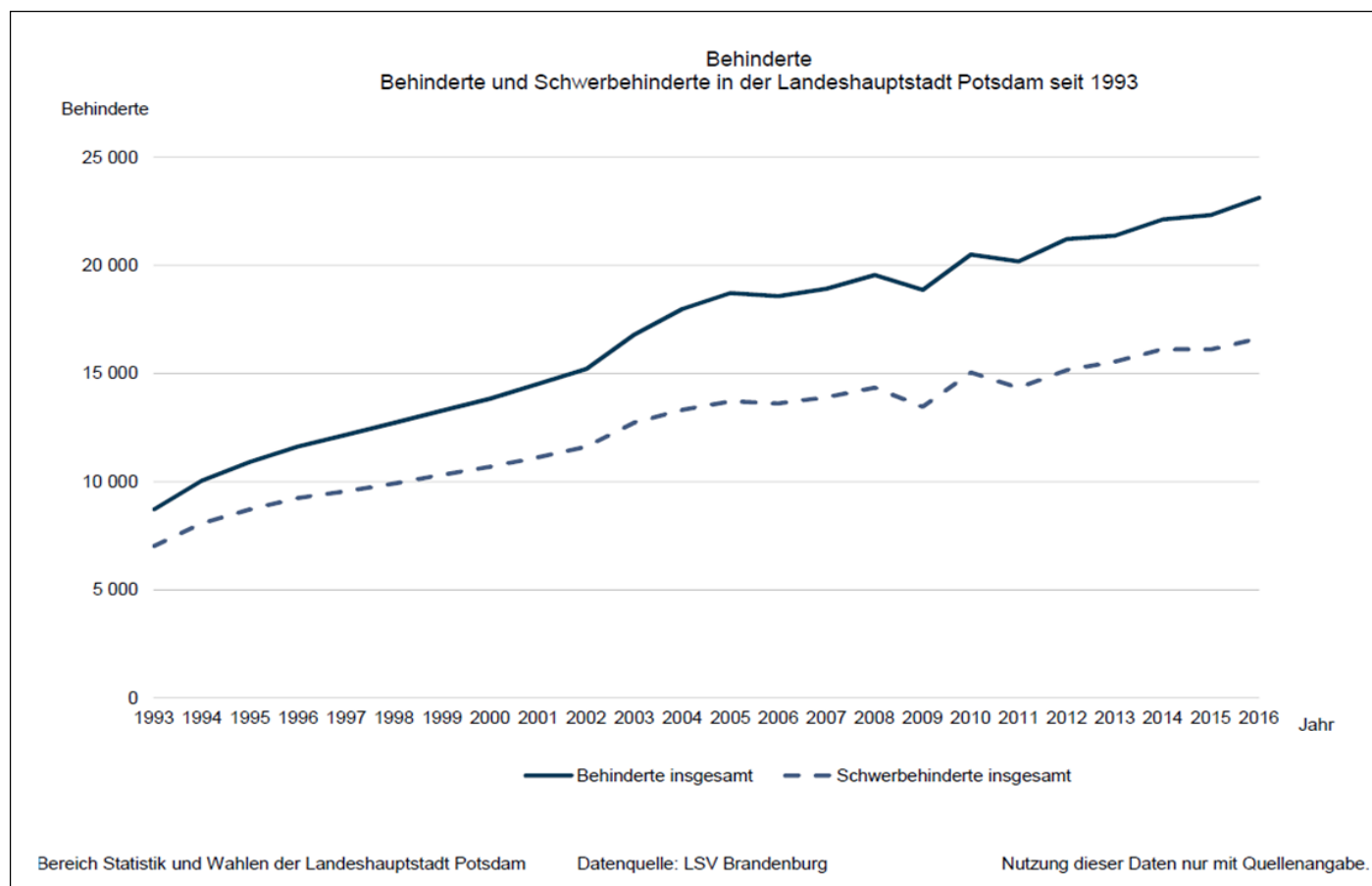




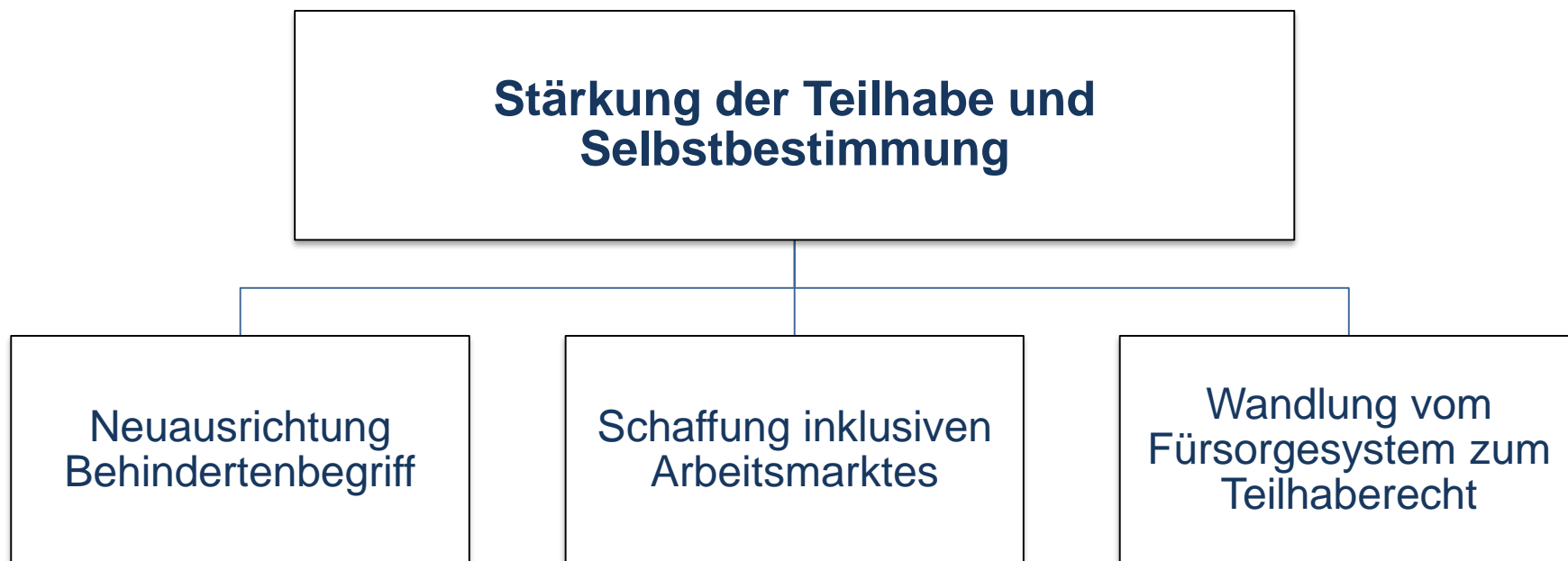
Erste Erfahrungen zur Umsetzung BTHG

Landeshauptstadt Potsdam

Menschen mit Behinderung in der Landeshauptstadt Potsdam



Ziele des Gesetzes



BTHG- Stufen

Änderungen jeweils im SGB XII



Im Jahr 2017

- Änderungen WfbM
- erhöhter Vermögensfreibetrag



Im Jahr 2018

- Wandlung in das Teilhaberecht (ICF)
- EUTB s
- Teilhabe für Arbeit/ Budget für Arbeit
- Gesamtplan/Teilhabeplan



01.01.2020

- Neufassung des SGB IX

Stufe 2 – aktuelle Situation

Allgemeiner Teil SGB IX neu

- Parallel Modelkommunen seit 2018
- Teilhabe am Arbeitsleben
- EUTB's
- Gesamtplan Teilhabeplan
- Träger der EGH koordiniert
- einheitliche Hilfeplanung

Stufe 3 – ab 2020

Besonderer Teil SGB IX

- Auflösung Komplexleistungen
- Neue Tatbestände
- Beratung und Begleitung
- Vermögensschongrenze/Einkommensgrenze

Stufe 4 – ab 2023

- Leistungsberechtigter Personenkreis (§ 99 SGB IX neu)
 - Anspruchsberechtigung (5 von 9 Lebensbereichen)

Umsetzung 2018 auf Landesebene

- Budget für Arbeit (Handlungsempfehlung)
- Gestaltung der Hilfebedarfsermittlung (ITP)- erste Info-Veranstaltungen/Umsetzungsmatrix

In Arbeit:

- Brandenburgisches Ausführungsgesetz (AG SGB IX)
- AG Rahmenvertrag
- AG Integrierter Teilhabeplan (ITP)

ITP Brandenburg

ITP Brandenburg

Seite 1

<input type="text"/> für den Zeitraum von: <input type="text"/> bis: <input type="text"/> Akt.-Z.: <input type="text"/>	
1. Sozialdaten	
Nachfragende Person:	
Name <input type="text"/> Vorname <input type="text"/> Straße <input type="text"/> Hausnummer <input type="text"/> Postleitzahl <input type="text"/> Wohnort <input type="text"/> eMail <input type="text"/> Telefon mobil <input type="text"/> Telefon Festnetz <input type="text"/> geboren am <input type="text"/> Geburtsort <input type="text"/> Geschlecht: männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> sonstiges <input type="checkbox"/> Familienstand <input type="text"/> Staatsangehörigkeit <input type="text"/> Schulbildung <input type="text"/> Kein Schulabschluss <input type="checkbox"/> Abschluss Förderschule <input type="checkbox"/> Beruf <input type="text"/> Eigene Kinder: nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Anzahl: <input type="text"/> Im Haushalt lebende Kinder: ja <input type="checkbox"/> Anzahl: <input type="text"/> Ergänzende Bemerkungen (z.B. Alter der Kinder) <input type="text"/>	
Nächste Angehörige (bzw. nächste Bezugsperson):	
Name <input type="text"/> Verwandtschaftsstatus <input type="text"/> Straße <input type="text"/> Hausnummer <input type="text"/> Postleitzahl <input type="text"/> Wohnort <input type="text"/> Telefon <input type="text"/> eMail <input type="text"/> Wurde eine gesetzliche Betreuung bestellt oder einer nahe stehenden Person Vollmacht erteilt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja: <input type="checkbox"/> gesetzl. Betreuung <input type="checkbox"/> Bevollmächtigung Name <input type="text"/> Vorname <input type="text"/> Straße <input type="text"/> Hausnummer <input type="text"/> Postleitzahl <input type="text"/> Wohnort <input type="text"/> Telefon <input type="text"/> eMail <input type="text"/> Wirkungs-/Aufgabenkreis der Betreuung oder der bevollmächtigten Person (siehe Bestellungsurkunde): <input type="checkbox"/> Vermögensvorsorge <input type="checkbox"/> Rentenangelegenheiten <input type="checkbox"/> Wohnungsangelegenheiten <input type="checkbox"/> Post <input type="checkbox"/> Aufenthaltsbestimmungsrecht <input type="checkbox"/> Gesundheitsfürsorge <input type="checkbox"/> Behördenangelegenheiten <input type="checkbox"/> Einwilligungsvorbehalt Abweichende Aufgaben: <input type="text"/>	
2. Bisherige und aktuelle Unterstützungsleistungen / Situation	
Welche Hilfen / Leistungen wurden in den letzten 12 Monaten in Anspruch genommen? <input type="text"/>	
Die Abstimmung erfolgte (ggf. mehrfach ankreuzen): <input type="checkbox"/> schriftlich <input type="checkbox"/> mündlich <input type="checkbox"/> in Gesamtkonferenzen Häufigkeit der einrichtungs-/dienstübergreifenden Abstimmung, Stichworte zu Absprachen: <input type="text"/>	
Wurden konkrete Abstimmungen / Absprachen getroffen (Wer war beteiligt)? <input type="text"/>	
Gab es bisher eine koordinierende Person für die Teilhabepanung? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, folgende Stelle / Person: <input type="text"/>	
Vorrangige Beeinträchtigung: <input type="checkbox"/> körperlich <input type="checkbox"/> geistig <input type="checkbox"/> psychisch <input type="checkbox"/> Sinne <input type="checkbox"/> Abhängigkeit Begleitende Beeinträchtigungen: <input type="checkbox"/> körperlich <input type="checkbox"/> geistig <input type="checkbox"/> psychisch <input type="checkbox"/> Sinne <input type="checkbox"/> Abhängigkeit	
<input type="checkbox"/> GdB vorhanden, Grad: <input type="text"/> Merkzeichen: <input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> Leistungen nach SGB XI Pflegegrad <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Leistungen nach SGB V <input type="checkbox"/> Leistungen nach SGB VIII <input type="checkbox"/> Leistungen nach SGB II <input type="checkbox"/> Leistungen nach SGB XII	
ggf. Erläuterungen, z.B. Sinnesbeeinträchtigung / ICD / DSM IV: <input type="text"/>	

ITP Brandenburg / 2018 c

Bitte Zusatzblatt benutzen, falls mehr Platz benötigt wird.

Was unternahm die Landeshauptstadt Potsdam?

- 2011 Gründung PR Mensch - Potsdamer Ring für Menschen mit Behinderungen
- AG ABW, Rahmenvertrag ambulant betreutes Wohnen in Potsdam
- gemeinsamer Austausch
- Einbeziehung Klient und Interessenvertreter
- Akzeptanz und Wertschätzung

Potsdamer Ergebnisse

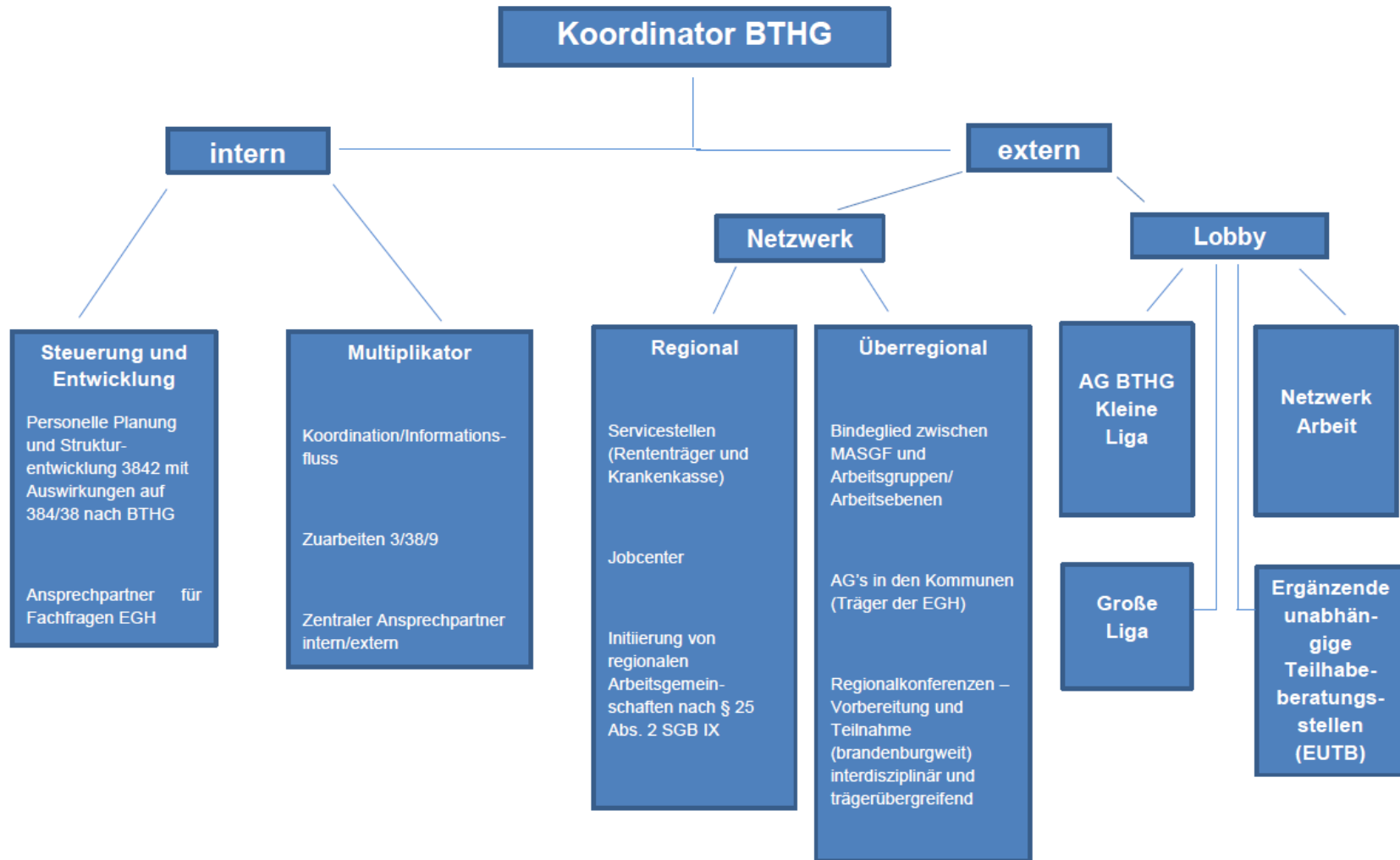
Kurzleitfaden zur Hilfebedarfserfassung im ABW/AuW für seelisch behinderte Menschen

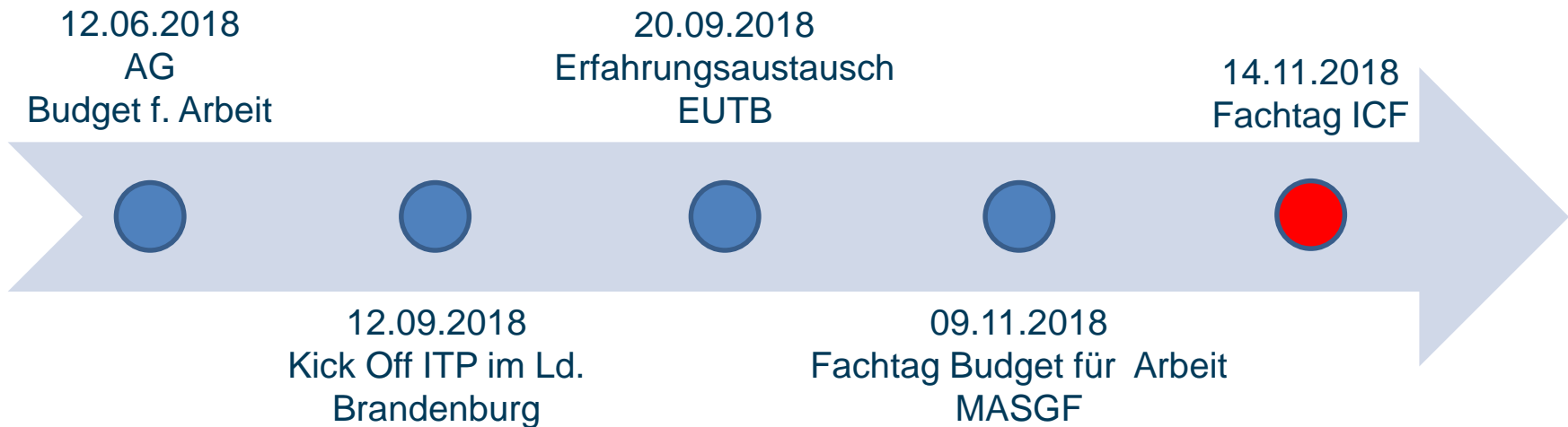
Logo der Einrichtung			
Klient Name, Vorname	Mitarbeiter Name, Vorname	Erstkontakt	Beginn der Leistung

Hilfebedarf ABW									
Lebensbereich	Pflege	Form der Hilfe - HB				Min /Woche			
		A	B	C	D	A	B	C	D
Alltägliche Lebensführung		0				0			
1. Einkaufen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Zubereitung von Zwischenmahlzeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Zubereitung von Hauptmahlzeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Wäschepflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Ordnung im eigenen Bereich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Geld verwalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Regeln von finanz. u. (sozial-)rechtl. Angelegenheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Individuelle Basisversorgung		0				0			
8. Ernährung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Körperpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. persönliche Hygiene/Toilettenbenutzung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Aufstehen /zu Bett gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Baden/ Duschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Anziehen /Ausziehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gestaltung sozialer Beziehungen		0				0			
14. im unmittelbaren Nahbereich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. zu Angehörigen / Herkunftsfamilie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. zu rechtl. Betreuer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. in Freundschaften	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Partnerschaft und eigene Kinder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Teilnahme am kulturellen und gesell. Leben		0				0			
19. Gestaltung freier Zeit/Eigenbeschäftigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Teilnahme an Angeboten/ Veranstaltungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Begegnung mit soz. Gruppen/fremden Personen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Erschließen außerhäuslicher Lebensbereiche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Entwickeln v. Zukunftsperspektiven, Lebensplanung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kommunikation		0				0			
24. Kompensation von Sinnesbeeinträchtigungen und K...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Zeitliche Orientierung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. räumliche Orientierung in vertrauter Umgebung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. räumliche Orientierung in fremder Umgebung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Emotionale und psychische Entwicklung		0				0			
28. Bewältigung von Angst, Unruhe, Spannungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Bewältigung von Antriebsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Bewältigung paranoider oder affektiver Symptomatik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Umgang mit und Abbau von erheblich selbst- und fremdgefährdenden Verhaltensweisen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesundheitsförderung und -erhaltung		0				0			
32. Ausführen ärztlicher oder therapeutischer Verordnungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Kooperation mit Ärzten, Therap., Pfleged., Beratungsinst.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Spezielle pflegerische Erfordernisse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Beobachtung/Überwachung d.Gesundheitszustandes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Gesundheitsfördernder Lebensstil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
besondere soziale Härte		0				0			
Gesamt - Punkte bzw. Minuten / Woche		0				0			
empfohlene FLSt / Woche:									
Schwerpunkte:									
Überprüfung:									

Was unternimmt die Landeshauptstadt Potsdam?

- Evaluierung Aufgabengliederung im Fachbereich
- Mitarbeiterschulungen
- Koordinator BTHG
 - Informationsbündelung
 - fachliche Begleitung/Umsetzungsstrategien
 - interdisziplinäres Netzwerk
 - gemeinsame Standards finden und umsetzen
 - gemeinsames Handeln und „Sprache“
 - Austausch unter den Kommunen
- Öffentlichkeitsarbeit





Monatliche Treffen Kleine Liga/Stadtverwaltung
Austausch PSAG
Kommunen/LASV/MASGF

Arbeitsgemeinschaft BTHG



- Neue Herausforderungen
- Informationslagen und verschiedene AG`s
- Einbeziehung von Menschen mit Behinderungen

- Umsetzungssteuerung - *Wer, wann und wie*
- ITP /ICF gemeinsame Workshops
- Praktiker - Austausch untereinander – *Praxis Au Pair*
- Steuerungsgruppe Hilfebedarf

Fachtag ICF – Umbruch im Hilfesystem für Menschen mit Behinderung am 14.11.2018

www.potsdam.de/kategorie/gesundheit-soziales



2019- Wie weiter ?

- Netzwerk Arbeit/AG Budget für Arbeit
- Austausch EUTB
- Austausch Teilhabeplan/Reha-Träger

- Weitere Info-Tage 2019
- Betreuer, Angehörige, Betroffene
Auflösung Komplexleistungen - Was ändert sich?
- *Budget für Arbeit – Chancen/Risiken*

- Vernetzung - Einbeziehung weiterer Kommunen

Ziel

Gemeinsame Sprache und Haltung



Vielen Dank
für die Aufmerksamkeit.