zur Erbauung lesen, Musikinstrumente spielen, Sehenswürdigkeiten besichtigen, Erlebnisreisen durchführen, sich mit Freunden und Bekannten treffen, sich u.U. an religiösen und spirituellen Aktivitäten, Organisationen oder Praktiken zur Selbsterfüllung, Bedeutungsfindung, für religiöse und spirituelle Werte interessieren.

Sinn im bürgerschaftlichen Engagement sehen

Sich als Bürger am sozialen, politischen und staatlichen Leben beteiligen. Die Vorteile und Pflichten eines Staatsbürgers genießen, wie das Wahlrecht wahrnehmen, sich der Rechte und die Freiheit eines Staatsbürgers Bewusstsein und sich dafür einsetzen.

Erläuterungen zur folgenden Darstellung der Hilfearten und – ausprägungen unter Ziffer 2.6 (siehe oben)

- (0) keine Hilfe;
- (1) Information und Beratung über Möglichkeiten, sich zu orientieren und/oder an frühere Sinnerfahrung anzuknüpfen;
- (2) Einbeziehung von Hilfsmöglichkeiten im Umfeld (aktuelle oder frühere Bezugspersonen, Pastoren u.a.) zur Unterstützung der Suche nach einer situationsgemäßen Sinnorientierung;
- (3) entlastende Gespräche zur Bewältigung der Situation und Neuorientierung;
- (4) begleitende und motivierende Unterstützung im Alltag, ggf. unter Einbeziehung des Umfeldes;
- (5) regelmäßige Zuwendung und persönlich stützende Begleitung und logotherapeutische Behandlung, wiederholte intensive Krisenintervention.

(0) <i>keine Hilfe</i> ;		
(1) Information und Beratung über Möglichkeiten, sich zu orientieren und/oder an frühere Sinnerfahrung anzuknüpfen;		
(2) Einbeziehung von Hilfsmöglichkeiten im Umfeld (aktuelle oder frühere Bezugspersonen, Pastoren u.a.) zur Unterstützung der Suche nach einer situationsgemäßen Sinnorientierung;		
(3) <i>entlastende</i> Gespräche zur Bewältigung der Situation und Neuorientierung;		
(4) <i>begleitende</i> und <i>motivierende</i> Unterstützung im Alltag, ggf. unter Einbeziehung des Umfeldes;		
(5) <u>regelmäßige</u> Zuwendung und <i>persönlich stützende</i> Begleitung und logotherapeutische Behandlung,	(5) <u>wiederholte</u> <u>intensive</u> Krisenintervention.	

Die oben aufgeführten Texte sind wie folgt markiert: die wesentlichen Substantive in Fettdruck, Adjektive in kursiv (Steigerung in kursiv und unterstrichen). Sind in dem Text Alternative (Aufzählungen) angeführt, sind sie nebeneinander dargestellt.

k) Bei körperlicher Erkrankung / Behinderung und/oder einer Beeinträchtigung der Sinne.

Sofern eine (chronische) körperliche Erkrankung / Behinderung und / oder Beeinträchtigung der Sinnesfunktionen vorliegt: Ergeben sich hieraus besondere, zusätzliche psychische Belastungen / Beeinträchtigungen?

Bei diesem Item sind die Körperfunktionen als normale Funktionen von Körpersystemen (einschließlich psychologischer Funktionen) und Körperstrukturen als anatomische Teile des Körpers, wie Organe, Gliedmaßen und ihre Bestandteile im Zusammenhang mit Gesundheit und körperlicher Erkrankung/Behinderung zu betrachten.

Das Angewiesensein auf die Nutzung von Hilfsmittel wie z.B. Rollstuhl, Prothese Gehhilfe oder personaler Hilfen. Störungen, wie Contergan-Schädigungen, Sprachbehinderungen (Stottern/Poltern), Organschädigungen, Teil-/Lähmungen, Parästhesien oder andere somatische Erkrankungen wie z.B. Herz- und Kreislauferkrankungen, Erkrankungen der Atmungsorgane, neurologische Erkrankungen (Polyneuropathie), Diabetes mellitus, Chorea Huntington, Erkrankungen des Urogenitaltraktes, des Magen-Darm-Traktes, des endokrinen Funktionshaushalts etc. kann sich verstärkend auf schon vorhandene psychische Störungen auswirken oder stehen in ungünstiger Wechselbeziehung in welcher körperlich begründbare Krankheitszeichen paranoid verarbeitet werden.

Das kann heißen, dass reale Symptome bagatellisiert oder fehlgedeutet werden bzw. anderem Empfinden zugeordnet werden, mit der Folge, dass es zu schweren Erkrankungen kommt u.U. mit morbide Ausmaß.

iatrogen beeinflusste Störungen

Als einflussreiche Behinderung bzgl. Gangbild, Blick- und Schluckfunktion, innerer und äußerer Unruhe, kann sich die Auswirkung das extrapyramidale Syndrom (EPS) aufgrund der Neuroleptikatherapie darstellen. Ebenso können sich die Neuroleptika auf die Internistik und Endokrinologie des Betroffenen krankhaft auswirken, was zur erhöhter Gefahr einer Diabeteserkrankung, zu Herz-Kreislaufstörungen zu anfallsartigem Kammerflimmern führen kann, die die Person in Lebensgefahr bringt. Dieses Erlebnis verunsichert die Klienten dermaßen, so dass sie das Erlebte nicht richtig einordnen können und ihre weitere Mitwirkung an der Therapie und an Maßnahmen der Eingliederungshilfe gestört ist.

Einschränkungen der Sinnesfunktionen

Einschränkungen von Sinnesfunktionen (Sehen, Riechen, Schmecken, Tasten Hören) und gesteigerte bzw. herabgesetzte Schmerzempfindungen können sich auf die Befindlichkeit der psychiatrischen Erkrankung auswirken. Die Signale der Schmerzen werden nicht als ein wichtiges Warnzeichen des Körpers wahrgenommen, sondern als bedrohlichen Einfluss, als Strafe eines höheren Wesens erlebt.

Erkrankungen/Funktionsstörungen eines oder mehrerer Sinnesorgane können neben der gegebenen körperlich begründbaren Situation auch seelische Verunsicherungen provozieren, weil die Klienten nicht mehr das Erleben u.a. richtig real zuordnen können. Bzw. erleben sie die somatogenen Symptome extrem und überhöht, weil ausgerechnet sie betroffen sind, bzw. kommt es zu diffusen Einschätzungen der Sachlage, indem körperliches und psychisches Erleben sich im Empfinden vermischen und somit diffus erlebt werden.

Erläuterungen zur folgenden Darstellung der Hilfearten und –ausprägungen unter Ziffer 2.6 (siehe oben)

- (0) keine Hilfe;
- (1) Information, Beratung bezüglich Krankheits- und Behinderung (-sfolgen) sowie –verlauf und/oder Vermittlung von Informations- und Beratungsmöglichkeiten zur Bewältigung/Behandlung;
- (2) Erschließung von Hilfsmöglichkeiten im Umfeld, Unterstützung zur Erschließung oder zum Erhalt natürlicher Hilfspotentiale; Motivation zur Nutzung von Hilfen und ggf. Hilfsmitteln;
- (3) individuelle Planung krankheitsangepasster Verhaltensweisen, ggf. Veranlassung und Unterstützung bei notwendigen Maßnahmen zur diagnostischen Abklärung, Rückfallprophylaxe, Organisation anderer Hilfen;
- (4) wiederholte Begleitung und Anleitung zur Entwicklung krankheits-/behinderungsangepasster Verhaltensweisen, Eingreifen bei Gefahr der Verschlimmerung;
- (5) regelmäßiges intensives integriertes Hilfeangebot (einschließlich aktivierender Pflege, Funktionstraining).

(0) <i>keine Hilfe</i> ;		
(1) Information, Beratung bezüglich Krankheits- und Behinderung (-sfolgen) sowie –verlauf und/oder Vermittlung von Informations- und Beratungsmöglichkeiten zur Bewältigung/Behandlung;		
(2) Erschließung von Hilfsmöglichkeiten im Umfeld,	(2) Unterstützung zur Erschließung oder zum Erhalt natürlicher Hilfspotentiale;	(2) Motivation zur Nutzung von Hilfen und ggf. Hilfsmitteln;
(3) <i>individuelle Planung</i> krankheitsangepasster Verhaltensweisen, ggf. Veranlassung und Unterstützung bei <i>notwendigen</i> Maßnahmen zur diagnostischen Abklärung,	(3) Organisation anderer Hilfen	(3) Rückfallprophylaxe ;
(4) <i>wiederholte Begleitung</i> und Anleitung zur Entwicklung krankheits-/behinderungsangepasster Verhaltensweisen,	(4) Eingreifen bei Gefahr der Verschlimmerung;	
(5) <i>regelmäßiges intensives integriertes Hilfeangebot</i> (einschließlich aktivierender Pflege, Funktionstraining).		

Die oben aufgeführten Texte sind wie folgt markiert: die wesentlichen Substantive in Fettdruck, Adjektive in kursiv (Steigerung in kursiv und unterstrichen). Sind in dem Text Alternative (Aufzählungen) angeführt, sind sie nebeneinander dargestellt.

I) Selbstgefährdendes Verhalten

im Hinblick auf selbstgefährdendes Verhalten und Suizidalität. Gefährdung durch Handeln oder Nichthandeln.

Eine Neigung zur Selbsttötung, das Geleitetsein von Gedanken einer Selbsttötung, (unvollendete Selbsttötung, wiederholte Ankündigung einer Absicht der Selbstvernichtung) bestimmen das Ausmaß der bei einer Person bestehenden Tendenz, sein Leben zu beenden.

Ebenso zu beachten ist selbstgefährdendes, weil selbstverletzendes Verhalten, Beeinträchtigungen durch das Nichtbeachten von krankheitsbedrohlichen Körpersignalen, akustische Beeinflussung imperativen Charakters, verringerte Achtsamkeit in gesundheitsgefährdenden Situationen. Bagatellisieren von Stoffwechsellagestörungen, wie z.B. bei einer instabilen Diabetes mellitus, unachtsamer Umgang mit Infektionen (was zur Gefährdung körperlichen Gesundheit führen kann) bzw. das Bestreiten der Notwendigkeit einer medizinischer Versorgung sind ebenfalls als selbstgefährdendes Verhalten einzuordnen.

Emotionale Probleme versus körperliche Probleme in Verbindung mit einer Selbstgefährdung

Verleugnung emotionaler Probleme (z.B. die Person ist nicht in der Lage, den Zusammenhang zwischen seinen körperlichen Problemen und seiner Stressreaktion zu erkennen, empfindet den sekundärer Krankheitsgewinn als vermeintliche Zuwendungsgarantie, die Selbsteinschätzung gilt als unfähig) können zu einer Selbstgefährdung führen.

Eingeschränkte Selbstpflege im Umgang mit der Selbstgefährdung

Der Klient ist nicht in der Lage, enge persönliche Beziehungen einzugehen, die für eine Verminderung der Selbstgefährdung führen würden. Er ist (noch) nicht in der Lage, seine Selbstpflege zu organisieren und Entscheidungen zu treffen sowie Techniken der Problemlösung anzuwenden, die ihn vor einer Selbstgefährdung bewahren könnten. Seine Geschichte von häufigen sich verschlimmernden körperlichen Erkrankungen hindert ihn daran, sich aktuell einer Lösung zu stellen. Unangemessenes oder übertriebenes Verhalten ist zu beobachten z.B. hysterisches Reagieren, feinselig gegenüber Hilfeangebote, apathischer Umgang mit seiner körperlichen Befindlichkeit.

Identität und Selbstgefährdung

Es sind auch die Gefühlsfunktionen, die sich im bewussten Gewahrsein der eigenen Identität äußern, zu berücksichtigen: Wieweit ist die mentale Funktion, die sich in einer Persönlichkeit äußert, die durch Ausgeglichenheit, Ruhe und Gefasstheit gekennzeichnet ist, im Gegensatz zu Reizbarkeit, Besorgtheit, Unbeständigkeit und Launenhaftigkeit, bei der Eruiierung der Ressourcen mit dem Blick auf die Selbstgefährdung berücksichtigt?

Optimistische Gestimmtheit versus Niedergeschlagenheit in Bezug zur Selbstgefährdung

Wieweit ist Optimismus als mentale Funktion, der sich in einer Persönlichkeit äußert, die durch Heiterkeit, Lebhaftigkeit und Zuversichtlichkeit gekennzeichnet ist, im Gegensatz zu Niedergeschlagenheit, Trübsinn und Verzweiflung auf den Hintergrund des Items berücksichtigt?

Zustände des Bewusstseins im Bezug der Selbstgefährdung

Zu beachten sind auch Funktionen des Bewusstseins, die Zustand, Kontinuität und Qualität des Bewusstseins betreffen, also Bewusstseinsbeschränkungen, wie Dämmerzustand, Trance, Besessenheit, drogeninduzierte Bewusstseinsveränderungen, delirante Bewusstseinszustände.

Erläuterungen zur folgenden Darstellung der Hilfearten und – ausprägungen unter Ziffer 2.6 (siehe oben)

- (0) keine Hilfe;
- (1) begleitende Beobachtung, Information und Beratung bezüglich Hilfs- und Kompensationsmöglichkeiten;
- (2) Erschließung von Hilfsmöglichkeiten im Umfeld, Unterstützung zur Erschließung oder zum Erhalt natürlicher Hilfspotentiale;
- (3) entlastende Gespräche und Orientierungshilfen zur Vorbeugung und Bewältigung von Krisen, Rückfallprophylaxe;
- (4) Begleitung bei der Einübung alternativen Verhaltens, Krisenintervention, ggf. unter Einbeziehen des Umfeldes;
- (5) wiederholte Intervention bei protrahierten Krisen, ggf. unter Einbeziehen des Umfeldes.

(0) <i>keine Hilfe</i> ;		
(1) <i>begleitende Beobachtung, Information und Beratung</i> bezüglich Hilfs- und Kompensationsmöglichkeiten;		
(2) Erschließung von Hilfsmöglichkeiten im Umfeld,	(2) Unterstützung zur Erschließung oder zum Erhalt natürlicher Hilfspotentiale;	
(3) <i>entlastende Gespräche</i> und Orientierungshilfen zur Vorbeugung und Bewältigung von Krisen,	(3) Rückfallprophylaxe ;	
(4) Begleitung bei der Erarbeitung alternativen Verhaltens, ggf. unter Einbeziehung des Umfeldes;	(4) Krisenintervention , ggf. unter Einbeziehung des Umfeldes;	
(5) <i>wiederholte Intervention</i> bei protrahierten Krisen, ggf. unter Einbeziehung des Umfeldes.		

Die oben aufgeführten Texte sind wie folgt markiert: die wesentlichen Substantive in Fettdruck, Adjektive in kursiv (Steigerung in kursiv und unterstrichen). Sind in dem Text Alternative (Aufzählungen) angeführt, sind sie nebeneinander dargestellt.

m) Störendes / fremdgefährdendes Verhalten

im Hinblick auf störendes und/oder fremd gefährdendes Verhalten (z.B. ruhestörendes Lärmen, verbale oder körperliche Aggressivität, Stehlen, sexuelle Belästigung, Zündeln).

Aggressives Verhalten definiert sich als Neigung zu schneller, heftiger Reaktion, im engeren Sinne als Angriffsbereitschaft, Angriffsbedürfnis, feindseliges Verhalten, als situationsbedingte Reaktionsbereitschaft, oder als Persönlichkeitsmerkmal eines Menschen. In extremer Ausprägung auch als Symptom von Persönlichkeitsstörungen oder Erkrankungen.

Auffälligkeiten

Störendes oder fremd gefährdendes Verhalten, z.B. durch dauerndes Husten, Spucken, unangepasste Verhaltensweisen, indem die Person unerwünscht fremde Wohnräume betritt, nachts an den Türen klopft, um nach Rauchwaren, Kaffee od. Tee zu fragen. Ruhestörendes Lärmen, indem Türen geschlagen werden, überlaute Musik das Ruhebedürfnis der Mitmenschen stört. Das laut stampfende Gehen über die Wohnflure u.ä. Drohgebärden als Druckmittel zu Erreichung eigener Bedürfnisse. Verbale Aggressivität, Stehlen, Probleme mit Nähe und Distanz, sexuelle Belästigung in Form Voyeurismus, exhibitionistische Annäherungen, anzügliche oder auch offene sexuelle Aussagen. Verbale und/oder körperliche Aggressivität, ausüben von Gewalt mit dem Ziel, den anderen körperlich od. seelisch zu schädigen. Zündeln, Beschimpfungen und Beleidigungen als zielgerichtetes Verhalten sind ausgeprägte Auffälligkeiten.

Aggressive Entgleisung als Medikamentennebenwirkung oder bei Angstzuständen

Dabei ist zu bedenken, dass aggressive Entgleisungen auch als Medikamentennebenwirkung auftreten können (Neuroleptika, Antidepressiva, Benzodiazepine, Antiepileptika usw.). Ebenso kann Angst als defensive Aggression erlebt werden, die dann zu einem reaktiven Aggressionsverhalten führen kann.

Verschiebung von Aggressionen

Ein Affekt wird von einem bedrohlichen Objekt auf ein weniger Bedrohliches verschoben (es wird der Schwächere für die Aggressionsabfuhr ausgesucht).

Aggressive Entgleisung bei hoher Kränkbarkeit und Entwertung

Menschen mit einer Persönlichkeitsstörung, die eine hohe narzisstische Kränkbarkeit und Entwertung, Neigung zu Spaltung oder Projektion, raschem Wechsel von Idealisierung und Entwertung etc. vorweisen, können durch rezidivierende, schwer einschätzbare Aggressionen auffallen.

Fehlende Impulskontrolle

Fehlende oder eingeschränkte Impulskontrolle kann zur plötzlichen Unfähigkeit führen. Diese macht sich z.B. bei Ärger, Enttäuschung, Entwertung u.ä. Formen bemerkbar und führt u.U. zu verbalen oder körperlichen Übergriffen. Die Person erlebt eine zunehmende Anspannung vor dem Ausführen des Diebstahls, gefolgt von Vergnügen oder Entspannung während oder nach der Tat. Sie ist z.B. unfähig, dem Impuls Feuer zu legen, zu widerstehen. Es ist zu eruieren, ob die Person die Anzeichen zunehmender Spannung erkennen kann und sie zugänglich ist für Wege, die zur Verminderung der Gewaltbereitschaft führen. Zeigt sie Aktivitäten, die körperliche Anstrengungen erfordern, um hierüber eine Lösung bei der aufgestauten Spannung zu finden?

Erläuterungen zur folgenden Darstellung der Hilfearten und – ausprägungen unter Ziffer 2.6 (siehe oben)

- (0) keine Hilfe;
- (1) begleitende Beobachtung, Wahrnehmung, Beratung (Information über mögliche Konsequenzen);
- (2) Erschließung von Hilfsmöglichkeiten im Umfeld, Unterstützung zur Erschließung oder zum Erhalt natürlicher Hilfspotentiale;
- (3) entlastende und konfrontierende Gespräche, Orientierungshilfen, Beratung, Veränderung des Umfeldes und Hilfen zur Konfliktprophylaxe;
- (4) Krisenintervention, ggf. unter Einbeziehen des Umfeldes,
- (5) häufige Krisenintervention, regelmäßige Erarbeitung und Einübung alternativer Verhaltensweisen.

(0) <i>keine Hilfe;</i>		
(1) <i>begleitende Beobachtung, Wahrnehmung, Beratung</i> (Information über mögliche Konsequenzen);		
(2) Erschließung von Hilfsmöglichkeiten im Umfeld,	(2) Unterstützung zur Erschließung oder zum Erhalt natürlicher Hilfspotentiale;	
(3) <i>entlastende und konfrontierende Gespräche,</i>	(3) Orientierungshilfen, Beratung,	(3) Veränderung des Umfeldes und Hilfen zur Konfliktprophylaxe;
(4) Krisenintervention, ggf. unter Einbeziehen des Umfeldes,		
(5) <i>häufige Krisenintervention,</i>	(5) regelmäßige Erarbeitung und Einübung alternativer Verhaltensweisen.	

Die oben aufgeführten Texte sind wie folgt markiert: die wesentlichen Substantive in Fettdruck, Adjektive in kursiv (Steigerung in kursiv und unterstrichen). Sind in dem Text Alternative (Aufzählungen) angeführt, sind sie nebeneinander dargestellt.

II. Fähigkeiten, Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen bei der Aufnahme und Gestaltung persönlicher/sozialer Beziehungen

Die Aufzählungen zur Beschreibung der Inhalte der Items sind nicht abschließend und orientieren sich an den aktuellen psychiatrischen fachlichen und oder wissenschaftlichen Entwicklungen.
Ein „Verbrauch von Problemlagen“ (d.h. ist ein Problem in einem Item genannt, darf es in keinem weiteren Item erwähnt werden) ist in dem Modell nicht vorgesehen.

a) im engeren Wohn-/Lebensbereich

Störungen im Verhalten gegenüber Freunden / Mitbewohnern / Nachbarschaft. Selbstbild und Wahrnehmung der Beziehung zu den Anderen.

Hier handelt es sich um die Gestaltung / Beeinträchtigung der Beziehungsaufnahme, Beziehungspflege im engeren Wohn- und Lebensbereich, im Zusammenleben innerhalb der Hausgemeinschaft, der Einrichtung, im gemeinsamen Wohnraum und mit der unmittelbaren sowie der weiteren Nachbarschaft in der Gemeinde.

Gestaltung des Zusammenlebens

Hier sind die Ressourcen und Probleme im Umgang mit den Gefühlsfunktionen im Zusammenleben, die situative Angemessenheit der Emotion, die affektive Kontrolle des eigenen Verhaltens zu eruieren. Wie gestaltet sich das Zusammenleben? Wie werden Kontakte gestaltet, gehalten oder gepflegt?

Wahrnehmung von räumlichen Bezügen und Haltungen über bestimmte Themen

Wie ausgeprägt ist die räumlich-visuelle Wahrnehmung, d.h. die mentale Funktion am visuellen Erkennen von räumlichen Bezügen der Objekte in der Umgebung zueinander oder zu einem Selbst in denen man in einer Gemeinschaft lebt? Wie ist die individuelle Einstellung gegenüber den Freunden/MitbewohnerInnen, die eine bestimmte Person oder andere Dinge (z.b. soziale, politische und ökonomische Themen) betreffen und ein individuelles Verhalten und Handlungen beeinflussen?

Es ist sind die Charakterstärken der Person zu eruieren. Wie ist ihr Selbstbild in der Begegnung mit ihren MitbewohnerInnen? Wie geht sie mit ihren Unzulänglichkeiten und ihrem Wunsch nach Anerkennung um? Kann sie u.U. korrigierend darauf angesprochen werden, kommt es zu Schuldzuschreibungen verbunden mit uneinsichtigem Verhalten? Weiß die Person sicher, wie ihr Verhalten von anderen aufgenommen wird? Ist sie in der Lage, unerwünschte Verhaltensweisen zu verhindern? Ist die Person bereit, ihr Verhalten zu modifizieren, mit dem Ziel einer verbesserten Beziehung zum Anderen? Braucht die Person Hilfen zur Problemlösung in der Entwicklung neuer Verhaltensstrategien, wenn sich bestimmte Bewältigungsmethoden als ineffektiv erweisen?

Positives Selbstwertgefühl zur Lösung von Konflikten

Personen mit einem niedrigen Selbstwertgefühl haben oft Schwierigkeiten, ihre positiven Eigenschaften zu erkennen. Sie können ebenso der Fähigkeit ermangeln, Probleme in der Beziehungsaufnahme, -gestaltung zu lösen und benötigen Unterstützung, einen Plan zur Umsetzung der gewünschten Veränderungen zu entwickeln. Kann sich die Person auf ihre positiven Eigenschaften einer Beziehungspflege konzentrieren, wenn das Selbstwertgefühl erhöht werden soll?

Erläuterungen zur folgenden Darstellung der Hilfearten und – ausprägungen unter Ziffer 2.6 (siehe oben)

- (0) keine Hilfe
- (1) Beobachtung und Einschätzung, Rückmeldung und Beratung über Verhaltensalternativen (Isolation, Überforderung, Konflikte);
- (2) Erschließen von Hilfsmöglichkeiten im Umfeld, Unterstützung zur Erschließung oder zum Erhalt natürlicher Hilfspotentiale;
- (3) regelmäßige Gespräche über die Beziehungssituation; Planung und Überprüfung von Verhaltensänderungen;
- (4) aktive Begleitung in das Beziehungsfeld, Vermittlung, Einüben von Verhaltensänderungen;
- (5) eigene Angebote zur Entlastung und Umstrukturierung des Beziehungsfeldes.

(0) <i>keine Hilfe</i> ;		
(1) Beobachtung und Einschätzung , Rückmeldung und Beratung über Verhaltensalternativen (Isolation, Überforderung, Konflikte);		
(2) Erschließen von Hilfsmöglichkeiten im Umfeld,	(2) Unterstützung zur Erschließung oder zum Erhalt natürlicher Hilfspotentiale;	
(3) <i>regelmäßige</i> Gespräche über die Beziehungssituation;	(3) Planung und Überprüfung von Verhaltensänderungen;	
(4) <i>aktive</i> Begleitung in das Beziehungsfeld,	(4) Vermittlung ,	(4) Einüben von Verhaltensänderungen;
(5) <i>eigene</i> Angebote zur Entlastung und Umstrukturierung des Beziehungsfeldes.		

Die oben aufgeführten Texte sind wie folgt markiert: die wesentlichen Substantive in Fettdruck, Adjektive in kursiv (Steigerung in kursiv und unterstrichen). Sind in dem Text Alternative (Aufzählungen) angeführt, sind sie nebeneinander dargestellt.

b) in Partnerschaft / Ehe (auch im Hinblick auf Sexualität/Geschlechtsrolle).

Störungen im Verhalten gegenüber Partnern / Ehepartner. Selbstbild und Wahrnehmung der Beziehung zu dem Anderen.

Es ist zu beobachten, wie sich die Orientierung zur Person in der Beziehung zu sich und zum Partner/Ehepartner darstellt, d.h. die mentalen Funktionen, die sich im bewussten Gewahrsein der eigenen Identität und der Identität der anderen Personen in der unmittelbaren Umgebung äußern.

Umgänglichkeit (als mentale Funktion, die sich in einer Persönlichkeit äußern, die durch Kooperationsbereitschaft, Freundschaftlichkeit und Zuvorkommenheit gekennzeichnet ist) im Gegensatz zu Unfreundlichkeit, Streitbarkeit und Aufsässigkeit.

Extraversion (als mentale Funktionen, die sich in einer Persönlichkeit äußern, die durch Kontaktfreudigkeit, Geselligkeit und [emotionale] Ausdrucksfähigkeit gekennzeichnet ist) im Gegensatz zu Schüchternheit, Zurückgezogenheit oder Gehemmtheit.

Beziehungsgestaltung zum (Ehe-) Partner

Beeinträchtigung in der Beziehungsgestaltung zum Partner oder Ehepartner, Fehlinterpretationen des Verhaltens, Kommunikations- und Verständnisstörungen, Schwierigkeiten bei der Rollenfindung Partner oder Ehepartner zu sein bzw. zu werden. Zunehmende oder schon vorhandene gegenseitige Entfremdung, Probleme mit Nähe und/oder Distanz. Wunsch nach Partnerschaft aber nicht (mehr) wissen, wie eine Partnerschaft zu bilden, zu pflegen ist.

Partnerschaft und Krankheitsschicksal

Vorhaltungen gegenüber Ehefrau/Ehemann, Kinder etc. ob seines/ihres Schicksals der Erkrankung, des Lebens im psychiatrischen Versorgungssystem. Einbindung der Partner in das eigene Wahnsystem, was die Kommunikation erschwert oder sogar blockiert eingebunden zu sein in dem Wunsch nach dichter Nähe bei gleichzeitiger Ablehnung von Nähe und Gebundensein, was zur Erstarrung der Beziehungsgestaltung führt.

Als Frau oder Mann zu fühlen

Sich sicher sein, sich als Frau oder Mann fühlen zu können. Verunsicherung oder Akzeptanz der eigenen geschlechtlichen Ausrichtung als Phänomen ambivalenten Erlebens. Selbstquälende Gedanken aufgrund der Tatsache homosexuell ausgerichtet zu sein und dieses (vermeintlich) nicht öffentlich bekennen zu können. Angst vor der Verführung zum pädophilen Verhalten, insbesondere über das Gefühl, darüber mit anderen sprechen zu können.

Sexualfantasien als Hemmung

Ausgrenzung aus der (darüber wissenden) Heimgemeinschaft, weil wiederholtes exhibitionistisches oder Spanner- Verhalten praktiziert wird. Selbstquälerisches „Vor sich Hindenken“ über seine Sexualfantasien, über sexuelle Praktiken, die sie neugierig gemacht haben aber dennoch sich in einer sexuellen Partnerschaft nicht zutrauen. Angst davor, dass die Neigung zum Fetischismus von anderen beobachtet / erkannt wird. Schwierigkeiten darüber zu sprechen, dass die Person in Ihrer Selbstbeobachtung sexuelle Störungen (z.B Erektionsschwäche, Ejakulationsstörungen, Verlust der Libido) im Zusammenhang mit der psychiatrischen Medikation erlebt.

Erläuterungen zur folgenden Darstellung der Hilfearten und – ausprägungen unter Ziffer 2.6 (siehe oben)

- (0) keine Hilfe;
- (1) Beobachtung und Einschätzung, Rückmeldung und Beratung über Verhaltensalternativen;
- (2) Erschließen von Hilfsmöglichkeiten im Umfeld, Unterstützung zur Erschließung oder zum Erhalt natürlicher Hilfspotentiale;
- (3) regelmäßige Gespräche über die Beziehungssituation; Planung und Überprüfung von Verhaltensänderungen;
- (4) aktive Begleitung in das Beziehungsfeld, Vermittlung, Einüben von Verhaltensänderungen;
- (5) eigene Angebote zur Entlastung und Umstrukturierung des Beziehungsfeldes.

(0) <i>keine Hilfe</i> ;		
(1) Beobachtung und Einschätzung, Rückmeldung und Beratung über Verhaltensalternativen;		
(2) Erschließen von Hilfsmöglichkeiten im Umfeld,	(2) Unterstützung zur Erschließung oder zum Erhalt natürlicher Hilfspotentiale;	
(3) <i>regelmäßige</i> Gespräche über die Beziehungssituation;	(3) Planung und Überprüfung von Verhaltensänderungen;	
(4) <i>aktive</i> Begleitung in das Beziehungsfeld,	(4) Vermittlung ,	(4) Einüben von Verhaltensänderungen;
(5) <i>eigene</i> Angebote zur Entlastung und Umstrukturierung des Beziehungsfeldes.		

Die oben aufgeführten Texte sind wie folgt markiert: die wesentlichen Substantive in Fettdruck, Adjektive in kursiv (Steigerung in kursiv und unterstrichen). Sind in dem Text Alternative (Aufzählungen) angeführt, sind sie nebeneinander dargestellt.

c) in sonstigen (familiären) Beziehungen

Störungen im Verhalten gegenüber Eltern, Kindern, Geschwistern, anderen in Beziehung stehenden Personen. Selbstbild und Wahrnehmung der Beziehung zu den Anderen.

Es ist zu beobachten, wie die Orientierung zur Person in der Beziehung zu sich und zum Anderen ist. Umgänglichkeit als mentale Funktion, die sich in einer Persönlichkeit äußern, die durch Kooperationsbereitschaft, Freundschaftlichkeit und Zuvorkommenheit gekennzeichnet ist, im Gegensatz zu Unfreundlichkeit, Streitbarkeit und Aufsässigkeit. Eine mentale Funktion, die sich in einer Persönlichkeit äußert, die durch Kontaktfreudigkeit, Geselligkeit und (emotionale) Ausdrucksfähigkeit gekennzeichnet ist, im Gegensatz zu Schüchternheit, Zurückgezogenheit oder Gehemmtheit.

Entfremdung, Probleme mit Nähe und Distanz

Fähigkeiten oder Beeinträchtigungen in der Beziehungsgestaltung zu den Eltern und/oder zu den Kindern, Verwandten. Fehlinterpretationen des Verhaltens, Kommunikations- und Verständnisstörungen, Schuldzuweisungen, Überbehütung, Schuldgefühle, zunehmende oder schon vorhandene gegenseitige Entfremdung, Probleme mit Nähe und Distanz. Auch Bekannte, Freunde, Clique etc. werden u.U. distanziert begegnet. Ambivalentes Verhalten bzw. eine zwiespältige Einstellung zu Freundschaften, Bekanntschaften erschweren die Kontinuität der Beziehung, verursachen Fehleinschätzungen von Nähe und Distanz.

Unsichere Selbsteinschätzung

Die Person hat Schwierigkeiten, positive Verstärkung anzunehmen bzw. zu akzeptieren. Ihre Selbsteinschätzung ist dahin gehend eingeschränkt, dass sie mit Ereignissen, die ihre Beziehung betreffen, nicht umgehen kann. Sie reagiert überschießend (verbal od. körperlich angreifend) oder mit Rückzug bei Spott und Kritik. Sie setzt andere herab, in dem Versuch, ihr eigenes Selbstwertgefühl zu steigern.

Übertragen von Verantwortung

Sie sieht ihre Beziehung auf der Ebene der Grandiosität und ist für Korrekturen nicht erreichbar. Sie überträgt Schuld und Verantwortung für Probleme auf ihre Beziehungspersonen.

Selbstwertgefühl und Selbstpflege

Die Person tut sich schwer, sich von ihrem Grübeln über ihr Versagen zu lösen. Sie traut dem Phänomen der Fähigkeit zur eignen Selbstpflege nicht recht und verzichtet auf entsprechende Hilfeangebote.

Braucht die Person Hilfen zur Problemlösung in der Entwicklung neuer Verhaltensstrategien, wenn sich bestimmte Bewältigungsmethoden als ineffektiv erweisen? Personen mit einem niedrigen Selbstwertgefühl haben oft Schwierigkeiten, ihre positiven Eigenschaften zu erkennen. Sie können ebenso der Fähigkeit ermangeln, Probleme in der Beziehungsaufnahme, -gestaltung zu lösen, und benötigen Unterstützung, einen Plan zur Umsetzung der gewünschten Veränderungen zu entwickeln. Kann sich die Person auf ihre positiven Eigenschaften einer Beziehungspflege konzentrieren, wenn das Selbstwertgefühl erhöht werden soll?

Erläuterungen zur folgenden Darstellung der Hilfearten und – ausprägungen unter Ziffer 2.6 (siehe oben)

- (0) keine Hilfen;
- (1) Beobachtung und Einschätzung, Rückmeldung und Beratung über Verhaltensalternativen;
- (2) Erschließung von Hilfsmöglichkeiten im Umfeld, Unterstützung zur Erschließung oder zum Erhalt natürlicher Hilfspotentiale, Unterstützung bei der (Wieder-) Aufnahme von Kontakten zur (Herkunfts-) Familie;
- (3) regelmäßige Gespräche über die Beziehungssituation; Planung und Überprüfung von Verhaltensveränderungen;
- (4) aktive Begleitung in das Beziehungsfeld, Vermittlung, Einüben von Verhaltensänderungen;
- (5) eigene Angebote zur Entlastung und Umstrukturierung des Beziehungsfeldes.

(0) <i>keine Hilfe</i> ;		
(1) Beobachtung und Einschätzung , Rückmeldung und Beratung über Verhaltensalternativen;		
(2) Erschließung von Hilfsmöglichkeiten im Umfeld;	(2) Unterstützung zur Erschließung oder zum Erhalt natürlicher Hilfspotentiale;	
(3) <i>regelmäßige</i> Gespräche über die Beziehungssituation;	(3) Planung und Überprüfung von Verhaltensänderungen;	
(4) <i>aktive</i> Begleitung in das Beziehungsfeld,	(4) Vermittlung ,	(4) Einüben von Verhaltensänderungen;
(5) <i>eigene</i> Angebote zur Entlastung und Umstrukturierung des Beziehungsfeldes.		

Die oben aufgeführten Texte sind wie folgt markiert: die wesentlichen Substantive in Fettdruck, Adjektive in kursiv (Steigerung in kursiv und unterstrichen). Sind in dem Text Alternative (Aufzählungen) angeführt, sind sie nebeneinander dargestellt.

d) im Außenbereich

Störungen im Verhalten gegenüber Menschen im Außenkontakt. Selbstbild und Wahrnehmung der Beziehung zu den Anderen.

Die mentale Funktionen, die sich in einer Persönlichkeit äußern, die durch Kontaktfreudigkeit, Geselligkeit und (emotionale) Ausdrucksfähigkeit gekennzeichnet ist, im Gegensatz zu Schüchternheit, Zurückgezogenheit oder Gehemmtheit. Umgänglichkeit als mentale Funktion, die sich in einer Persönlichkeit äußert, die durch Kooperationsbereitschaft, Freundschaftlichkeit und Zuvorkommenheit gekennzeichnet ist, im Gegensatz zu Unfreundlichkeit, Streitbarkeit und Aufsässigkeit, linkischer Kontaktaufnahme.

Schwellenängste

Bei Außenkontakten im Außenbereich zeigen sich Beeinträchtigungen in der Aufnahme und Pflege von sozialen Kontakten. Rückzug oder Kontaktvermeidung, weil unangenehme, selbstverunsichernde gemachte Erfahrungen die Person hemmen. Schwierigkeiten ein Geschäft zu betreten bzw. es betreten zu können oder von dem Verkaufspersonal eines Einkaufsmarktes die Beantwortung seiner Frage zu bekommen. Sich nicht trauen, eine Bank zu betreten, weil die dortige Atmosphäre ihn verunsichert.

Menschen, die in Ihrer Vielzahl verunsichern

Angst vor Menschenansammlungen oder Gruppenveranstaltungen. Distanzloses oder auffälliges Verhalten in der Einrichtung, in der Gemeinde, in Einkaufsmärkten, auf Veranstaltungen, am Arbeits- oder Beschäftigungsplatz, Medienverunsicherung, Misstrauen gegenüber Passanten u.a..

Entfremdungsgefühle, Misstrauen. Schlechte Nachrichten der Medien beeinflussen das Sicherheitsempfinden, dass die Person braucht, um sich im Außenkontakt zu bewegen. Abwehr und Unverständnis der Menschen draußen, die aufgrund der Eigenarten und dem „So–Sein“ des Psychiatrieerfahrenen verunsichert reagieren.

Fragen u. Beobachtungen

Als weitere Fragen und Beobachtungen sind zu bewerten: Was tut der Betroffene in seiner gegenwärtigen, tatsächlichen Umwelt? Wie weit nimmt der Betroffene informelle Kontakte außerhalb der Einrichtung auf? Mit anderen Kontakten aufzunehmen, wie bei gelegentlichen Beziehungen mit Leuten, die in der Gemeinde/im Quartier oder am selben Wohnsitz leben oder mit MitarbeiterInnen des Arbeit- oder Beschäftigungsplatzes in der Stadt/Dorf.

Erläuterungen zur folgenden Darstellung der Hilfearten und – ausprägungen unter Ziffer 2.6 (siehe oben)

- (0) keine Hilfe;
- (1) Beobachtung und Einschätzung, Rückmeldung und Beratung über Verhaltensalternativen;
- (2) Erschließung von Hilfsmöglichkeiten im Umfeld; Unterstützung zur Erschließung oder zum Erhalt natürlicher Hilfspotentiale;
- (3) regelmäßige Gespräche über die Beziehungssituation; Planung und Überprüfung von Verhaltensänderungen;
- (4) aktive Begleitung in das Beziehungsfeld, Vermittlung, Einüben von Verhaltensänderungen;
- (5) eigene Angebote zur Entlastung und Umstrukturierung des Beziehungsfeldes.

(0) <i>keine Hilfe</i> ;		
(1) Beobachtung und Einschätzung , Rückmeldung und Beratung über Verhaltensalternativen;		
(2) Erschließung von Hilfsmöglichkeiten im Umfeld,	(2) Unterstützung zur Erschließung oder zum Erhalt natürlicher Hilfspotentiale,	(2) Unterstützung bei der (Wieder-) Aufnahme von Kontakten zur (Herkunfts-) Familie;
(3) <i>regelmäßige</i> Gespräche über die Beziehungssituation;	(3) Planung und Überprüfung von Verhaltensveränderungen;	
(4) <i>aktive</i> Begleitung in das Beziehungsfeld,	(4) Vermittlung ,	(4) Einüben von Verhaltensänderungen;
(5) <i>eigene</i> Angebote zur Entlastung und Umstrukturierung des Beziehungsfeldes.		

Die oben aufgeführten Texte sind wie folgt markiert: die wesentlichen Substantive in Fettdruck, Adjektive in kursiv (Steigerung in kursiv und unterstrichen). Sind in dem Text Alternative (Aufzählungen) angeführt, sind sie nebeneinander dargestellt.

III. Fähigkeiten, Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen in den Lebensfeldern Wohnen, Tagesgestaltung/Freizeit/Teilhabe am gesellschaftlichen Leben

Die Aufzählungen zur Beschreibung der Inhalte der Items sind nicht abschließend und orientieren sich an den aktuellen psychiatrischen fachlichen und oder wissenschaftlichen Entwicklungen.
Ein „Verbrauch von Problemlagen“ (d.h. ist ein Problem in einem Item genannt, darf es in keinem weiteren Item erwähnt werden) ist in dem Modell nicht vorgesehen.

a) Ernährung

Störungen der Fähigkeiten, sich zu ernähren (Teilbereiche: Einkauf, Vorratshaltung, Planung, Zubereitung, Nahrungsaufnahme, Auswirkung der Ernährung).

Kann die Person einfache Mahlzeiten vorbereiten, d.h. Mahlzeiten, die wenig Zutaten erfordern und mit einfachen Mitteln zubereitet und serviert werden können, zu kochen und zu servieren, wie einen Snack oder eine kleine Mahlzeit zubereite? Kann sie komplexe Mahlzeiten vorbereiten, d.h. Mahlzeiten, die viele Zutaten erfordern und mit komplexen Mitteln zubereitet und serviert werden müssen, planen, organisieren, kochen und servieren? Ebenso wie mehrgängige Mahlzeiten zu planen, die Zutaten durch kombinierte Handlungen wie schälen, in Scheiben oder Stücke schneiden, mixen, kneten und rühren und die Mahlzeit dem Anlass und der Kultur entsprechend servieren?

Einkauf, Selbstversorgung und Bevorratung

Hier können Ressourcen, Beeinträchtigungen z.B. bei der Planung, Organisation (Einkauf, Finanzierung, Vorratshaltung) bei der Nahrungsbesorgung und/oder Zubereitung und/oder durch einseitige Ernährung, durch Missachtung von Diätvorschriften, durch Einschränkung bei der Vorratshaltung und/oder Essstörungen vorliegen. Es sind evtl. Probleme bei der sachgerechten Bevorratung von Lebensmitteln in der gemeinsam verantworteten Wohnbereichsküche oder im eigenen Wohnbereich zu berücksichtigen. Die Person hat evtl. Schwierigkeiten, sich in Supermärkten etc. aufgrund der Angebotsvielfalt zurechtzufinden und deshalb keinen Einkauf tätigen. Finanzbeeinträchtigter Umgang im Wahrnehmen des Preis-Leistungs-Verhältnisses, unsicherer Umgang mit dem Mindesthaltbarkeitsdatum, nicht Beachten der Produktangaben usw..

Es ist im Sinne einer ausgewogenen Ernährung das Essverhalten zu bewerten. Liegt eine vorwiegende Beschäftigung mit einer übermäßigen Angst vor Fettleibigkeit und Störung des Körperschemas vor? Werden die Gespräche ständig auf das Essen fokussiert? Wird beobachtet, dass die Person ein übermäßiges Überessen demonstriert, gefolgt von selbst induziertem Erbrechen, Missbrauch von Laxantien oder harntreibenden Medikamenten?

Essverhalten und Bewältigungsstrategie

Ist durch das Essverhalten der Person eine chronische Ängstlichkeit, eine chronische Erschöpfung, ein niedriges Selbstwertgefühl zu erkennen? Zeigt die Person ein selbstdestruktives Verhalten, hat sie Probleme den Rollenerwartungen zu entsprechen? Geht die Person auf das Angebot eines Verhaltensplanes bezüglich des Kontrollverlustes, ihrer Wutgefühle ein? Kann sie diesen Plan konstruktiv umsetzen? Ist die Person in der Lage, ihre unangemessenen Bewältigungsstrategien richtig einzuschätzen? Ist die Person in der Lage, angemessene Bewältigungsstrategien zu benennen, die sie auch in der häuslichen Umgebung anwenden kann? Sind den betreuenden/begleitenden Bezugspersonen die Bewältigungsstrategien der Person in der Vergangenheit bei vergleichbaren Situationen bekannt? Kann die Person ihre früheren Reaktionen erinnern, um sich konstruktiv ihrer Stärken bewusst zu werden?

Leidet die Person an einem niedergeschlagenem Gefühl nach einem „Freß – Kotz – Anfall“? Argumentiert die Person mit einem veränderten Körperbild: „Ich bin zu dick!“ „Ich bin noch nicht fett genug!“ gegenüber ihrem gestörten Essverhalten? Weiß sie von der dringenden Wahrnehmung, dass ihr Körperbild ungesund ist und dass der Erhalt von Kontrolle durch fehlangepasstes Essverhalten gefährlich ist – sogar lebensgefährlich sein kann?

Erläuterungen zur folgenden Darstellung der Hilfearten und – ausprägungen unter Ziffer 2.6 (siehe oben)

- (0) keine Hilfe;
- (1) Information; Beratung über Ernährung, Einkauf von Lebensmitteln, Vorratshaltung;
- (2) Erschließung von Hilfsmöglichkeiten im Umfeld, Unterstützung zur Erschließung oder zum Erhalt natürlicher Hilfspotentiale;
- (3) Unterstützung bei der praktischen Planung, Motivation z.B. zu angemessener Ernährung und/oder angemessenem Essverhalten;
- (4) übende Begleitung beim Einkauf, gelegentliche Anleitung/Unterstützung bei der Vor-/Zubereitung und/oder zur Entwicklung angemessener Ernährungsgewohnheiten;
- (5) regelmäßige Begleitung beim Einkauf und Anleitung bei der Zubereitung/Vorbereitung von Mahlzeiten; intensives Angebot zur Einübung angemessener Ernährungs-/Essgewohnheiten; gemeinsames Essen, Hilfe bei der Nahrungsaufnahme.

(0) <i>keine Hilfe</i> ;		
(1) Information ;	(1) Beratung über Ernährung, Einkauf von Lebensmitteln, Vorratshaltung;	
(2) Erschließung von Hilfsmöglichkeiten im Umfeld,	(2) Unterstützung zur Erschließung oder zum Erhalt natürlicher Hilfspotentiale;	
(3) Unterstützung bei der praktischen Planung,	(3) Motivation z.B. zu angemessener Ernährung und/oder angemessenem Essverhalten;	
(4) übende Begleitung beim Einkauf,	(4) <i>gelegentliche</i> Anleitung/Unterstützung bei der Vor-/Zubereitung und/oder zur Entwicklung angemessener Ernährungsgewohnheiten;	
(5) <i>regelmäßige</i> Begleitung beim Einkauf und Anleitung bei der Zubereitung/Vorbereitung von Mahlzeiten;	(5) <i>intensives</i> Angebot zur Einübung angemessener Ernährungs-/Essgewohnheiten;	(5) <i>gemeinsames</i> Essen, Hilfe bei der Nahrungsaufnahme.

Die oben aufgeführten Texte sind wie folgt markiert: die wesentlichen Substantive in Fettdruck, Adjektive in kursiv (Steigerung in kursiv und unterstrichen). Sind in dem Text Alternative (Aufzählungen) angeführt, sind sie nebeneinander dargestellt.

b) Körperpflege / Kleidungspflege

Störungen der Fähigkeiten, die Notwendigkeit der Körperpflege / Kleidungspflege und Kleidungs Auswahl zu erkennen und angemessen durchzuführen.

Geeignete Kleidung auswählen, den impliziten oder expliziten Kleiderregeln und Konventionen seiner Gesellschaft oder Kultur zu entsprechen und sich entsprechend der klimatischen Bedingungen zu kleiden.

Seine Körperteile pflegen, sich um seine Körperteile wie Haut, Gesicht, Zähne, Kopfhaut, Nägel und Genitalien über das Waschen und Abtrocknen hinaus zu kümmern.

Körperhygienisches Gesamtbild

Es können Beeinträchtigungen vorliegen wie z.B. durch Vernachlässigung oder Verweigerung von Haar-, Zahn-, Intimpflege, Waschen, Duschen/Baden. Eingewachsene Fußnägel führen zu Saumgeschwüren mit Gangstörungen. Darauf aufmerksam gemacht, wird abwehrend oder bagatellisierend reagiert. Unangenehme Körpergerüche werden selbst nicht registriert oder als „normaler“ Geruch deklariert. Es kommt aufgrund der mangelnden Körperpflege zu wiederholten Hautaffektionen, die Juckreiz verursachen. Durch das Kratzen werden Hautentzündungen z.B. in Form eines Erysipels gesetzt, so dass dadurch es zu einer flächenhaften Vereiterung mit der Gefahr einer Blutvergiftung kommen kann.

Kleidungswechsel – Kleidungspflege

Verzicht auf regelmäßigen Kleidungswechsel- und Kleidungspflege. Mangelnde Einschätzung situations- und jahreszeitlich angepasster Kleidung zu tragen. Es kann eine Unkenntnis über die Bedeutung von Wäschezeichen vorliegen und es deshalb zum Verwaschen von Kleidungsstücke kommen. Unkenntnis über den Umgang oder wahnhaftgesteuertes Misstrauen im Umgang mit Waschmaschinen. Falsche Dosierungen von Waschmitteln bei den Waschgängen, Waschkvorgänge werden verkürzend abgebrochen. Die fehlende Sortierung der gewaschenen Kleidung führt im Trockener zu unerwünschten Größen- oder Farbveränderungen. Die Wäsche von Mitbewohnern wird vorzeitig aus der Waschmaschine genommen, um dann die eigene Wäsche in die Maschine zu laden. Ebenso kann so im Umgang mit Wäsche des Mitbewohners verfahren werden, die sich im Trockner befindet.

Auffällige Äußerlichkeiten

Die Person kleidet sich überauffällig bunt oder in Kombinationen, die stigmatisieren auffallen. Verschmutzungen, unangepasstes Tragen von Kleidungsgrößen werden bagatellisiert. Männer laufen mit vernachlässigter Sicht auf ihr Äußeres mit offenen Hosenschlitzen herum. Hosen sind im Schrittbereich mit Urin- oder Menstruationsblutflecken gezeichnet, darauf angesprochen, kommt es zur lauten Abwehr und/oder die korrigierende Ansprache wird ignoriert.

Die Person hat nachhaltige Probleme im Umgang mit Mischbatterien in den Duschen oder Badewannen. Die Technik ist zu verdächtig, davon hält sich die Person unter Verzicht des Reinigungsvorganges fern.

Erläuterungen zur folgenden Darstellung der Hilfearten und – ausprägungen unter Ziffer 2.6 (siehe oben)

- (0) keine Hilfe;
- (1) Information und Beratung über Körperpflege und Körperpflegemittel, Kosmetik, Kleidung (einschließlich Ausbesserung), Reinigung und Hilfsmittel (z.B. Inkontinenz), einschließlich Kosten und Einkaufsmöglichkeiten;
- (2) Erschließung von Hilfsmöglichkeiten im Umfeld, Unterstützung zur Erschließung oder zum Erhalt natürlicher Hilfspotentiale;
- (3) individuelle Reinigungs- und Einkaufsplanung, Motivation zur Verhaltensmodifikation;
- (4) begleitende Unterstützung bei der Körperpflege, Kleidungspflege, beim Einkaufen, einschließlich z.B. Kontinenztraining;
- (5) intensive Pflege/Training bei weitgehender Beeinträchtigung der Selbstversorgung.

(0) <i>keine Hilfe</i> ;		
(1) Information und Beratung über Körperpflege und Körperpflegemittel, Kosmetik, Kleidung (einschließlich Ausbesserung), Reinigung und Hilfsmittel (z.B. Inkontinenz), einschließlich Kosten und Einkaufsmöglichkeiten;		
(2) Erschließung von Hilfsmöglichkeiten im Umfeld,	(2) Unterstützung zur Erschließung oder zum Erhalt natürlicher Hilfspotentiale;	
(3) <i>individuelle</i> Reinigungs- und Einkaufsplanung ,	(3) Motivation zur Verhaltensmodifikation	
(4) <i>begleitende</i> Unterstützung bei der Körperpflege, Kleidungspflege, beim Einkaufen, einschließlich z.B. Kontinenztraining;		
(5) <i>intensive</i> Pflege/Training bei weitgehender Beeinträchtigung der Selbstversorgung.	-	

Die oben aufgeführten Texte sind wie folgt markiert: die wesentlichen Substantive in Fettdruck, Adjektive in kursiv (Steigerung in kursiv und unterstrichen). Sind in dem Text Alternative (Aufzählungen) angeführt, sind sie nebeneinander dargestellt.

c) Umgang mit Geld

Störungen der Fähigkeiten, Geld einteilen zu können, den Wert des Geldes real zu erkennen. Verträge hinsichtlich der Auswirkungen auf die finanzielle Seite erkennen können.

Waren und Dienstleistungen für den täglichen Bedarf beschaffen, d.h. Einkauf, wie Lebensmittel, Getränke, Kleidung, Reinigungsmaterial, Körperpflegeartikel für das tägliche Leben in einem Geschäft auswählen und gegen Geld zu erwerben (einschließlich einen für die Einkäufe Beauftragten anzuweisen und zu beaufsichtigen). Qualität und Preis der benötigten Artikel vergleichen, die Preise für die ausgewählten Waren und Dienstleistungen aushandeln und bezahlen sowie die Waren transportieren.

Sachgerechter Umgang mit Geld

Beeinträchtigungen beim sachgerechten Umgang mit Geld und Erledigung des persönlichen Geldverkehrs, z.B. Kaufsucht, übertriebene Sparsamkeit, einschließlich Erledigung von Bankgeschäften, bei der Bedürfnis- und situationsangepassten Geldeinteilung, Eigentumsbildung und – Bewahrung im Rahmen der gegebenen Möglichkeiten. Ungelenkte Großmütigkeit beim Geldverleihen, Unachtsamkeit im Umgang mit der Geldbörse. Fehlendes Verständnis im Umgang mit den Währungsgrößen.

Beachten des Preis -Leistungsverhältnis

Kein oder nur eingeschränkter Preis-Leistungsvergleich beim Einkaufen führt zu monetären Engpässen usw.. Die Wünsche und die finanziellen Ressourcen sind nicht übereinzubringen. Diese Divergenz führt u.U. zu Verlusten der selbstverwalteten Barschaft. Es wird sich Geld geliehen, der Klient macht sich dann vom Wohlwollen der Mitbewohner/der Nachbarn abhängig oder ist deren Launen ausgesetzt. Es werden überteuerte Kleinigkeiten, z.B. einzelne Zigaretten, CDs zum Kauf angeboten, um an Barschaften zu kommen. Dieses Verhalten wird u.U. auch auf ein „Verhökern“ von wertvollen Musikanlagen oder andere technischen Geräte übertragen. Nicht selten kommt es kurzfristig wieder zum Rückkauf, was evtl. dann mit erheblichen Problemen bzw. in der Beziehung zu den „Geschäftspartner“ verbunden ist.

Erläuterungen zur folgenden Darstellung der Hilfearten und – ausprägungen unter Ziffer 2.6 (siehe oben)

- (0) keine Hilfe;
- (1) Information und Beratung über Geldverkehr, Sparen, Bankkonten;
- (2) Erschließung von Hilfsmöglichkeiten im Umfeld, Unterstützung zur Erschließung oder zum Erhalt natürlicher Hilfspotentiale;
- (3) Motivation und Planung der bedürfnis- und situationsangepassten Geldeinteilung, Eigentumsbildung und –bewahrung;
- (4) begleitende/übende Unterstützung bei der Geldeinteilung, Bankverkehr ggf. im Auftrage des/der gesetzlichen Betreuers/-in), ggf. Schuldenregulierung;
- (5) regelmäßige Kontrolle des Umgangs mit Geld, Bestellungen und Verkäufen zur Vermeidung der Schädigung der eigenen wirtschaftlichen Situation, z.B. im Auftrag des/der gesetzlichen Betreuers/in und/oder des schrittweise Einübens der Verwaltung kleinerer Beträge.

(0) <i>keine Hilfe</i> ;		
(1) Information und Beratung über Geldverkehr, Sparen, Bankkonten;		
(2) Erschließung von Hilfsmöglichkeiten im Umfeld,	(2) Unterstützung zur Erschließung oder zum Erhalt natürlicher Hilfspotentiale;	
(3) Motivation und Planung der bedürfnis- und situationsangepassten Geldeinteilung, Eigentumsbildung und –bewahrung;		
(4) <i>begleitende/übende</i> Unterstützung bei der Geldeinteilung, Bankverkehr ggf. im Auftrage des/der gesetzlichen Betreuers/-in), ggf. Schuldenregulierung;		
(5) <i>regelmäßige</i> Kontrolle des Umgangs mit Geld, Bestellungen und Verkäufen zur Vermeidung der Schädigung der eigenen wirtschaftlichen Situation, z.B. im Auftrag des/der gesetzlichen Betreuers/in	(5) und/oder des <i>schrittweise</i> Einübens der Verwaltung kleinerer Beträge.	

Die oben aufgeführten Texte sind wie folgt markiert: die wesentlichen Substantive in Fettdruck, Adjektive in kursiv (Steigerung in kursiv und unterstrichen). Sind in dem Text Alternative (Aufzählungen) angeführt, sind sie nebeneinander dargestellt.

d) Wohnraumreinigung und –gestaltung

Störungen der Fähigkeiten, die Notwendigkeit von Wohnraumreinigung zu erkennen und durchzuführen bzw. übersteigerte Reinigungsbedürfnisse. Nutzungsgerechtes Gestalten und Einrichten des Wohnraumes.

Benutzung von Haushaltsgeräten. Lagerung von Lebensmitteln, Entsorgung von Müll, fegen und/oder wischen der Fußböden. Tische, Wände und andere Oberflächen reinigen. Den Haushaltsmüll sammeln, trennen und entsorgen. Die Zimmer, Toiletten und Schubladen in Ordnung halten. Schmutzige Wäsche sammeln, waschen, trocknen, zusammenzulegen und bügeln. Schuhwerk reinigen und geordnet lagern. Besen, Bürsten und Staubsauger, Waschmaschinen, Trockner und Bügeleisen richtig und effektiv nutzen.

Sich um Nutz- und Haustiere kümmern, wie Haustiere füttern, pflegen, reinigen sowie für deren Bewegung sorgen. Auf die Gesundheit von Nutz- und Haustieren achten. Die Pflege der Tiere für den Fall der eigenen Abwesenheit planen. Sich um evtl. tierärztliche Beratung und Behandlungen kümmern, die tierärztliche Verordnungen regelmäßig und verlässlich durchführen oder durchführen lassen.

Nutzungsgerechtes Gestalten und Einrichten des Wohnraumes (der Wohnräume). Einladende und lebensbejahende Milieugestaltung bzgl. Dekoration und Inneneinrichtung der Wohnräume.

Beobachtete Beeinträchtigungen

Beeinträchtigungen bei der Reinigung und/oder Gestaltung (z.B. Vermüllung, Verödung, Messie-Verhalten, Sammelsucht, unsachgemäßer Gebrauch des Inventars, keine Mülltrennung) des Wohnraumes. Nichteinhalten von Reinigungsverpflichtungen oder Absprachen. Leben in atmosphärisch kalten und nackten Räumen, weil kein Blick für das Angenehme besteht (milieuarme Atmosphäre).

Fehlende oder eingeschränkte Kenntnisse im Umgang mit Reinigungsmitteln und geringe/keine Fertigkeiten im Umgang mit Wischtuch und Eimer bzw. das Horten von unterschiedlichen Reinigungsartikeln etc..

Erläuterungen zur folgenden Darstellung der Hilfearten und –ausprägungen unter Ziffer 2.6 (siehe oben)

- (0) keine Hilfe;
- (1) Information und Beratung über Gestaltungs-, Reparatur- und Einkaufsmöglichkeiten, Reinigungsmittel und –hilfsmittel;
- (2) Erschließung von Hilfsmöglichkeiten im Umfeld, Unterstützung zur Erschließung oder zum Erhalt natürlicher Hilfspotentiale;
- (3) begleitende Beobachtung und individuelle Rückmeldung; Reinigungs-, Instandhaltungs- und Gestaltungsplanung, Motivation zur Verhaltensmodifikation;
- (4) begleitende/übende Unterstützung bei der Wohnraumgestaltung, bei der Reinigung, ggf. bei der Organisation von Fremdreinigung, bei Reparaturen usw.;
- (5) ständige übende und direkte Unterstützung einschließlich der Organisation von Fremdreinigung zur Verhinderung und Vermeidung von Vermüllung/Verödung.

(0) <i>keine Hilfe</i> ;		
(1) Information und Beratung über Gestaltungs-, Reparatur- und Einkaufsmöglichkeiten, Reinigungsmittel und –hilfsmittel;		
(2) Erschließung von Hilfsmöglichkeiten im Umfeld,	(2) Unterstützung zur Erschließung oder zum Erhalt natürlicher Hilfspotentiale;	
(3) <i>begleitende Beobachtung</i> und <i>individuelle Rückmeldung</i> ;	(3) Reinigungs-, Instandhaltungs- und Gestaltungsplanung,	(3) Motivation zur Verhaltensmodifikation;
(4) <i>begleitende/übende Unterstützung</i> bei der Wohnraumgestaltung, bei der Reinigung, ggf. bei der Organisation von Fremdreinigung, bei Reparaturen usw.;		
(5) <i>ständige übende</i> und <i>direkte Unterstützung</i> einschließlich der Organisation von Fremdreinigung zur Verhinderung und Vermeidung von Vermüllung/Verödung.		

Die oben aufgeführten Texte sind wie folgt markiert: die wesentlichen Substantive in Fettdruck, Adjektive in kursiv (Steigerung in kursiv und unterstrichen). Sind in dem Text Alternative (Aufzählungen) angeführt, sind sie nebeneinander dargestellt.

e) Mobilität

Störungen der Fähigkeiten, sich von einem Ort zu einem anderen Ort (in kleinem oder großem Umkreis) zu bewegen. Auch Unruhe und Mobilitätsdrang im Sinne zwanghafter, nicht zielgerichteter Handlungen.

Mobilität heißt, eine elementare Körperposition zu wechseln, sich von einem Ort zu einem anderen zu bewegen, Kurze Entfernungen zu gehen, in Räumen umher oder für kurze Entfernungen außerhalb zu gehen. Lange Entfernungen gehen meint, z.B. durch das Dorf, eine Stadt, von einem Dorf zu einem anderen oder über Land zu gehen, eine größere Stadt zu durchqueren. Mobilität charakterisiert sich auch, sich in verschiedenen Umgebungen fortzubewegen, in verschiedenen Orten und Situationen zu gehen und sich fortzubewegen, wie einem Haus oder Gebäude von einem Raum in einen anderen gehen oder auf einer Straße einer Stadt gehen. Sich in anderen Gebäuden außerhalb der eigenen Wohnung umherbewegen, umherzugehen, wie sich in anderen Wohnungen, privaten, gemeindeeigenen oder öffentlichen Gebäuden und eingefriedeten Bereichen umherbewegen, sich zwischen den Stockwerken, innerhalb außerhalb und um ein Gebäude herum zu bewegen. Transportmittel zu nutzen, um sich als Fahrgast fortzubewegen, wie als Mitfahrer mit einem Auto oder Autobus, mit einem privaten oder öffentlichen Taxi, Autobus, Zug, Straßenbahn, U-Bahn, Schiff oder Flugzeug. Ein Fahrzeug zu fahren, wie Auto, Fahrrad oder als Fahrgast mitzufahren.

Auffälligkeiten als zu korrigierendes Kriterium

Auffällige Beeinträchtigungen sind, sich unangenehm auffällig oder gar nicht im Haus, auf den Wohnbereich, in der Gemeinde/Stadt (in der Region) entsprechend den Bedürfnissen und den Erfordernissen zu orientieren und zu bewegen. Bewegung in der Region z.B. das selbstständige Erreichen von Einrichtungen/Geschäften, das Nutzen öffentlicher Veranstaltungen/Angebote, die Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel bzw. der einrichtungseigenen Fortbewegungsmittel aus Angst zu verweigern oder aus Unsicherheit nicht zu benutzen.

Unruhe und Mobilitätsdrang

Es ist zu fragen, ob eine Beeinträchtigung durch Unruhe und Mobilitätsdrang im Sinne zwanghafter, nicht zielgerichteter Handlungen vorliegt, was zum expansiven, aber nicht zielgerichteten Umherirren führt. Möglicherweise bezieht sich das Bewegen im Raum, nur auf das engere Lebensumfeld, so dass nur eine eingeschränkte Ortsorientierung der Person möglich ist.

Mobilitätsbezogener Rückzug

Liegen geringe Kenntnisse im Umgang mit öffentlichen Verkehrsmitteln vor? Wird die eingeschränkte Mobilität durch Phobien und andere Ängste vor Verkehrsmitteln durch die Person verursacht, so dass hier ein mobilitätsbezogener Rückzug zu beobachten ist? Liegt ein Einzug der Fahrerlaubnis, liegen Einschränkungen im Umgang mit Verkehrsregeln vor, die den/die Klient/in an der Nutzung von selbst gesteuerten Verkehrsmitteln hindern?

Erläuterungen zur folgenden Darstellung der Hilfearten und – ausprägungen unter Ziffer 2.6 (siehe oben)

- (0) keine Hilfe;
- (1) Information und Beratung über Möglichkeiten der Benutzung von Hilfsmitteln;
- (2) Erschließen von Hilfsmöglichkeiten im Umfeld, Unterstützung zur Erschließung oder zum Erhalt natürlicher Hilfspotentiale;
- (3) Motivation zur Verhaltensmodifikation, z.B. Einüben der Erweiterung oder zur Strukturierung des Bewegungsfeldes;
- (4) unterstützende- und übende Begleitung zur Erweiterung oder zur Strukturierung des Bewegungsfeldes;
- (5) intensives, individuelles Angebot zur Erweiterung oder zur Strukturierung des Bewegungsfeldes.

(0) <i>keine Hilfe</i> ;		
(1) Information und Beratung über Möglichkeiten der Benutzung von Hilfsmitteln;		
(2) Erschließen von Hilfsmöglichkeiten im Umfeld,	(2) Unterstützung zur Erschließung oder zum Erhalt natürlicher Hilfspotentiale;	
(3) Motivation zur Verhaltensmodifikation, z.B. Einüben der Erweiterung oder zur Strukturierung des Bewegungsfeldes;		
(4) <i>unterstützende-</i> und <i>übende</i> Begleitung zur Erweiterung oder zur Strukturierung des Bewegungsfeldes;		
(5) <i>intensives, individuelles</i> Angebot zur Erweiterung oder zur Strukturierung des Bewegungsfeldes.	-	

Die oben aufgeführten Texte sind wie folgt markiert: die wesentlichen Substantive in Fettdruck, Adjektive in kursiv (Steigerung in kursiv und unterstrichen). Sind in dem Text Alternative (Aufzählungen) angeführt, sind sie nebeneinander dargestellt.

f) körperliche Aktivitäten

Störungen der Fähigkeiten, sich in angemessener Art körperlich zu bewegen. Übersteigerte oder verminderte körperliche Aktivität.

Gehen, sich zu Fuß auf einer Oberfläche Schritt für Schritt so fortbewegen, dass stets wenigstens ein Fuß den Boden berührt, wie beim Spazieren, Schlendern, Vorwärts-, Rückwärts- oder Seitwärtsgehen. Kurze Entfernungen gehen, in Räumen umher oder auf Korridoren entlang gehen, innerhalb eines Gebäudes oder für kurze Entfernungen außerhalb. Lange Entfernungen gehen, durch das Dorf, eine Stadt, von einem Dorf zu einem anderen oder über Land gehen, eine größere Stadt zu durchqueren.

Auf unterschiedlichen Oberflächen gehen, ansteigende oder abfallende, unebenen oder sich bewegende Oberflächen begehen, wie z. B. auf Gras, Kies, Eis oder Schnee.

Fragen nach der körperlichen Aktivität

Liegen Beeinträchtigungen durch körperliche Inaktivität als Folge der psychischen Erkrankungen und/oder bei zusätzlichen (somatischen) Leiden/Behinderungen vor? Zeigt die Person eine motorische Unruhe im Sinne ständig wiederkehrender Körperbewegungen? Liegt ein fehlendes Verständnis für körperliche Bewegungen als Maßnahme, wie Spaziergänge, Radtouren, gymnastische Übungen etc. vor? Sieht die Person die präventive Wirkung, die einer körperlichen Bewegung eigen ist, die die körperlichen Nebenwirkungen der Psychopharmakotherapie positiv beeinflussen und andererseits der gesundheitlichen Förderung ermöglicht (Unterstützung u.a. für Herz- und Kreislauf und Organdurchblutung) und auch der positiven seelischen Beeinflussung dienlich ist?

Erläuterungen zur folgenden Darstellung der Hilfearten und – ausprägungen unter Ziffer 2.6 (siehe oben)

- (0) keine Hilfe;
- (1) Beratung über Möglichkeiten zu körperlicher Aktivität und über gesundheitliche Folgen von Inaktivität und Verhaltensalternativen;
- (2) Erschließen von Hilfsmöglichkeiten im Umfeld, Unterstützung zur Erschließung oder zum Erhalt natürlicher Hilfspotentiale;
- (3) Motivation und individuelle Planung zur körperlichen Aktivität;
- (4) unterstützende/übende Begleitung zu körperlichen Aktivitäten; ggf. aktive Beteiligung bzw. Veranstaltung von Spielen und Aktivitäten; Angebot von gestalten- den Aktivitäten/Entspannungsübungen bei Bewegungsdrang;
- (5) intensives individuelles Angebot zur Aktivierung bzw. Verminderung der Unruhe.

(0) <i>keine Hilfe</i> ;		
(1) Beratung über Möglichkeiten zu körperlicher Aktivität	(1) Beratung über gesundheitliche Folgen von Inaktivität und Verhaltensalternativen;	
(2) Erschließen von Hilfsmöglichkeiten im Umfeld,	(2) Unterstützung zur Erschließung oder zum Erhalt natürlicher Hilfspotentiale;	
(3) Motivation und <i>individuelle Planung</i> zur körperlichen Aktivität;		
(4) <i>unterstützende/übende Begleitung</i> zu körperlichen Aktivitäten;	(4) ggf. <i>aktive Beteiligung</i> bzw. Veranstaltung von Spielen und Aktivitäten;	(4) Angebot von gestaltenden Aktivitäten / Entspannungsübungen bei Bewegungsdrang;
(5) <i>intensives individuelles Angebot</i> zur Aktivierung bzw. Verminderung der Unruhe.	-	

Die oben aufgeführten Texte sind wie folgt markiert: die wesentlichen Substantive in Fettdruck, Adjektive in kursiv (Steigerung in kursiv und unterstrichen). Sind in dem Text Alternative (Aufzählungen) angeführt, sind sie nebeneinander dargestellt.

g) Sprachliche Ausdrucksfähigkeit

Störungen der Fähigkeiten, sich sprachlich adäquat auszudrücken. Körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigung der sprachlichen Verständigung.

Im Sinne des sprachlichen Ausdrucks ist Konversation, einen Gedanken- und Ideenaustausch in mündlicher oder schriftlicher Form, in Gebärdensprache oder auf anderer sprachlicher Weise zu beginnen, aufrecht zu erhalten und zu beenden, mit einer oder mehreren Personen, Bekannten oder Fremden, in formeller oder informeller Form zu führen. Eine Unterhaltung beginnen meint, einen Dialog oder einen Gedankenaustausch zu eröffnen, wie sich selbst als Person vorzustellen, die üblichen Grußformeln auszudrücken und in ein Thema einzuführen oder eine Frage zu stellen. Sind in diesem Sinne Fähigkeitsstörungen oder Ressourcen zu festzustellen?

Eine Unterhaltung mit mehreren Personen führen heißt, mit mehr als einer Person einen Dialog oder einen Gedankenaustausch zu initiieren, aufrecht zu erhalten, zu gestalten und zu beenden. Eine Gruppenunterhaltung zu beginnen und sich zu beteiligen. Eine Diskussion führen heißt, eine Erörterung eines Sachverhaltes mit Pro- und Kontra-Argumenten oder eine Debatte in mündlicher oder schriftlicher Form, in Gebärdensprache oder auf andere sprachliche Weise zu führen. Ob mit mehreren Personen, Bekannten oder Fremden, in formeller oder informeller Form. Sind hier Fähigkeitsstörungen oder Ressourcen sichtbar?

Fragen zur eingeschränkten Ausdrucksfähigkeit

Liegt eine eingeschränkte Ausdrucksfähigkeit in dem Sinne vor, dass sich die Person nicht themenbezogen ausdrücken, aktuelle und/oder latente Bedürfnisse/Wünsche sprachlich zum Ausdruck bringen kann? Beherrscht sie alltagspraktische Fragen (Regeln, Wege, Zeiten)? Kann sie sie verbalisieren bzw. sich darüber auszutauschen und sich aufgrund körperlich bedingter Ursachen sprachlich verständigen?

Migration als Grund der sprachlichen Verständigung

Liegen Beeinträchtigungen aufgrund fremdsprachlicher Probleme (Migration) und/oder aufgrund mangelnder Fähigkeiten beim Lesen, Schreiben und Rechnen vor?

Probleme der Stimmerzeugung, Rhythmus u. Geschwindigkeit

Sind die Funktionen der Stimmerzeugung und –Qualität; Funktionen der Phonation, der Tonhöhe, der Lautstärke und andere Stimmqualitäten. Funktionen, die die Prägung der Stimmcharakteristika betroffen?

Sind die Funktionen, die die Aussprache und Lautartikulation betroffen? Sind es Funktionen des Redeflusses, des Rhythmus, der Geschwindigkeit und der Melodie des Sprechens im Sinne von Ressourcen oder Fähigkeitsstörungen, die es zu erkennen gilt?

Verständigungsschwierigkeiten

Werden Funktionsstörungen wie Stottern, Stammeln, Poltern, Bradyllalie und Tachyllalie festgestellt? Wird eine Gebärdensprache praktiziert, deren Verständlichkeit für den in Gebärden Sprechenden auch Sinn gebend ist?

Erläuterungen zur folgenden Darstellung der Hilfearten und – ausprägungen unter Ziffer 2.6 (siehe oben)

- (0) keine Hilfe;
- (1) Information und Beratung über Möglichkeiten zur Verbesserung/Erweiterung der sprachlichen Ausdrucksfähigkeit;
- (2) Erschließen von Hilfsmöglichkeiten im Umfeld; Unterstützung zur Erschließung oder zum Erhalt natürlicher Hilfspotentiale;
- (3) begleitende Beobachtung und individuelle Rückmeldung, Motivation zur Verhaltensmodifikation;
- (4) regelmäßiges Angebot zur Verbesserung/Erweiterung der sprachlichen Ausdrucksfähigkeit;
- (5) intensive individuelles Angebot zur Verbesserung/Erweiterung der sprachlichen Ausdrucksfähigkeit.

(0) <i>keine Hilfe</i> ;		
(1) Information und Beratung über Möglichkeiten zur Verbesserung/Erweiterung der sprachlichen Ausdrucksfähigkeit;		
(2) Erschließen von Hilfsmöglichkeiten im Umfeld;	(2) Unterstützung zur Erschließung oder zum Erhalt natürlicher Hilfspotentiale;	
(3) <i>begleitende Beobachtung</i> und <i>individuelle Rückmeldung</i> ,	(3) Motivation zur Verhaltensmodifikation;	
(4) <i>regelmäßiges Angebot</i> zur Verbesserung / Erweiterung der sprachlichen Ausdrucksfähigkeit;		
(5) <i>intensive individuelles Angebot</i> zur Verbesserung/Erweiterung der sprachlichen Ausdrucksfähigkeit.		

Die oben aufgeführten Texte sind wie folgt markiert: die wesentlichen Substantive in Fettdruck, Adjektive in kursiv (Steigerung in kursiv und unterstrichen). Sind in dem Text Alternative (Aufzählungen) angeführt, sind sie nebeneinander dargestellt.

h) Tages- / Nachtrhythmus

Störungen der Fähigkeiten, den Tag- Nachtrhythmus, das eigene Schlafbedürfnis zu erkennen und einzuhalten.

Die Funktion des Schlafes umfasst allgemeine Funktionen, die sich in einer periodischen, reversiblen und selektiven physischen und mentalen Loslösung von der unmittelbaren Umgebung äußern und die von charakteristischen physiologischen Veränderungen begleitet sind. Inklusive Funktionen, die Schlafdauer, Schlafbeginn, Aufrechterhaltung des Schlafs, Schlafqualität, Schlafzyklus, Durchschlafvermögen betreffen. Die Schlafqualität definiert sich durch einen natürlichen Schlaf mit einer optimalen physischen und geistigen Erholung und Entspannung.

Verschieben des Tages- u. Nachtrhythmus

Ist bei der Person ein Tages- und Nachtrhythmus beeinträchtigt? Z.B. morgens nicht aufzustehen zu können wegen häufigem Verschlafen, Übermüdung, Bettruhe am Tag, Unruhe am Abend, Schlafstörungen. Ist eine nächtliche Ruhelosigkeit, Verschieben von Tagesaktivitäten in Nachtzeiten, Nachtaktivität mit Auswirkungen auf die zu erledigenden Tagesaufgaben, Umkehrung des Tages-/Nachtrhythmus zu beobachten?

Schlafunruhe, Alpträume, Nachtangst

Leidet die Person wiederholt unter schweren Alpträumen oder schwerer Nachtangst und dadurch bedingt an Störungen des Durchschlafens? Wirkt sich dieses auf die Tagesaufgaben aus? Leidet die Person unter Schlafwandeln und liegt damit die Gefahr einer Verletzung beim Verlassen des Bettes vor?

Nicht- oder Annahme alternativen Schlafverhalten und Schlafvorbereitung

Nimmt die Person die Angebote an, durch vorbereitende Aktivitäten, wie ruhige Musik, Entspannungsübungen, warme Bäder, einen Spaziergang in frischer Luft u.ä. als Schlaf anstoßende Maßnahmen? Vermeidet die Person die Einnahme von koffeinhaltigen Substanzen, wie Kaffee, Tee, Schokolade, Cola, bestimmte analgetische Medikamente vier Stunden vor dem Zubett gehen? Verweigert die Person eine kohlenhydrathaltige Spätmahlzeit als Schlaf anstoßende Maßnahme? Kohlenhydrate erhöhen den Spiegel der Aminosäure Tryptophan (ein Vorläufer des Serotonins – Serotonin wirkt Schlaf fördernd). Ist die Person davon überzeugt, bei einer schlaffördernden Zimmertemperatur (20-22 Grad) zu schlafen und handelt nachhaltig danach? Hält die Person die Vereinbarung ein, am Tage kein „Nickerchen“ zu machen – Schlafen während des Tages kann das Schlafen in der Nacht stören.

Erläuterungen zur folgenden Darstellung der Hilfearten und – ausprägungen unter Ziffer 2.6 (siehe oben)

- (0) keine Hilfe;
- (1) Beratung und Information über die Gestaltung eines gesunden Tag-Nacht-Rhythmus, mögliche Selbsthilfe;
- (2) Erschließen von Hilfsmöglichkeiten im Umfeld, Unterstützung zur Erschließung oder zum Erhalt natürlicher Hilfspotentiale;
- (3) Motivation und individuelle Planung der Verbesserung des Tag-Nacht-Rhythmus mit unterstützenden Hilfen;
- (4) unterstützende/übende Hilfen; z.B. Wecken, angeleitete Entspannungsübungen;
- (5) regelmäßige intensive individuelle Unterstützung zur Regulierung bzw. Umstellung des Tag – Nacht - Rhythmus bzw. zur Verminderung der Schlafstörungen.

(0) <i>keine Hilfe;</i>		
(1) Beratung und Information über die Gestaltung eines gesunden Tag-Nacht-Rhythmus, mögliche Selbsthilfe;		
(2) Erschließen von Hilfsmöglichkeiten im Umfeld,	(2) Unterstützung zur Erschließung oder zum Erhalt natürlicher Hilfspotentiale;	
(3) Motivation und <i>individuelle Planung</i> der Verbesserung des Tag-Nacht-Rhythmus mit unterstützenden Hilfen;		
(4) <i>unterstützende/übende Hilfen</i> ; z.B. Wecken ,	(4) <i>angeleitete Entspannungsübungen</i> ;	
(5) <i>regelmäßige intensive individuelle Unterstützung</i> zur Regulierung bzw. Umstellung des Tag – Nacht - Rhythmus bzw. zur Verminderung der Schlafstörungen.		

Die oben aufgeführten Texte sind wie folgt markiert: die wesentlichen Substantive in Fettdruck, Adjektive in kursiv (Steigerung in kursiv und unterstrichen). Sind in dem Text Alternative (Aufzählungen) angeführt, sind sie nebeneinander dargestellt.

i) Inanspruchnahme psychiatrischer Hilfen

Störungen der Fähigkeiten, psychiatrische Hilfen, Psychopharmaka als notwendig zu erkennen und eigenverantwortlich in Anspruch zu nehmen.

Inanspruchnahme psychiatrischer Hilfen meint: eine einfache Aufgabe im Rahmen der psychiatrischen und anderen (somatischen) medizinischen Hilfen übernehmen, diese Aufgabe vorzubereiten, anzugehen und sich um die erforderliche Zeit und Räumlichkeit kümmern, wie Termine des Konsiliums vormerken, merken, in welchen Räumen z.B. die Visite, die psychoedukative Gruppe, das Psychoseseminar, das Gespräch stattfindet.

Eine komplexe Aufgabe übernehmen, die komplexe Aufgabe vorzubereiten, anzugehen und sich um die erforderliche Zeit und Räumlichkeit zu kümmern. Eine komplexe Aufgabe mit mehr als einem Bestandteil auszuführen, wobei die Bearbeitung in aufeinanderfolgenden Schritten oder gleichmäßiger erfolgen kann, wie z. B. Medikamente selber stellen, die Dosette gereinigt bereithalten, die aktualisierte Medikamentenverordnungen vorliegen haben (evtl. kontrollieren), die gestellte Dosette zur Überprüfung dem Fachpersonal vorzulegen. Bei der Visite über die Wirkungen, evtl. Wechselwirkungen und unerwünschten Wirkungen berichten, evtl. neue Dosierung mit dem Facharzt aushandeln, sich den nächsten Folgetermin in der Institutsambulanz / beim niedergelassenen Psychiater notieren.

Fragen zur konkreten Nutzung psychiatrischer Hilfen

Nutzt die Person die Inanspruchnahme psychiatrischer und damit in Verbindung stehende medizinische Hilfen, wie Psychopharmakatherapie, konstruktive Mitwirkung bei der Medikamententherapie, Beobachtung der (Neben-) Wirkung von Medikamenten? Liegen Beeinträchtigungen vor wie, z.B. Hilfen nicht anzunehmen, erkennt sie die Risikofaktoren einer Medikamentenverweigerung, eines abrupten Abbruchs der Einnahme, bei der Nicht-Auseinandersetzung mit den Risikofaktoren eine Psychopharmakatherapie? Liegt eine Beeinträchtigung vor beim Umgang mit Medikamenten, der Verordnung, dem Bestellen der Medikamente, der sachgerechten Lagerung, dem Stellen und Einnehmen? Liegen Fähigkeitsstörungen/Ressourcen bei der Akzeptanz / beim Verständnis über den Sinn der Einnahme und des Ziels der Medikamentenwirkung vor? Fehlt es an Wissen und Kenntnis über die positive Wirkung von Psychoseseminare, psychoedukativer Gruppenarbeit? Werden die Möglichkeiten eines psychiatrisch-fachärztliches Konsilium genutzt? Werden die Kenntnisse über die eigene seelische Erkrankung konstruktiv im Einzel- oder Gruppengespräch verwendet?

Erläuterungen zur folgenden Darstellung der Hilfearten und – ausprägungen unter Ziffer 2.6 (siehe oben)

- (0) keine Hilfen;
- (1) Information und Beratung;
- (2) Erschließen von Hilfsmöglichkeiten im Umfeld, Unterstützung zur Erschließung oder zum Erhalt natürlicher Hilfsmöglichkeiten;
- (3) Planung, Abklärung von Erwartungen und Vorgehensweisen;
- (4) Begleitung, unterstützende Anwesenheit;
- (5) ständige Sicherung der Durchführung von notwendigen Untersuchungen und Verordnungen und der Koordination der medizinischen Angebote.

(0) <i>keine Hilfe;</i>		
(1) Information und Beratung;		
(2) Erschließen von Hilfsmöglichkeiten im Umfeld,	(2) Unterstützung zur Erschließung oder zum Erhalt natürlicher Hilfsmöglichkeiten;	
(3) Planung, Abklärung von Erwartungen und Vorgehensweisen;		
(4) Begleitung,	(4) <i>unterstützende Anwesenheit;</i>	
(5) <i>ständige Sicherung</i> der Durchführung von notwendigen Untersuchungen und Verordnungen und der Koordination der medizinischen Angebote.		

Die oben aufgeführten Texte sind wie folgt markiert: die wesentlichen Substantive in Fettdruck, Adjektive in kursiv (Steigerung in kursiv und unterstrichen). Sind in dem Text Alternative (Aufzählungen) angeführt, sind sie nebeneinander dargestellt.

k) Inanspruchnahme medizinischer und sozialer Hilfen

Störungen der Fähigkeiten, medizinische / soziale Hilfen als notwendig zu erkennen und eigenverantwortlich in Anspruch zu nehmen.

Die Inanspruchnahme medizinischer, sozialer Hilfen meint auch: mit Fremden umgehen, in befristeten Kontakten und Verbindungen mit Fremden zu bestimmten Zwecken stehen, wie beim Fragen nach sozialhilferechtlichen Forderungen und Pflichten, Hilfeplangespräche, Bedingungen und Forderungen für Wohngeld, Grundsicherung oder ähnlichem Fragestellungen anzugehen und für sich nutzbringend umzusetzen.

Formelle Beziehungen

Spezielle Beziehungen in formellen Rahmen aufzunehmen und aufrecht zu erhalten, wie mit Arbeitgeber, Sozialhilfeträger, kommunale Ämter, Fachleuten und Dienstleistungserbringern, evtl. gesetzl. Betreuer zu verhandeln, die eigenen Bedürfnisse vorzutragen und etwas nutzbringend für sich erreichen.

Die sozialen Regeln interagierend beherrschen, d.h. unabhängig zu handeln und sich nach den sozialen Konventionen, die die eigene Rolle, Stellung oder einen anderen sozialen Status bei Interaktionen mit anderen bestimmen erkennen und für sich nutzen.

Sozialen Abstand wahren: sich in einer kontextuell, sozial und kulturell angemessenen Weise über den Abstand zwischen sich und anderen bewusst zu sein und diesen zu wahren, ohne seine Interessen und Bedarfe zu vernachlässigen.

Fragen zur evtl. fehlenden konkreten Inanspruchnahme sozialer/medizinischer Hilfen

Liegen Ressourcen/Fähigkeitsstörungen in der Inanspruchnahme sozialer Dienstleistungen und bei der Sicherung von rechtlichen und materiellen Ansprüchen bei der Person (und in welcher Qualität und mit welchem Verständnis) vor? Liegt eine Beeinträchtigung bei der Bearbeitung von Behördenangelegenheiten (Sozialamt, Grundsicherung, GEZ, Krankenkasse, Gemeinde, Gerichte usw.) vor? Nutzt die Person bei einer evtl. eingesetzten gesetzlichen Betreuung diese zu ihrer Hilfe? Werden Fristen und Terminen so beachtet, dass die Person bei Nichtbeachten Nachteile von Ansprüchen etc. befürchten muss? Nimmt sie eigenverantwortlich die Dienstleistungen der Einrichtung in Anspruch? Kann sie mit ihren Beeinträchtigungen Hilfsangebote im Lebensumfeld wahrnehmen und selbstständig Kontakte erschließen? Ist sie bereit Fähigkeiten zu entwickeln, zu erhalten, zu steigern, vorhandene Einschränkungen abzulegen bzw. auszugleichen? Nimmt sie an soziale Kompetenztrainingsgruppen teil? Sucht sie das psychiatrisch-pflegerische/sozialarbeiterische/betreuerische Gespräch zur Klärung von Fragen und Bedürfnissen?

Erläuterungen zur folgenden Darstellung der Hilfearten und – ausprägungen unter Ziffer 2.6 (siehe oben)

- (0) keine Hilfe;
- (1) Information, Beratung, Motivation, Unterstützung bei der Beantragung;
- (2) Erschließen von Hilfsmöglichkeiten im Umfeld, Unterstützung zur Erschließung oder zum Erhalt natürlicher Hilfspotentiale;
- (3) Planung, Abklärung der Erwartungen und Vorgehensweisen, Neuorientierung, Verarbeitung;
- (4) Begleitung, unterstützende Anwesenheit;
- (5) zeitlich intensive Sicherstellung der Wahrnehmung sozialer Rechte durch die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen.

(0) <i>keine Hilfe</i> ;		
(1) Information, Beratung, Motivation, Unterstützung bei der Beantragung;		
(2) Erschließen von Hilfsmöglichkeiten im Umfeld,	(2) Unterstützung zur Erschließung oder zum Erhalt natürlicher Hilfspotentiale;	
(3) Planung, Abklärung der Erwartungen und Vorgehensweisen, Neuorientierung, Verarbeitung ;		
(4) Begleitung ,	(4) <i>unterstützende Anwesenheit</i> ;	
(5) <i>zeitlich intensive</i> Sicherstellung der Wahrnehmung sozialer Rechte durch die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen.		

Die oben aufgeführten Texte sind wie folgt markiert: die wesentlichen Substantive in Fettdruck, Adjektive in kursiv (Steigerung in kursiv und unterstrichen). Sind in dem Text Alternative (Aufzählungen) angeführt, sind sie nebeneinander dargestellt.

I) Aufnahme einer Beschäftigung

Störungen der Fähigkeiten, eine Beschäftigung/Arbeit/Ausbildung, einschließlich Belastungserprobung/Arbeitstraining zu suchen / aufzunehmen.

Liegt ein eigenes Erkennen eigener Bedürfnisse, Interessen und Fähigkeiten und/oder in der Einschätzung der eigenen Fähigkeiten bei der Suche und Aufnahme einer Tagesstruktur (Aufteilung des Tages in Zeitzonen mit selbst geplanten Aktivitäten), Arbeits- und Beschäftigungssuche, Interesse für das Nachholen eines Schulabschlusses, einer Ausbildungsmöglichkeit vor? Sieht die Person einen Sinn in der Wahrnehmung und des „sich kümmern“ um eine erfüllende Tagesbeschäftigung?

Fragen zur Motivation und Interesse

Zeigt die Person ein Interesse für eine informelle Bildung/Ausbildung, zu Hause oder in einem anderen nichtinstitutionellen Rahmen zu lernen?

Befasst sie sich mit der Vorbereitung auf eine Erwerbstätigkeit, d.h. sich an allen Programmen in Zusammenhang mit der Vorbereitung auf eine Beschäftigung zu beteiligen? Wie die Aufgaben ausführen, die in Lehre, Praktika (einschließlich evtl. Schulabschlüsse) und ausbildungsbegleitendem Training gefordert werden?

Erwartet die Person eine bezahlte Tätigkeit und ist es ihr wichtig, sich an allen Aspekten der Voll- oder Teilzeitarbeit, bezahlter Arbeit in Form von Beschäftigung, beruflicher Tätigkeit oder anderer Art von Erwerbstätigkeit zu beteiligen? Die geforderten Aufgaben der Arbeitsstelle zu erfüllen und rechtzeitig bei der Arbeit zu erscheinen?

Ist sie bereit, eine unbezahlte Tätigkeit aufzunehmen, falls für eine bezahlte Tätigkeit noch die dafür notwendigen Leistungsressourcen fehlen? Ist sie bereit, sich an allen Aspekten der Voll- oder Teilzeitarbeit, für die eine Bezahlung nicht vorgesehen ist, zu beteiligen, einschließlich organisierter Arbeitsaktivitäten? Die geforderten Aufgaben der Tätigkeit zu erfüllen, rechtzeitig bei der Arbeit zu erscheinen, sowie die geforderten Aufgaben allein oder in Gruppen zu erledigen? Wie ehrenamtliche Tätigkeit, ohne Bezahlung für die Gemeinschaft, für religiöse Gruppen, oder in häuslicher Umgebung zu arbeiten und nachhaltig verlässlich in Bezug der Aufnahme solcher Tätigkeiten zu sein?

Erläuterungen zur folgenden Darstellung der Hilfearten und – ausprägungen unter Ziffer 2.6 (siehe oben)

- (0) keine Hilfe;
- (1) Information und Beratung über Möglichkeiten und Zugangswege entsprechend der individuellen Bedürfnisse, Interessen und Fähigkeiten;
- (2) Erschließen von Hilfsmöglichkeiten im Umfeld, Unterstützung zur Erschließung oder zum Erhalt natürlicher Hilfspotentiale;
- (3) Motivation, Planung und Ergebnisbewertung, Beschaffung/Erschließung von Möglichkeiten zur Tätigkeit;
- (4) aktive Anleitung und begleitende Hilfe zur Belastungserprobung (z.B. Praktikum, Arbeitstraining);
- (5) intensives, individuelles Angebot zur Belastungserprobung und/oder Förderung von Fähigkeiten, einschließlich z.B. wiederholter Bearbeitung von Belastungen und Konflikten.

(0) <i>keine Hilfe</i> ;		
(1) Information und Beratung über Möglichkeiten und Zugangswege entsprechend der individuellen Bedürfnisse, Interessen und Fähigkeiten;		
(2) Erschließen von Hilfsmöglichkeiten im Umfeld,	(2) Unterstützung zur Erschließung oder zum Erhalt natürlicher Hilfspotentiale;	
(3) Motivation, Planung und Ergebnisbewertung ,	(3) Beschaffung/Erschließung von Möglichkeiten zur Tätigkeit;	
(4) <i>aktive Anleitung</i> und <i>begleitende Hilfe</i> zur Belastungserprobung (z.B. Praktikum, Arbeitstraining);		
(5) <i>intensives, individuelles Angebot</i> zur Belastungserprobung und/oder Förderung von Fähigkeiten, einschließlich z.B. <i>wiederholter Bearbeitung</i> von Belastungen und Konflikten.		

Die oben aufgeführten Texte sind wie folgt markiert: die wesentlichen Substantive in Fettdruck, Adjektive in kursiv (Steigerung in kursiv und unterstrichen). Sind in dem Text Alternative (Aufzählungen) angeführt, sind sie nebeneinander dargestellt.

m) Gestaltung frei verfügbarer Zeit

Störungen der Fähigkeiten, frei verfügbare (nicht durch Arbeit und andere Anforderungen gebundene) Zeit zu gestalten. Wahrnehmung persönlicher Interessen, Hobbys.

Gestaltung frei verfügbarer (nicht durch Arbeit und andere Anforderungen gebundener Zeit) heißt: Sich bewusst sinnlichen Wahrnehmungen zu widmen, wie Zuschauen. Absichtsvoll den Sehsinn zu benutzen, um visuelle Reize wahrzunehmen, wie einer Sportveranstaltung oder anderem Ereignis zuzuschauen oder Zuhören. Absichtsvoll den Hörsinn zu benutzen, um akustische Reize wahrzunehmen, wie Radio, Musik oder einen Vortrag, eine Rede hören. Sich Fertigkeiten anzueignen, elementare und komplexe Fähigkeiten für integrierte Mengen von Handlungen und Aufgaben zu entwickeln. Fertigkeiten zu nutzen und zu Ende zu bringen, wie Werkzeuge handhaben oder Spiele wie z. B. Gesellschaftsspiele spielen. In diesem Sinne meint Lesen, Aktivitäten im Zusammenhang mit der Erfassung und Interpretation von Texten (z. B. Bücher, Anweisungen oder Zeitungen – auch in Braille) durchzuführen, um allgemeines Wissen oder besondere Informationen zu erlangen.

Andere bewusste sinnliche Wahrnehmungen meinen, absichtsvoll andere elementare Sinne zu benutzen, um Reize wahrzunehmen. Wie die materielle Struktur tasten und fühlen, Süßes schmecken oder Blumen riechen. In diesem Zusammenhang meint Gemeinschaftsleben, sich an allen Aspekten des gemeinschaftlichen sozialen Lebens zu beteiligen, wie in Wohlfahrtsorganisationen, Dienstleistungsvereinigungen oder professionellen Sozialorganisationen mitzuwirken, in formellen Vereinigungen, d.h. sich in sozialen oder gesellschaftlichen Vereinigungen, die von Menschen gleicher Interessen organisiert sind, zu beteiligen, wie Klubs, Selbsthilfevereinigungen oder ethnischen Gruppen.

Beeinträchtigungen, freie Zeit zu gestalten

Hobbys wieder zu aktivieren, neue Hobbys zu entdecken, alte Interessen zu aktivieren, sich für neue Interessen zu öffnen. Seine freie Zeit nicht nur durch konsumptives Verhalten überfrachten und dadurch seine Selbstbestimmung in der Gestaltung doch von außen steuern zu lassen, zu beobachten, sind sie wiederholtes Thema bei Fragen der Gestaltung der freien Zeit?

Erläuterungen zur folgenden Darstellung der Hilfearten und – ausprägungen unter Ziffer 2.6 (siehe oben)

- (0) keine Hilfe;
- (1) Information und Beratung über Möglichkeiten der Gestaltung der Freizeit bzw. der Entwicklung/Ausübung persönlicher Interessen und Hobbies, unter Berücksichtigung der vorbestehenden Interessenlage;
- (2) Erschließung von Hilfsmöglichkeiten im Umfeld, Unterstützung zur Erschließung oder zum Erhalt natürlicher Hilfspotentiale;
- (3) Motivation, individuelle Planung und Ergebnisbewertung mit Klient/in; Erschließung von Möglichkeiten zur Tagesgestaltung und gelegentliche begleitende Unterstützung;
- (4) aktive Anleitung (z.B. Wecken) und regelmäßiges Angebot an tagesgestaltenden Aktivitäten; unterstützende, übende Hilfe zur Entwicklung bzw. bei der Ausübung von Interessen;
- (5) regelmäßiges tagesgestaltendes Angebot oder intensives, individuelles Angebot zur Aktivierung.

(0) <i>keine Hilfe</i> ;		
(1) Information und Beratung über Möglichkeiten der Gestaltung der Freizeit bzw. der Entwicklung/Ausübung persönlicher Interessen und Hobbies, unter Berücksichtigung der vorbestehenden Interessenlage;		
(2) Erschließen von Hilfsmöglichkeiten im Umfeld,	(2) Unterstützung zur Erschließung oder zum Erhalt natürlicher Hilfspotentiale;	
(3) Motivation , individuelle Planung und Ergebnisbewertung mit Klient/in,	(3) Erschließung von Möglichkeiten zur Tagesgestaltung	(3) und <i>gelegentliche begleitende Unterstützung</i> ;
(4) <i>aktive Anleitung</i> (z.B. Wecken) und	(4) <i>regelmäßiges Angebot</i> an tagesgestaltenden Aktivitäten;	(4) <i>unterstützende, übende Hilfe</i> zur Entwicklung bzw. bei der Ausübung von Interessen;
(5) <i>intensives, individuelles Angebot</i>	(5) oder <i>intensives, individuelles Angebot</i> zur Aktivierung.	

Die oben aufgeführten Texte sind wie folgt markiert: die wesentlichen Substantive in Fettdruck, Adjektive in kursiv (Steigerung in kursiv und unterstrichen). Sind in dem Text Alternative (Aufzählungen) angeführt, sind sie nebeneinander dargestellt.

n) Teilnahme am gesellschaftlichen Leben

Störungen der Fähigkeiten, am Leben in der Gesellschaft (z.B. Vereine, Kirchen, Aktionsgruppen, Parteien) teilzunehmen.

Teilnahme am gesellschaftlichen Leben beinhaltet komplexe interpersonelle Interaktionen, d.h. mit anderen in einer kontextuell und sozial angemessene Weise Interaktionen aufrechterhalten und zu handhaben. Wie Gefühle und Impulse steuern zu können, verbale und physische Aggressionen zu kontrollieren, bei sozialen Interaktionen unabhängig und in Übereinstimmung mit sozialen Regeln und Konventionen handeln zu können.

Sein Verhalten in Beziehungen zu regulieren, sozialen Abstand zu wahren, mit Fremden umgehen zu können. Auf formelle Beziehungen eingehen, die Verfügungsgewalt über persönliche Ressourcen aus privaten oder öffentlichen Quellen zu haben, um die wirtschaftliche Sicherheit für den gegenwärtigen und zukünftigen Bedarf gewährleisten zu können.

Im Gemeinschaftsleben sich an allen Aspekten des gemeinschaftlichen sozialen Lebens zu beteiligen, wie in Wohlfahrtsorganisationen, Dienstleistungsvereinigungen oder professionellen Sozialorganisationen mitzuwirken oder in formellen Vereinigungen sich in sozialen oder gesellschaftlichen Vereinigungen, die von Menschen gleicher Interessen organisiert sind, zu beteiligen, wie Klubs, Selbsthilfevereinigungen oder ethnischen Gruppen.

Fragen der konstruktiven Umsetzung der Teilhabe

Die Beeinträchtigungen ein selbstbestimmtes Leben in der eigenen Wohnung, im Stadtteil/Quartier, Gemeinde, im Betreutes Wohnen zu führen und damit sich in bestimmte sozialen Kontakten zu begeben, führt zur Perspektivlosigkeit und Leben ohne „Aussicht“. Welche kritische Sichtweise zu diesen Problemen liegen bei der Person vor? Was hindert sie daran ein Fortkommen anzugehen? Liegen Beeinträchtigungen bei Aufnahme von Kontakten zu Nachbarn, Bürgern des Stadtteils (Nachbarschaftshilfen, ehrenamtlichen oder freiwilligen Helfern), Vereinen (Sport, Musik etc.), Kirchengemeinden, Parteien oder Selbsthilfegruppen. Liegt eine Beeinträchtigung bei der Teilnahme an kulturellen, sozialen, wirtschaftlichen oder politischen Angeboten oder Veranstaltungen vor und welche Verhaltensstrategien sind mit der Person zu entwickeln?

Erläuterungen zur folgenden Darstellung der Hilfearten und – ausprägungen unter Ziffer 2.6 (siehe oben)

- (0) keine Hilfe;
- (1) Beratung und Information über Möglichkeiten, Zugang zu Interessengemeinschaften zu bekommen, bzw. Zugehörigkeit zu bewahren;
- (2) Erschließung von Hilfsmöglichkeiten im Umfeld, Unterstützung zur Erschließung oder zum Erhalt natürlicher Hilfspotentiale;
- (3) Motivation und individuelle Planung, Bearbeitung von Enttäuschungen und Konflikten; übende, stützende Begleitung zur Teilnahme an Interessengemeinschaften (Veranstaltungen, Aktionsgruppen einschl. Clubs);
- (4) intensive, wiederholte Vorbereitung und regelmäßige Begleitung;
- (5) intensives, individuelles Angebot und längerfristige Begleitung.

(0) <i>keine Hilfe</i> ;		
(1) Beratung und Information über Möglichkeiten, Zugang zu Interessengemeinschaften zu bekommen, bzw. Zugehörigkeit zu bewahren;		
(2) Erschließung von Hilfsmöglichkeiten im Umfeld,	(2) Unterstützung zur Erschließung oder zum Erhalt natürlicher Hilfspotentiale;	
(3) Motivation und <i>individuelle Planung</i> ,	(3) Bearbeitung von Enttäuschungen und Konflikten	(3) <i>übende, stützende Begleitung</i> zur Teilnahme an Interessengemeinschaften (Veranstaltungen, Aktionsgruppen einschl. Clubs);
(4) <i>intensive, wiederholte</i> Vorbereitung und <i>regelmäßige</i> Begleitung ;		
(5) <i>intensives, individuelles</i> Angebot und <i>längerfristige</i> Begleitung .		

Die oben aufgeführten Texte sind wie folgt markiert: die wesentlichen Substantive in Fettdruck, Adjektive in kursiv (Steigerung in kursiv und unterstrichen).

Sind in dem Text Alternative (Aufzählungen) angeführt, sind sie nebeneinander dargestellt.

1.4. Literatur:

Personenzentrierte Hilfen in der psychiatrischen Versorgung, Volker Kauder Aktion Psychisch Kranke (Hg)

- Kurzfassung des Berichtes zum Forschungsprojekt des BMG >Personalbemessung im komplementären Bereich der psychiatrischen Versorgung<
- Manual mit Behandlungs- und Rehabilitationsplänen

Psychosoziale Arbeitshilfen, Heft 11 in den jeweiligen korrigierten u. aktualisierten Auflagen (Psychiatrie Verlag Bonn)

Irren ist menschlich, Lehrbuch der Psychiatrie u. Psychotherapie, Prof. Dr. Dr. Klaus Dörner, Dr. phil. Ursula Plog, Christine Teller, Dr. med. Frank Wendt, Neuausg. Psychiatrie Verlag Bonn 2002

ICF, Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit, Verlag Medizinische Medien Informations GmbH, 63263 Neu-Isenburg, © World Health Organization 2005

Peters Lexikon, *Psychiatrie, Psychotherapie, Medizinische Psychologie*, 5. Aufl. Urban & Fischer Verlag München Jena 2000

Praktische Psychotherapie, 5. Aufl. Prof. Dr. med. Gerd Laux, Dr. rer. nat. Otto Dietmaier, Urban & Fischer Verlag München Jena 2006

Lehrbuch Psychiatrische Pflege, 2. Durchgesehene u. ergänzte Aufl. Dorothea Sauter, Chris Abderhalden, Ian Needham, Stephan Wolff (Hg.) Verlag Hans Huber Bern 2006

Handbuch der Borderline-Störungen, Prof. Otto F. Kernberg, MD, Dr. med. Birger Dulz, Prof. Dr. med. Ulrich Sachsse, (Hg.) Schattauer Verlag Stuttgart New York 2000

Recovery, Das Ende der Unheilbarkeit, Prof. Michaela Amering, Dr. phil. Margit Schmolke, Psychiatrie Verlag Bonn 2007

Selbstbefähigung fördern, Empowerment und psychiatrische Arbeit, 5. Überarbeitete Aufl. Andreas Knuf, Margret Osterfeld, Ulrich Seibert, Psychiatrie Verlag

Erfolgsmythos Psychopharmaka, Warum wir Medikamente in der Psychiatrie neu bewerten müssen, Stefan Weinmann, Psychiatrie Verlag Bonn 2008

2.1 Ermittlung des Hilfebedarfs für Menschen mit seelischen Behinderungen (LT 3.2.1.1)

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Beeinträchtigung/Gefährdungen durch die psychische Erkrankung	1	2	3	Bemerkungen
a) Antrieb (Depressivität, Selbstwertgefühl)	0 1 2	3 4	5	
b) Körpererleben	0 1 2	3 4	5	
c) Angstsyndrome	0 1 2	3 4	5	
d) Realitätsbezug (halluzinatorisches Erleben)	0 1 2	3 4	5	
e) Abhängigkeit (Suchtverhalten)	0 1 2	3 4	5	
f) emotionale Instabilität	0 1 2	3 4	5	
g) Gedächtnis/Orientierung	0 1 2	3 4	5	
h) Auffassung/Intelligenz	0 1 2	3 4	5	
i) Sinnorientierung des Lebens	0 1 2	3 4	5	
k) bei körperlicher Erkrankung/Behinderung	0 1 2	3 4	5	
l) selbstgefährdendes Verhalten	0 1 2	3 4	5	
m) störendes/fremdgefährdendes Verhalten	0 1 2	3 4	5	
II. Fähigkeiten, Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen bei der Aufnahme und Gestaltung persönlicher/sozialer Beziehungen				
a) im engeren Wohn-/Lebensbereich	0 1 2	3 4	5	
b) in Partnerschaft/Ehe	0 1 2	3 4	5	
c) in sonstigen (familiären) Beziehungen	0 1 2	3 4	5	
d) im Außenbereich	0 1 2	3 4	5	
Fähigkeiten, Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen in den Lebensfeldern Wohnen, Tagesgestaltung/Freizeit/Teilhabe am gesellschaftlichen Leben				
a) Ernährung	0 1 2	3 4	5	
b) Körperpflege/Kleidung	0 1 2	3 4	5	
c) Umgang mit Geld	0 1 2	3 4	5	
d) Wohnraumreinigung und -gestaltung	0 1 2	3 4	5	
e) Mobilität	0 1 2	3 4	5	
f) körperliche Aktivität	0 1 2	3 4	5	
g) sprachliche Ausdrucksfähigkeit	0 1 2	3 4	5	
h) Tag-/Nachtrhythmus	0 1 2	3 4	5	
i) Inanspruchnahme psychiatrischer Hilfen	0 1 2	3 4	5	
k) Inanspruchnahme medizinischer und sozialer Hilfen	0 1 2	3 4	5	
l) Aufnahme einer Beschäftigung	0 1 2	3 4	5	
n) Gestaltung frei verfügbarer Zeit	0 1 2	3 4	5	
o) Teilnahme am gesellschaftlichen Leben	0 1 2	3 4	5	
Summe				

Summe	x 312 =	
1	x 633 =	
2	x 1249 =	
3		
Summe		

: 29

HBG 1 312 - 471
 HBG 2 472 - 940
 HBG 3 941 - 1249

Hilfebedarfsgruppe: _____

Datum: _____

Ansprechpartner in der Einrichtung: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

2.2 Hinweise zum Erhebungsbogen

Ermittlung des Hilfebedarfs für Menschen mit seelischen Behinderungen
„Schlichthorster Modell“

Gemäß Landesrahmenvertrag nach § 93 d Abs.2 BSHG erfolgt die Zuordnung von Menschen mit wesentlichen seelischen Behinderungen zu Hilfeempfangerguppen mit vergleichbarem Hilfebedarf nach dem sog. „Schlichthorster Modell“ („Systematik zur Ermittlung der Hilfebedarfsgruppen“ der Wohnanlage Schlichthorst der Arbeiterwohlfahrt). Dies gilt für Personen, die sich in dem Leistungstyp 3.2.1.1. (Wohnen für Menschen mit seelischen Behinderungen) befinden oder für die ein Angebot in diesem Leistungstyp in Betracht kommt.

Das „Schlichthorster Modell“ basiert auf dem Konzept der Personenzentrierten Hilfen der Aktion Psychisch Kranker (Psychosoziale Arbeitshilfen Heft 11, 1998, 2. Aufl.). Es enthält einen Erhebungsbogen, der die individuelle Zuordnung der Betroffenen zu einer Hilfeempfangerguppe ermöglicht. Die vorgesehene Datenerhebung konzentriert sich dabei auf die Ermittlung des individuellen Hilfebedarfs.

Der Erhebungsbogen umfasst insgesamt 29 Items, die in drei Teilkomplexe aufgeteilt sind:

- I. Beeinträchtigung/Gefährdung durch die psychische Erkrankung (12 Items)
- II. Fähigkeiten, Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen bei der Aufnahme und Gestaltung persönlicher/sozialer Beziehungen (4 Items)
- III. Fähigkeiten, Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen in den Lebensfeldern Wohnen, Tagesgestaltung/Freizeit/Teilhabe am gesellschaftlichen Leben (13 Items)

Um dem unterschiedlichen Hilfebedarf zu entsprechen, lässt jedes Item eine Stufung von 0 bis 5 zu. Die Stufe 0 bedeutet keinen Bedarf an Hilfe, die Stufe 1 den geringsten und die Stufe 5 den höchsten Hilfebedarf. Die einzelnen Ziffern tragen folgende Bedeutung:

- 0 Kein Hilfebedarf
- 1 Information und Beratung
- 2 Erschließung/Erhaltung von Hilfen im Umfeld
- 3 Individuelle Planung, Beobachtung, Rückmeldung
- 4 Begleitende/übende Unterstützung
- 5 Regelmäßiges intensives individuelles Angebot

In den oben genannten Psychosozialen Arbeitshilfen wird jedes einzelne Item in den einzelnen Stufen noch einmal konkretisiert, was eine konkrete Zuordnung des Hilfebedarfs für den einzelnen Hilfeempfänger ermöglicht.

Das Schlichthorster Modell geht im Weiteren so vor, dass die Stufung von 0 bis 5 - wie im Erhebungsbogen dargestellt - kategorial in drei Hilfebedarfsgruppen zusammengefasst wird. Die erste Gruppe umfasst die Stufen 0,1 und 2, die Gruppe 2 die Stufen 3 und 4, die Gruppe 3 die Stufe 5. Das individuelle Profil wird sich für den einzelnen Hilfeempfänger in der Regel aus Zuordnungen zu den verschiedenen Gruppen darstellen. Im Ergebnis ermöglicht der Erhebungsbogen die Zuordnung eines Hilfeempfängers zu einer Hilfeempfangerguppe, indem die Anzahl von Eintragungen in den drei Kategorien addiert wird. Konkretisiert wird das Vorgehen in der nachfolgenden Anleitung.

Durchführungsanleitung

Zunächst ist der **Name** und das **Geburtsdatum** der Hilfeempfängerin oder des Hilfeempfängers einzutragen.

Die **Ermittlung des Hilfebedarfs** erfolgt mit Item I. a) beginnend. Angekreuzt wird die Ziffer, die dem individuellen Hilfebedarf entspricht. Als Legende dienen die Seiten 117 – 125 der Psychosozialen Arbeitshilfen Heft 11, Psychiatrie Verlag Bonn, 1998: 2. Aufl.).

Am Rand des Erhebungsbogens können unter der Überschrift „Bemerkungen“ wichtige ergänzende Eintragungen vorgenommen werden.

In der genannten Weise müssen **alle 29 Items vollständig** gemäß der Ziffern bewertet werden.

Nach der Erhebung wird die **Anzahl der** in der Kategorie 1 **eingetragenen Kreuze** in dem hierfür vorgesehenen Feld (Summe) addiert. Anschließend erfolgt die Summierung der eingetragenen Kreuze in der Kategorie 2 analog, schließlich in gleicher Weise für die Kategorie 3.

Die ermittelten Summen werden nunmehr in dem darunter befindliche Feld eingetragen. Die Summe 1 wird mit 312 multipliziert, die Summe 2 mit 633, die Summe 3 mit 1249. Die so **multiplizierten Summen werden** in dem hierfür vorgesehenen Feld **nach Addition** eingetragen und **durch 29 dividiert**.

Der auf die genannte Weise erhaltene Wert wird mit den vorgegebenen Bandbreiten der Hilfeempfängergruppen (HBG) verglichen, so dass eine **Einstufung in eine Hilfebedarfsgruppe** vorgenommen werden kann.

Schließlich ist das **Datum der Erhebung** und der **Name des Durchführenden** einzutragen.

Oldenburg, den 31.08.2004

D. Hacker

2.3 Anlage 4 ab 01.01.2011

Verfahren der Zuordnung von Leistungsberechtigten zu Gruppen für Leistungsberechtigte mit vergleichbarem Bedarf

Die Zuordnung von Leistungsberechtigten (i.F.: LB) zu „Gruppen für Leistungsberechtigte mit vergleichbarem Bedarf“ (§ 76 Abs. 2 Satz 3 SGB XII) wird wie folgt vorgenommen:

1. Für die Leistungstypen

- a) 1.2.1.1 Wohnen für Menschen mit Körperbehinderungen
Kinder und Jugendliche ab dem Zeitpunkt der Einschulung und bis zum Ende der
Beschulung
- b) 1.2.2.1 Wohnen für Menschen mit Körperbehinderungen
Menschen im Erwerbs- und Seniorenalter
- c) 2.2.2.1 Wohnen für Menschen mit geistigen Behinderungen
Kinder und Jugendliche ab dem Zeitpunkt der Einschulung und bis zum Ende der
Beschulung
- d) 2.2.3.1 Wohnen für Menschen mit geistigen Behinderungen
Menschen im Erwerbs- und Seniorenalter

wird das HMB-W-Verfahren 5/2001² zur Kalkulation der Maßnahmepauschale nach Gruppen für Leistungsberechtigte mit vergleichbarem Bedarf nach Maßgabe folgender Regelungen angewandt:

- (1) Sobald die Prüfung eines Antrags im Sinne des § 18 SGB XII hinsichtlich des Hilfebedarfs gemäß § 17 Abs. 2 SGB XII durch den zuständigen Träger der Sozialhilfe zu dem Ergebnis kommt, dass eine Maßnahme durch einen der vorbezeichneten Leistungstypen in Betracht kommt, nimmt dieser eine -vorläufige- Begutachtung vor und bittet die/den LB und/oder den gesetzlichen Vertreter um Auswahl einer oder mehrerer aufnahmebereiter Einrichtungen.
- (2) Die Begutachtung wird durch den zuständigen Träger der Sozialhilfe und die ausgewählte/ausgewählten Einrichtung/Einrichtungen einvernehmlich innerhalb von 3 Monaten nach Aufnahme vorgenommen. Die/der LB und/oder der gesetzliche Vertreter sind um Teilnahme zu bitten.
Der Einrichtungsträger, der die/den LB aufnimmt, kann binnen 90 Tagen nach der erfolgten Begutachtung nach Ziffer 2 eine Überprüfung der vorgenommenen Zuordnung beantragen. In diesem Fall wird das Verfahren nach Satz 1 entsprechend wiederholt. Kommt es in dem Verfahren nach Satz 1 oder nach Satz 3 zu keiner einvernehmlichen Zuordnung, erfolgt die Zuordnung auf Antrag durch eine/n sachverständige/n Schlichter/in. Sofern sich die Parteien über keinen anderen Zeitpunkt verständigen, gilt die Entscheidung des/der Schlichters/in rückwirkend. (Zeitpunkt der Aufnahme bzw. der Antragstellung auf Wiederbegutachtung). Die Vertragsparteien benennen hierzu gemeinsam vier Personen, die nach der Reihenfolge des Eingangs eine Entscheidung über die Zuordnung zu einer Leistungsberechtigtengruppe abschließend und für beide Parteien verbindlich treffen.
- (3) Unbeschadet des Verfahrens nach Ziffer (2) können der Einrichtungsträger bzw. der zuständige Träger der Sozialhilfe eine Wiederbegutachtung im 12. Monat nach dem Tag der Aufnahme beantragen. Danach sollen Wiederbegutachtungen grundsätzlich

² Für alle Begutachtungen und Wiederbegutachtungen ab 01.01.2008

in Abständen von mindestens 3 Jahren erfolgen; in begründeten Ausnahmefällen (z.B. junge Erwachsene mit großer Entwicklungsdynamik) können sich Einrichtungsträger einvernehmlich auf einen kürzeren Wiederbegutachtungszeitraum verständigen. Auch in diesen Fällen wird das Verfahren nach Ziffer (2) Satz 1 entsprechend (einvernehmlich/3-Monatsfrist) angewandt.

Kommt es zu einer Veränderung der Leistungsberechtigten, ist das Antragsdatum maßgeblich für den Zeitpunkt der Wirkung dieser Veränderung.

Eine Wiederbegutachtung kann abweichend von Satz 1 auch dann beantragt werden, wenn sich der Hilfebedarf der/des LB infolge eines außergewöhnlichen Ereignisses (z.B. Krankheit oder Unfall mit anschließendem längerem Krankenhausaufenthalt) voraussichtlich auf längere Zeitdauer verändert.

- (4) Wechselt der/die LB die Einrichtung und ist der Wechsel nicht in einem veränderten Hilfebedarf begründet, verbleibt es bei der bisherigen Zuordnung
- (5) Ziffern (1) und (2) gelten nicht im Hinblick auf LB, für die eine Begutachtung durch den Einrichtungsträger mit Stichtag zum 30.04.2001 durchgeführt und von den Vertragsparteien als plausibel anerkannt wurde. Ziffer (3) gilt entsprechend.
- (6) Für die LB, die ab dem 01.05.2001 bis zum 31.12.2001 in die Einrichtung aufgenommen wurden, gilt Ziffer 4 entsprechend.

2. Für den Leistungstyp

3.2.1.1 Wohnen für Menschen mit seelischen Behinderungen

wird das „Schlichthorst-Modell“ aus 9/2004 zur Kalkulation der Maßnahmepauschale nach Gruppen für Leistungsberechtigte mit vergleichbarem Bedarf nach Maßgabe folgender Regelungen angewandt:

- (1) Sobald die Prüfung eines Antrags im Sinne des § 18 SGB XII hinsichtlich des Hilfebedarfs gemäß § 17 Abs. 2 SGB XII durch den zuständigen Träger der Sozialhilfe zu dem Ergebnis kommt, dass eine Maßnahme in dem vorbezeichneten Leistungstyp in Betracht kommt, nimmt dieser eine -vorläufige- Begutachtung vor und bittet die/den LB und/oder den gesetzlichen Vertreter um Auswahl einer oder mehrerer aufnahmebereiter Einrichtungen.
- (2) Die Begutachtung wird durch den zuständigen Träger der Sozialhilfe und die ausgewählte/ausgewählten Einrichtung/Einrichtungen einvernehmlich innerhalb von 3 Monaten nach Aufnahme vorgenommen. Die/der LB und/oder der gesetzliche Vertreter sind um Teilnahme zu bitten.
Der Einrichtungsträger, der die/den LB aufnimmt, kann binnen 90 Tagen nach der erfolgten Begutachtung nach Ziffer 2 eine Überprüfung der vorgenommenen Zuordnung beantragen. In diesem Fall wird das Verfahren nach Satz 1 entsprechend wiederholt. Kommt es in dem Verfahren nach Satz 1 oder nach Satz 3 zu keiner einvernehmlichen Zuordnung, erfolgt die Zuordnung auf Antrag durch eine/n sachverständige/n Schlichter/in. Sofern sich die Parteien über keinen anderen Zeitpunkt verständigen, gilt die Entscheidung des/der Schlichters/in rückwirkend. (Zeitpunkt der Aufnahme bzw. der Antragstellung auf Wiederbegutachtung). Die Vertragsparteien benennen hierzu gemeinsam drei Personen, die nach der Reihenfolge des Eingangs eine Entscheidung über die Zuordnung zu einer Leistungsberechtigtengruppe abschließend und für beide Parteien verbindlich treffen.
- (3) Unbeschadet des Verfahrens nach Ziffer (2) können der Einrichtungsträger bzw. der zuständige Träger der Sozialhilfe eine Wiederbegutachtung im 12. Monat nach dem Tag der Aufnahme beantragen. Danach sollen Wiederbegutachtungen grundsätzlich in Abständen von mindestens 3 Jahren erfolgen; in begründeten Ausnahmefällen

(z.B. junge Erwachsene mit großer Entwicklungsdynamik) können sich Einrichtungs- und Sozialhilfeträger einvernehmlich auf einen kürzeren Wiederbegutachtungszeitraum verständigen. Auch in diesen Fällen wird das Verfahren nach Ziffer (2) Satz 1 entsprechend (einvernehmlich/3-Monatsfrist) angewandt.

Kommt es zu einer Veränderung der Leistungsberechtigtengruppe, ist das Antragsdatum maßgeblich für den Zeitpunkt der Wirkung dieser Veränderung. Eine Wiederbegutachtung kann abweichend von Satz 1 auch dann beantragt werden, wenn sich der Hilfebedarf der/des LB infolge eines außergewöhnlichen Ereignisses (z.B. Krankheit oder Unfall mit anschließendem längerem Krankenhausaufenthalt) voraussichtlich auf längere Zeitdauer verändert.

- (4) Wechselt der/die LB die Einrichtung und ist der Wechsel nicht in einem veränderten Hilfebedarf begründet, verbleibt es bei der bisherigen Zuordnung
- (5) Ziffern (1) und (2) gelten nicht im Hinblick auf LB, für die eine Begutachtung durch den Einrichtungsträger mit Stichtag zum 01.11.2004 durchgeführt und von den Vertragsparteien als plausibel anerkannt wurde. Ziffer (3) gilt entsprechend.
- (6) Für die LB, die ab dem 01.11.2004 bis zum 31.12.2005 in die Einrichtung aufgenommen wurden, gilt Ziffer (5) entsprechend.

3. Für die Leistungstypen

- a) 1.1.3.1, 2.1.3.1, 3.1.1.1 und 1.1.3.1, 2.1.3.1, 3.1.1.1 inkl. 2.1.3.2
- b) 1.1.3.2 und 2.1.3.2
- c) und in Angeboten der sog. „sonstigen heiminterner Tagesstruktur“

wird das HMB-T-Verfahren zur Kalkulation der Maßnahmepauschale nach Gruppen für Leistungsberechtigte mit vergleichbarem Bedarf nach Maßgabe folgender Regelungen angewandt:

- (1) Sobald die Prüfung eines Antrags im Sinne des § 18 SGB XII hinsichtlich des Hilfebedarfs gemäß § 17 Abs. 2 SGB XII durch den zuständigen Träger der Sozialhilfe zu dem Ergebnis kommt, dass eine Maßnahme in dem vorbezeichneten Leistungstyp/Leistungsangebot in Betracht kommt, nimmt dieser eine -vorläufige- Begutachtung vor und bittet die/den LB und/oder den gesetzlichen Vertreter um Auswahl einer oder mehrerer aufnahmebereiter Einrichtungen.
- (2) Die Begutachtung wird durch den zuständigen Träger der Sozialhilfe und die ausgewählte/ausgewählten Einrichtung/Einrichtungen einvernehmlich innerhalb von 3 Monaten nach Aufnahme vorgenommen. Die/der LB und/oder der gesetzliche Vertreter sind um Teilnahme zu bitten.
Der Einrichtungsträger, der die/den LB aufnimmt, kann binnen 90 Tagen nach der erfolgten Begutachtung nach Ziffer 2 eine Überprüfung der vorgenommenen Zuordnung beantragen. In diesem Fall wird das Verfahren nach Satz 1 entsprechend wiederholt. Kommt es in dem Verfahren nach Satz 1 oder nach Satz 3 zu keiner einvernehmlichen Zuordnung, erfolgt die Zuordnung auf Antrag durch eine/n sachverständige/n Schlichter/in. Sofern sich die Parteien über keinen anderen Zeitpunkt verständigen, gilt die Entscheidung des/der Schlichters/in rückwirkend. (Zeitpunkt der Aufnahme bzw. der Antragstellung auf Wiederbegutachtung). Die Vertragsparteien benennen hierzu gemeinsam vier Personen, die nach der Reihenfolge des Eingangs eine Entscheidung über die Zuordnung zu einer Leistungsberechtigtengruppe abschließend und für beide Parteien verbindlich treffen.

(3) Unbeschadet des Verfahrens nach Ziffer (2) können der Einrichtungsträger bzw. der zuständige Träger der Sozialhilfe eine Wiederbegutachtung im 12. Monat nach dem Tag der Aufnahme beantragen. Danach sollen Wiederbegutachtungen grundsätzlich in Abständen von mindestens 3 Jahren erfolgen; in begründeten Ausnahmefällen (z.B. junge Erwachsene mit großer Entwicklungsdynamik) können sich Einrichtungs- und Sozialhilfeträger einvernehmlich auf einen kürzeren Wiederbegutachtungszeitraum verständigen. Auch in diesen Fällen wird das Verfahren nach Ziffer (2) Satz 1 entsprechend (einvernehmlich/3-Monatsfrist) angewandt.

Kommt es zu einer Veränderung der Leistungsberechtigtengruppe, ist der 1. Tag des Folgemonats nach Antragsdatum maßgeblich für den Zeitpunkt der Wirkung dieser Veränderung. Eine Wiederbegutachtung kann abweichend von Satz 1 auch dann beantragt werden, wenn sich der Hilfebedarf der/des LB infolge eines außergewöhnlichen Ereignisses (z.B. Krankheit oder Unfall mit anschließendem längerem Krankenhausaufenthalt) voraussichtlich auf längere Zeitdauer verändert.

(4) Wechselt der/die LB die Einrichtung und ist der Wechsel nicht in einem veränderten Hilfebedarf begründet, verbleibt es bei der bisherigen Zuordnung

(5) Ziffern (1) und (2) gelten nicht im Hinblick auf LB, für die eine Begutachtung durch den Einrichtungsträger mit Stichtag zum 30.09.2010 durchgeführt und von den Vertragsparteien als plausibel anerkannt wurde. Ziffer (3) gilt entsprechend.

4. Für die Leistungstypen

a) 2.1.1.1

Sonderkindergarten/Heilpädagogischer Kindergarten für Kinder mit einer geistigen Behinderung

b) 2.1.2.2

Anerkannte Tagesbildungsstätte G

wird neben der allgemeinen Leistungsberechtigtengruppe jeweils eine zusätzliche Leistungsberechtigtengruppe gebildet, der diejenigen Leistungsberechtigten zugeordnet werden, bei denen fachärztlicherseits nach einem von der WHO anerkannten Verfahren (zurzeit ICD 10, F 84.0) „frühkindlicher Autismus festgestellt wurde“.

5. Für alle anderen Leistungstypen gilt die Zuordnung zu einem Leistungstyp zugleich als Zuordnung zu einer Leistungsberechtigtengruppe.

2.4 Regelung von Verfahrensfragen im Zusammenhang mit der Schlichtung durch eine/n sachverständigen Schlichter/in im Sinne der Anlage 4, Abs. 2, Unterabschnitt 2, Satz 5 und 6 FFV LRV ab 01.01.2011

Verfahren „Modell Schlichthorst“ zur Einstufung von Menschen mit einer seelischen Behinderung in Leistungsberechtigengruppen

Die Gemeinsame Kommission geht davon aus, dass die in der FFV LRV getroffenen Regelungen zur Bildung von Gruppen von Leistungsberechtigten mit vergleichbarem Hilfebedarf weitestgehend zu Ergebnissen führen, die im Einvernehmen zwischen dem jeweiligen Träger der Einrichtung und dem örtlichen Träger der Sozialhilfe erzielt werden.

Das in der Anlage 4, Abs. 2, Unterabschnitt 2, Satz 5 und 6 für den Nichteinigungsfall vorgesehene Verfahren einer abschließenden Schlichtung durch landesweit lediglich drei sachverständige Schlichter/innen ist darauf angelegt, dass es nur in seltenen Ausnahmefällen zur Anwendung kommen soll.

-

1. Die Gemeinsame Kommission benennt drei sachverständige Schlichter/innen für jeweils zwei Jahre.
2. Die sachverständigen Schlichter/innen verfügen über folgende Qualifikation:
Sie müssen praktische Erfahrungen im Umgang mit seelisch behinderten Menschen besitzen und Kenntnisse über und Erfahrungen im Umgang mit dem IBRP verfügen, Erfahrungen in der Begutachtungspraxis und eine einschlägige akademische Vorbildung haben.
3. Anträge auf eine Entscheidung durch die/den sachverständige/n Schlichter/in sind schriftlich unter Darlegung des Dissenses über die Zuordnung an die Geschäftsstelle bei der Freien Wohlfahrtspflege zu richten. Die antragstellende Partei entrichtet eine pauschale Gebühr von € 475,00 als Vorschuss.
4. Die/der sachverständige Schlichter/in entscheidet in der Regel nach Prüfung des persönlichen Hilfebedarfes im Kontakt mit dem Leistungsberechtigten innerhalb von sechs Wochen nach der schriftlichen Beauftragung durch die Geschäftsstelle. Die/der sachverständige Schlichter/in informiert die beteiligten Parteien in angemessenem zeitlichen Abstand im Voraus über den Schlichtungstermin, um ihnen die Gelegenheit zur Teilnahme zu ermöglichen. Die/der sachverständige Schlichter/in teilt der Geschäftsstelle ihre/seine Entscheidung über die Zuordnung zu einer Leistungsberechtigengruppe unter Benennung der Gesamtpunktzahl mit.
5. Die Gebühr in Höhe von € 475,00 für die Tätigkeit der/des sachverständigen Schlichter/in trägt die Partei (Einrichtung oder zuständiger Träger der Sozialhilfe), deren Vorschlag zur Zuordnung zu einer Leistungsberechtigengruppe nicht von der/dem sachverständigen Schlichter/in bestätigt wird oder die Partei, die in der vorgegebenen Frist keine Einschätzung bezüglich einer Leistungsberechtigengruppe abgegeben hat.
Wenn weder der Vorschlag der Einrichtung noch der des Trägers der Sozialhilfe von der/dem sachverständigen Schlichter/in bestätigt wird, tragen die Parteien die Gebühr je zur Hälfte

Die Geschäftsstelle nach Ziffer 3 der obigen Eckpunkte teilt der Geschäftsstelle der Gemeinsamen Kommission monatlich die Zahl der Begutachtungsanträge mit.

Die Adresse der Geschäftsstelle ist: LAG FW, Ebhardtstr. 2, 30159 Hannover