

Teilhabeprüfung und Bedarfsermittlung bei Schulbegleitungen

Teilhabeprüfung und Bedarfsermittlung in der Eingliederungshilfe gemäß § 35a SGB VIII bei Schulbegleitungen im Fachdienst 35a/ FB Jugend der Region Hannover



Abweichung der seelischen Gesundheit

Voraussetzung für die Prüfung der Teilhabebeeinträchtigung ist das Vorliegen der Abweichung der seelischen Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate vom alterstypischen Zustand gemäß den Vorgaben des § 35a SGB VIII

Zu beachten: aktuelle IQ Testung und evt. Entwicklungsverzögerungen hinsichtlich Abgrenzung zum SGB XII (Mehrfachbehinderungen)

Teilhabeprüfung/ Kausalitätsprüfung

- **THP nach der ICF/ Diagnosebogen aus den „Handreichungen zum 35a“** erstellt im Rahmen der integrierten Berichtersattung (IBN)
- **entlang von vier Kategorien:**
 - **Interaktion/Beziehungsqualität/ Kommunikation**
 - **Integration/ Stellung in Familie, Schule, Peergroup, Verein Freizeit**
 - **Selbstfürsorge/Alltagsbewältigung**
 - **Lernen und Leistung**
- **aus der Sicht des jungen Menschen, der Eltern und nach Einschätzung der Fachkraft**
- **im persönlichen Gespräch mit Familie und Kind/ Jugendlichenem**
- **anschließende Kausalitätsprüfung**



Bedarfsermittlung bei Schulbegleitungen

- **Unter Einbeziehung:**
 - **Schulbericht der Schule ***
 - **Elternfragebogen Schulbegleitung ***
 - **Sonderpädagogischer Unterstützungsbedarf (falls vorhanden)**
 - **Zeugnisse**
 - **Ergebnisse vorheriger Teilhabeprüfung**

- **Unterstützend: kollegiale Beratung**

- **Beachtung weiterer Bedarfe in eigener Zuständigkeit**

* aus: „Handreichungen zum 35a “ erstellt im Rahmen der integrierten Berichtersattung (IBN)



Bewilligungen Schulbegleitung

- **Für das jeweilige Schuljahr**
- **inkl. eintägiger Schulveranstaltungen und mehrtägiger Klassenfahrten**
- **auch für schulische Nachmittagsangebote**
- **bei festgestelltem Bedarf mit Schulwegbegleitung**
- **in Einzelfällen, z.B. bei Autismus, bereits zur Einschulung**
- **Weitergewährung auf der Grundlage Schulbericht, Bericht der Schulbegleitung und Aktenlage**



Entwicklung geleisteter Schulbegleitungen 2014 - 2018

2014	2015	2016	2017	2018
180	232	261	329	377

Team 51.22/ Eingliederungshilfe für seelisch behinderte
Kinder und Jugendliche gemäß § 35a SGB VIII

**Vielen Dank
für Ihre
Aufmerksamkeit!**



Weiter mit den Fachteams

Sozialmedizin und Teilhabeplanung 1 und 2....

Teilhabeprüfung und Bedarfsermittlung bei Schulbegleitungen

Teilhabeprüfung und Bedarfsermittlung in der Eingliederungshilfe gemäß SGB XII bei Schulbegleitungen im Fachteam Sozialmedizin und Teilhabeplanung der Region Hannover

Aufgabenbereiche der Fachteams Sozialmedizin und Teilhabeplanung

- **Im Rahmen der EGH für alle Altersgruppen (Kinder, Jugendliche, Erwachsene) für alle Leistungen**
- **enge Kooperation mit Leistungsteams der EHG (Verwaltung)**

Zuständigkeit für:

- **Beratung**
- **Begutachtung**
- **Bedarfsermittlung / Teilhabeplanung (B.E.Ni)**



Aufgabenbereiche der Fachteams Sozialmedizin und Teilhabeplanung

- **Im Rahmen der EGH für alle Altersgruppen (Kinder, Jugendliche, Erwachsene) für alle Leistungen**
- **enge Kooperation mit Leistungsteams der EHG (Verwaltung)**

Zuständigkeit für:

- **Beratung**
- **Begutachtung**
- **Bedarfsermittlung / Teilhabeplanung (B.E.Ni)**

Teilhabeplanung – Schulassistenz – aus der Praxis

- **Antrag**
- **Prüfung der Teilhabebeeinträchtigung:
Untersuchung/ Diagnose ICD-10 / ICF**
- **Feststellung des Personenkreises**
- **Bedarfsermittlung (B.E.Ni) / Hospitation**
- **Schulbericht / Stundenplan der Schule**

Teilhabeplanung – Schulassistentz – aus der Praxis

- Bedarfsermittlung / Hospitation
- Bedarfsermittlungsinstrument: B.E.Ni
(Berücksichtigung der 9 Lebensbereiche der ICF)

Beeinträchtigung, Aktivität und Teilhabe B.E.Ni

F 2 Bogen B

Name, Vorname: **Mustermann, Kind** Geburtsdatum: **01.01.2009** Az. _____

Erste Bedarfsermittlung Fortschreibung

erfasst am: 14.05.2019 von **Region Hannover, OE 50.09, M.Schober**

Teil I - Beeinträchtigungen

1. **Gesundheitliche Situation - aktuelle Diagnosen (ICD-Schlüssel)**

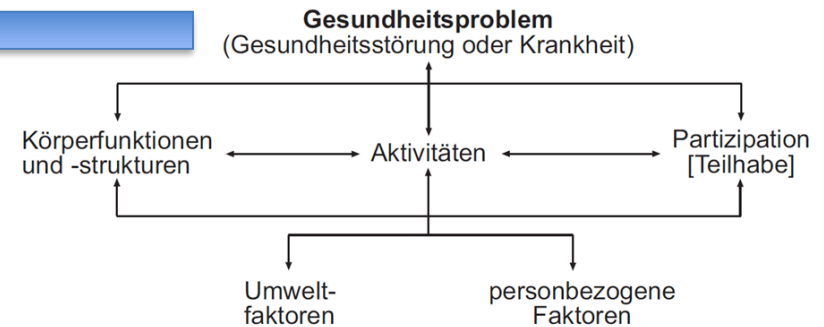
Bezeichnung / Beschreibung	ICD-Code	festgestellt durch Befundbericht/ Stellungnahme/Gutachten u.a. von	am

2. **Hinweise zu Körperstrukturen und -funktionen**

Welche Beeinträchtigungen liegen im Bereich der Körperstrukturen und -funktionen vor?	festgestellt durch Befundbericht/ Stellungnahme/Gutachten u.a. von	am

Aktuelle Medikation: _____

Abbildung 1: Wechselwirkungen zwischen den Komponenten der ICF



Teilhabeplanung – Schulassistent – aus der Praxis

- **Gesamtplankonferenz (alle Beteiligten an einem Tisch)**
- **Eine Beteiligung der Leistungserbringer am Gesamtplanverfahren ist nicht vorgesehen, jedoch können Mitarbeiter des Leistungserbringers auf Wunsch des Leistungsberechtigten als Vertrauensperson beteiligt werden.**
- **Erstellung einer Teilhabezielvereinbarung (Förder- und Erhaltungsziele)**

Zielplanung

B.E.Ni

F 2 Bogen C

Name, Vorname <u>Mustermann, Kind</u>		Geburtsdatum: <u>01.01.2009</u>		Az. <u> </u>
<input checked="" type="checkbox"/> Erste Zielplanung <input type="checkbox"/> Fortschreibung zusammengefasst am: <u>14.05.2019</u>		von <u>Mona Carolin Schöber</u>		
Leitziel <u> </u>				
Lebensbereich das Ziel betrifft folgende(n) Lebensbereich(e) (Ziffer(n) angeben): LB Ziffer(n)	Rahmen-/ Ergebnisziel(e) (S.M.A.R.T formulieren)	Wie wichtig ist das Ziel? Bedeutungsgrad wenig → sehrwichtig	Anmerkungen	
LB Ziffer(n) <u> </u>	<input type="checkbox"/> Entwicklungs-/Veränderungsziel <input type="checkbox"/> Erhaltungs-/Stabilisierungsziel	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<u> </u>	
LB Ziffer(n) <u> </u>	<input type="checkbox"/> Entwicklungs-/Veränderungsziel <input type="checkbox"/> Erhaltungs-/Stabilisierungsziel	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<u> </u>	
LB Ziffer(n) <u> </u>			<u> </u>	



Teilhabeplanung – Schulassistenz – aus der Praxis

➤ **B.E.Ni** wird anschließend an die Verwaltung weitergeleitet mit Informationen zum festgestellten Bedarf sowie über Ziel, Art und Umfang der Leistungen. Das zuständige Leistungsteam erlässt den Verwaltungsakt über die Leistungen.

Bogen D - Ergebnis – Empfehlung F 2 Bogen D

Name, Vorname, Nachname, KINR		Geburtsdatum: 01.01.2009		Az.																																											
Im Rahmen der Bedarfsermittlung vom 04.03.2019 wird folgendes im Ergebnis empfohlen:																																															
<input type="checkbox"/> Kein Leistungsantrag aufgrund der Bedarfsermittlung <input type="checkbox"/> Antrag wurde zurückgenommen am <input type="text"/>																																															
<input checked="" type="checkbox"/> Es besteht ein Hilfsbedarf der den folgenden Leistungsgruppen nach § 3 SGB XII zugeordnet werden kann: <input type="checkbox"/> Leistungen zur medizinischen Rehabilitation																																															
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Bedarf / Ziel (aus Bogen B und Bogen C)</th> <th>Leistungen (mögliche Anspruchsgrundlagen)</th> <th>Leistungsform</th> <th>LBGr oder bei ambulanten Leistungen: FLS ggf. Qualifikation des Personals</th> <th>Mögliche Leistungsträger</th> </tr> <tr> <th>Bogen B – Lebensbereich</th> <th>Bogen C – Fd. Nr.</th> <th></th> <th></th> <th></th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2</td> <td><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2</td> <td></td> <td>bitte auswählen</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Träger der Sozialhilfe / der Träger der Eingliederungshilfe <input type="checkbox"/> andere (r.) Träger, und zwar <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4</td> <td><input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6</td> <td><input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8</td> <td><input type="checkbox"/> 7</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 9</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>						Bedarf / Ziel (aus Bogen B und Bogen C)		Leistungen (mögliche Anspruchsgrundlagen)	Leistungsform	LBGr oder bei ambulanten Leistungen: FLS ggf. Qualifikation des Personals	Mögliche Leistungsträger	Bogen B – Lebensbereich	Bogen C – Fd. Nr.					<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2		bitte auswählen		<input type="checkbox"/> Träger der Sozialhilfe / der Träger der Eingliederungshilfe <input type="checkbox"/> andere (r.) Träger, und zwar <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4					<input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6					<input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 7					<input type="checkbox"/> 9					
Bedarf / Ziel (aus Bogen B und Bogen C)		Leistungen (mögliche Anspruchsgrundlagen)	Leistungsform	LBGr oder bei ambulanten Leistungen: FLS ggf. Qualifikation des Personals	Mögliche Leistungsträger																																										
Bogen B – Lebensbereich	Bogen C – Fd. Nr.																																														
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2		bitte auswählen		<input type="checkbox"/> Träger der Sozialhilfe / der Träger der Eingliederungshilfe <input type="checkbox"/> andere (r.) Träger, und zwar <input type="text"/>																																										
<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4																																														
<input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6																																														
<input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 7																																														
<input type="checkbox"/> 9																																															
<input type="checkbox"/> Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben																																															
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Bedarf / Ziel (aus Bogen B und Bogen C)</th> <th>Leistungen (mögliche Anspruchsgrundlagen)</th> <th>Leistungsform</th> <th>LBGr oder bei ambulanten Leistungen: FLS ggf. Qualifikation des Personals</th> <th>Mögliche Leistungsträger</th> </tr> <tr> <th>Bogen B – Lebensbereich</th> <th>Bogen C – Fd. Nr.</th> <th></th> <th></th> <th></th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2</td> <td><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2</td> <td></td> <td>bitte auswählen</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Träger der Sozialhilfe / der Träger der Eingliederungshilfe <input type="checkbox"/> andere (r.) Träger, und zwar <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4</td> <td><input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6</td> <td><input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8</td> <td><input type="checkbox"/> 7</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 9</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>						Bedarf / Ziel (aus Bogen B und Bogen C)		Leistungen (mögliche Anspruchsgrundlagen)	Leistungsform	LBGr oder bei ambulanten Leistungen: FLS ggf. Qualifikation des Personals	Mögliche Leistungsträger	Bogen B – Lebensbereich	Bogen C – Fd. Nr.					<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2		bitte auswählen		<input type="checkbox"/> Träger der Sozialhilfe / der Träger der Eingliederungshilfe <input type="checkbox"/> andere (r.) Träger, und zwar <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4					<input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6					<input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 7					<input type="checkbox"/> 9					
Bedarf / Ziel (aus Bogen B und Bogen C)		Leistungen (mögliche Anspruchsgrundlagen)	Leistungsform	LBGr oder bei ambulanten Leistungen: FLS ggf. Qualifikation des Personals	Mögliche Leistungsträger																																										
Bogen B – Lebensbereich	Bogen C – Fd. Nr.																																														
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2		bitte auswählen		<input type="checkbox"/> Träger der Sozialhilfe / der Träger der Eingliederungshilfe <input type="checkbox"/> andere (r.) Träger, und zwar <input type="text"/>																																										
<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4																																														
<input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6																																														
<input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 7																																														
<input type="checkbox"/> 9																																															
<input type="checkbox"/> Unterhaltschemie und andere ergänzende Leistungen																																															
Leistungsträger	Antragdatum	Beschreibung	Anspruchsgrundlage	Bewilligungszeitraum von bis																																											
<input type="checkbox"/> Hilfen zur Teilhabe an Bildung <input type="checkbox"/> Bis 31.12.2019 für den Träger der Sozialhilfe – Leistungen nach § 54 Abs. 1 Nr. 1 u. 2 SGB XII																																															
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Bedarf / Ziel (aus Bogen B und Bogen C)</th> <th>Leistungen (mögliche Anspruchsgrundlagen)</th> <th>Leistungsform</th> <th>LBGr oder bei ambulanten Leistungen: FLS ggf. Qualifikation des Personals</th> <th>Mögliche Leistungsträger</th> </tr> <tr> <th>Bogen B – Lebensbereich</th> <th>Bogen C – Fd. Nr.</th> <th></th> <th></th> <th></th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> 1 <input checked="" type="checkbox"/> 2</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> 1 <input checked="" type="checkbox"/> 2</td> <td>Schulassistenz</td> <td>ambulant</td> <td>qual. Sachkraft</td> <td><input type="checkbox"/> Träger der Sozialhilfe / der Träger der Eingliederungshilfe <input type="checkbox"/> andere (r.) Träger, und zwar <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4</td> <td><input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6</td> <td><input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 7 <input checked="" type="checkbox"/> 8</td> <td><input type="checkbox"/> 7</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 9</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>						Bedarf / Ziel (aus Bogen B und Bogen C)		Leistungen (mögliche Anspruchsgrundlagen)	Leistungsform	LBGr oder bei ambulanten Leistungen: FLS ggf. Qualifikation des Personals	Mögliche Leistungsträger	Bogen B – Lebensbereich	Bogen C – Fd. Nr.					<input checked="" type="checkbox"/> 1 <input checked="" type="checkbox"/> 2	<input checked="" type="checkbox"/> 1 <input checked="" type="checkbox"/> 2	Schulassistenz	ambulant	qual. Sachkraft	<input type="checkbox"/> Träger der Sozialhilfe / der Träger der Eingliederungshilfe <input type="checkbox"/> andere (r.) Träger, und zwar <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4					<input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6					<input type="checkbox"/> 7 <input checked="" type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 7					<input type="checkbox"/> 9					
Bedarf / Ziel (aus Bogen B und Bogen C)		Leistungen (mögliche Anspruchsgrundlagen)	Leistungsform	LBGr oder bei ambulanten Leistungen: FLS ggf. Qualifikation des Personals	Mögliche Leistungsträger																																										
Bogen B – Lebensbereich	Bogen C – Fd. Nr.																																														
<input checked="" type="checkbox"/> 1 <input checked="" type="checkbox"/> 2	<input checked="" type="checkbox"/> 1 <input checked="" type="checkbox"/> 2	Schulassistenz	ambulant	qual. Sachkraft	<input type="checkbox"/> Träger der Sozialhilfe / der Träger der Eingliederungshilfe <input type="checkbox"/> andere (r.) Träger, und zwar <input type="text"/>																																										
<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4																																														
<input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6																																														
<input type="checkbox"/> 7 <input checked="" type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 7																																														
<input type="checkbox"/> 9																																															
<input type="checkbox"/> Leistungen zur sozialen Teilhabe <input type="checkbox"/> Bis 31.12.2019 für den Träger der Sozialhilfe – Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft																																															
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Bedarf / Ziel</th> <th>Leistungen</th> <th>Leistungsform</th> <th>LBGr oder bei</th> <th>Mögliche Leistungsträger</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>						Bedarf / Ziel	Leistungen	Leistungsform	LBGr oder bei	Mögliche Leistungsträger																																					
Bedarf / Ziel	Leistungen	Leistungsform	LBGr oder bei	Mögliche Leistungsträger																																											



Teilhabeplanung – Schulassistenz – aus der Praxis

Instrumente gewährleisten

- **eine individuelle und funktionsbezogene Bedarfsermittlung und sichern die Dokumentation und Nachprüfbarkeit der Bedarfsermittlung,**

indem sie insbesondere erfassen:

- **1. ob eine Behinderung vorliegt oder einzutreten droht,**
- **2. welche Auswirkung die Behinderung auf die Teilhabe der Leistungsberechtigten hat,**
- **3. welche Ziele mit Leistungen zur Teilhabe erreicht werden sollen und**
- **4. welche Leistungen im Rahmen einer Prognose zur Erreichung der Ziele voraussichtlich erfolgreich sind.**

Teilhabeprüfung und Bedarfsermittlung bei Schulbegleitungen

**Vielen Dank
für Ihre
Aufmerksamkeit 😊**