

Münster, 24.11.2009

Der Behinderungsbegriff
nach SGB IX und SGB XII und
die Umsetzung in der Sozialhilfe

Orientierungshilfe

für die Feststellungen der Träger der Sozialhilfe
zur Ermittlung der Leistungsvoraussetzungen
nach dem SGB XII i. V. m. der
Eingliederungshilfe-Verordnung (EHVO)

Inhaltsverzeichnis

	Seite:
1. Einleitung	3
2. Behinderungsbegriff im Sozialrecht	4
3. Leistungsberechtigter Personenkreis nach dem SGB XII	4
3.1 Personenkreise, die Kraft geltenden Rechts als wesentlich behindert gelten	5
3.2 Personenkreise, bei denen zur Feststellung einer wesentlichen Behinderung eine individuelle Entscheidung des Sozialhilfeträgers notwendig ist	6
3.3 Besonderheiten	6
3.4 Definition der drohenden wesentlichen Behinderung	6
3.5 Mehrfachbehinderung und Schwerstbehinderung	6
4 Instrumente und Verfahren zur individuellen Feststellung einer wesentlichen Behinderung	7
4.1 Vorbemerkungen	7
4.2 Beschreibung der gesundheitlichen Situation	7
4.3 Aktivität und Teilhabe (ICF)	7
5. Feststellung der wesentlichen Behinderung bei den einzelnen Behinderungsarten	10
5.1 Definition: körperlich wesentlich behinderte Menschen	10
5.2 Definition: geistig wesentlich behinderte Menschen	13
5.3 Definition: seelisch behinderte Menschen	15
5.4 Autismus	17
5.5 Erworbene Hirnschädigungen	18
6. Maßregel- und Strafvollzug	18
7. Zuordnungsprobleme bei den einzelnen Leistungsbereichen	18

Anhänge:

1 Demenz	19
2 Epilepsie	21
3 HIV-Infektion (Aids)	23
4 Arbeitshilfe des Landschaftsverbandes Rheinland, Köln, zur Feststellung einer wesentlichen Behinderung	25

Hyperlinks:

1. Check-Liste Kinder (Baden Württemberg) <http://>
2. Checkliste ICF (Version 2.1a) <http://>
3. Empfehlung der DVfR zur ICF-Nutzung in der beruflichen Rehabilitation <http://www.dvfr.de/>

1. Einleitung¹

Seit dem Inkrafttreten des Bundessozialhilfegesetzes im Jahre 1961 war der Personenkreis, der Anspruch auf Leistungen der Eingliederungshilfe hat, in § 39 Abs. 1 BSHG weitgehend unverändert normiert. Danach hatten Personen, die nicht nur vorübergehend körperlich, geistig oder seelisch wesentlich behindert waren, einen Rechtsanspruch auf Leistungen der Eingliederungshilfe, Personen mit einer anderen körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung konnten sie gewährt werden.

Mit dem Inkrafttreten des SGB IX hat der Gesetzgeber den Behinderungsbegriff neu definiert, ohne den anspruchsberechtigten Personenkreis erweitern zu wollen. Er ist bewusst an den von der Weltgesundheitsorganisation entwickelten Behinderungsbegriff angeknüpft.² Damit einhergehend wurde § 39 BSHG mit einem Verweis auf § 2 SGB IX angepasst.

Der Behinderungsbegriff wurde in das am 01.01.2005 in Kraft getretene SGB XII, welches das BSHG ablöste, inhaltsgleich übernommen. Die Eingliederungshilfeverordnung (EHVO) konkretisiert in ihren Bestimmungen (§§ 1 bis 3), unter welchen Voraussetzungen wesentliche Behinderungen im körperlichen, geistigen oder seelischen Bereich vorliegen.

Die klassische Einteilung behinderter Menschen in drei Kategorien, nämlich in körperlich, geistig und seelisch behinderte Menschen führt in der Praxis häufig zu Problemen.

Neben den klassischen Behinderungsformen werden zunehmend motorische und mentale Beeinträchtigungen gutachterlich festgestellt, die oftmals in Kombination mit Sprachentwicklungsverzögerungen, Lernbehinderungen und Verhaltensauffälligkeiten auftreten. Jede dieser Feststellungen stellt für sich keine wesentliche Behinderung im Sinne des § 53 SGB XII dar. Die Gesamtheit der Beeinträchtigungen kann jedoch eine wesentliche Beeinträchtigung darstellen.

Eine klare Zuordnung zum anspruchsberechtigten Personenkreis und auch zur notwendigen und richtigen Hilfeleistung wird deshalb immer schwieriger.

Verbände kritisieren, dass bestimmte Personengruppen mit heute häufigen Diagnosen und Krankheitsbildern in der „veralteten Gesetzssystematik nicht abgebildet sind“³. Genannt wurden z.B. Menschen mit Autismus-Spektrum, Störungen mit Epilepsie-Syndromen oder erworbenen Hirnschädigungen.

Die Zuordnung zum anspruchsberechtigten Personenkreis sagt allerdings noch nichts darüber aus, dass auch Leistungen der Eingliederungshilfe erforderlich sind, ebenfalls nichts über die im Einzelfall notwendigen Hilfeformen und Hilfearten.

Ziel dieser Orientierungshilfe ist es, die tägliche Arbeit der mit der Umsetzung des SGB XII betrauten Mitarbeiter zu erleichtern und für eine einheitliche Entscheidungspraxis Hilfestellungen zu geben.

Auch sollen Verfahren und Instrumente benannt und beschrieben werden, deren Anwendung bei der Feststellung eines Anspruches auf Eingliederungshilfe hilfreich sein kann.

Durch diese Orientierungshilfe wird der Personenkreis der Leistungsberechtigten nicht erweitert, aber präzise beschrieben. Sie hilft damit, zu einer fachlich fundierten Entscheidung im Sinne der Bestimmungen des § 53 SGB XII i. V. m. § 2 SGB IX zu gelangen.

¹ Soweit Begriffe in der männlichen Form verwendet werden, sind sie gleichberechtigt in der weiblichen Form zu verstehen.

² s. Welti in Lachwitz/Schellhorn/Welti HK-SGB IX § 2 Rn. 18

³ Vortrag von Anneliese Lohs, BAG-WfbM anlässlich einer Fachtagung der BBVLH am 29.4.2005 in Lübeck

Dies setzt voraus, dass die für die Entscheidung zuständigen Mitarbeiter der Sozialhilfeträger alle hierfür erforderlichen Informationen (insbesondere Diagnosen, Gutachten, Berichte, Stellungnahmen) erhalten.

2. Behinderungsbegriff im Sozialrecht

Der Begriff der Behinderung findet sich in den Sozialgesetzen an verschiedenen Stellen wieder. Im Hinblick auf unterschiedliche Regelungszusammenhänge und unterschiedliche Sozialleistungen sowie fachspezifische Sichtweisen wird der Begriff der Behinderung nicht einheitlich verstanden und unterschiedlich verwendet.

So greift der Allgemeine Teil des Sozialgesetzbuchs als allgemeines Ziel in § 10 SGB I die Eingliederung behinderter Menschen auf und formuliert ein soziales Recht i.S. einer zur Besserung ihrer Situation notwendigen Hilfe, ohne dass hieraus unmittelbar Ansprüche abgeleitet werden können.

Der Begriff der Behinderung ist in § 2 Abs. 1 Satz 1 SGB IX gesetzlich definiert und gilt grundsätzlich für alle Bücher des Sozialgesetzbuches; es sei denn, der Behinderungsbegriff ist in einzelnen Büchern abweichend bestimmt. Danach sind Menschen behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als 6 Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist.

Ausgehend von einem zweigliedrigen Behinderungsbegriff (1. Abweichung vom alterstypischen Zustand und hierdurch bedingt 2. Beeinträchtigung der Teilhabe) grenzt die Vorschrift mit der Begriffsbestimmung zur Behinderung den Personenkreis ab, für den die Zielsetzungen und Regelungen der Rehabilitation und Teilhabe insgesamt von Bedeutung sind.

Satz 2 der Vorschrift beschreibt den Personenkreis derjenigen, die als von einer Behinderung bedroht anzusehen sind.

Das Sozialhilferecht knüpft an den Begriff der Behinderung i.S.d. § 2 Abs. 1 Satz 1 SGB IX an. § 53 Abs. 1 SGB XII in Verbindung mit der EHVO verweist insoweit auf den Behinderungsbegriff des § 2 SGB IX. Für die Eingliederungshilfe muss darüber hinaus das Merkmal der Wesentlichkeit vorliegen.

3. Leistungsberechtigter Personenkreis nach dem SGB XII

§ 53 Abs. 1 SGB XII bestimmt den leistungsberechtigten Personenkreis. Danach sind Personen leistungsberechtigt, wenn sie infolge einer gesundheitlichen Störung im Sinne von § 2 Abs. 1 Satz 1 SGB IX wesentlich in ihrer Fähigkeit, an der Gesellschaft teilzuhaben, eingeschränkt sind. Das gleiche gilt, wenn eine wesentliche Beeinträchtigung der Teilhabe einzutreten droht.

3.1 Personenkreise, die Kraft geltenden Rechts als wesentlich behindert gelten

Die EHVO⁴ konkretisiert dies

- für körperlich wesentlich behinderte Menschen (§ 1),
- für geistig wesentlich behinderte Menschen (§ 2) und
- für seelisch wesentlich behinderte Menschen (§ 3).

Die entsprechenden Bestimmungen unterscheiden sich dadurch, dass bestimmte Personenkreise kraft Gesetzes als wesentlich behindert gelten. Bei anderen Personenkreisen muss im Rahmen der Sachverhaltsermittlung die wesentliche Behinderung festgestellt werden.

⁴ Eingliederungshilfeverordnung i. d. F. v. 1. 2. 1975 (BGBl. I S. 433), zuletzt geändert durch Artikel 16 des Gesetzes vom 19. 6. 2001 (BGBl. I S. 1046)

Darüber hinaus **können** nach § 53 Abs. 1 Satz 2 SGB XII Personen mit einer **anderen** körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung Leistungen der Eingliederungshilfe erhalten.

Kraft geltenden Rechts gelten nach der EHVO als wesentlich behindert folgende Personen:

- blinde und sehbehinderte Menschen bei Vorliegen der in § 1 Satz 1 Nr. 4 genannten Voraussetzungen,
- Menschen, bei denen Gehörlosigkeit festgestellt ist oder Menschen, denen eine sprachliche Verständigung über das Gehör nur mit Hörhilfen möglich ist,
- Personen, die nicht sprechen können,
- seelentaube Menschen,
- hörstumme Menschen.

3.2 **Personenkreise, bei denen zur Feststellung einer wesentlichen Behinderung eine individuelle Prüfung des Sozialhilfeträgers notwendig ist**

Die EHVO verwendet hierfür unbestimmte Rechtsbegriffe. Anhand dieser haben die Sozialhilfeträger das Vorliegen einer wesentlichen Behinderung festzustellen. Der Beurteilungsmaßstab unterliegt der vollen gerichtlichen Nachprüfung.

Hierunter fallen:

1. bei **körperlich wesentlich behinderten** Menschen:

- Personen, deren Bewegungsfähigkeit durch eine Beeinträchtigung des Stütz- oder Bewegungssystems in **erheblichem Umfang** eingeschränkt ist,
- Personen mit **erheblichen** Spaltbildungen des Gesichtes oder des Rumpfes oder mit **abstoßend wirkenden** Entstellungen vor allem des Gesichtes,
- Personen, deren körperliches Leistungsvermögen infolge Erkrankung, Schädigung oder Fehlfunktion eines inneren Organs oder der Haut in **erheblichem Umfang** eingeschränkt ist,
- Personen mit **erheblichen** Stimmstörungen sowie Personen, die **stark** stammeln, **stark** stottern oder deren Sprache **stark** unartikulierte ist.

2. bei **geistig wesentlich behinderten** Menschen:

Geistig wesentlich behindert sind Personen dann, wenn sie infolge einer **Schwäche ihrer geistigen Kräfte** in **erheblichem Umfang** in ihrer Fähigkeit zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft eingeschränkt sind.

3. bei **seelisch wesentlich behinderten** Menschen:

Gruppen von seelischen Störungen, die zu einer wesentlichen Behinderung führen **können**, sind:

- körperlich nicht begründbare Psychosen,
- seelische Störungen als Folge von Krankheiten oder Verletzungen des Gehirns, von Anfallsleiden oder von anderen Krankheiten oder körperlichen Beeinträchtigungen,
- Suchtkrankheiten,
- Neurosen und Persönlichkeitsstörungen.

Nach dieser Bestimmung führt eine seelische Störung nur dann zur Feststellung einer wesentlichen seelischen Behinderung, wenn sie **eine wesentliche Einschränkung** der Teilhabefähigkeit im Sinne des § 53 Abs. 1 Satz 1 SGB XII zur Folge hat.

3.3 Besonderheiten

Zu den folgenden besonderen Problemlagen befinden sich Hinweise zur Zuordnung und Bewertung in folgenden Ziffern:

- Autismus Rn. 5.4,
- Demenz Anhang 1,
- Epilepsie Anhang 2,
- HIV-Infektion (AIDS): Anhang 3,
- Lernbehinderung Rn. 5.2.2,
- Erworbene Hirnschädigungen Rn. 5.5

3.4 Definition der drohenden wesentlichen Behinderung

Die Leistungsvoraussetzungen nach § 53 Abs. 2 SGB XII sind nur dann erfüllt, wenn eine wesentliche Behinderung nach fachlicher Erkenntnis mit hoher Wahrscheinlichkeit zu erwarten ist.

Eine allgemeine abstrakte Gefahrenlage oder eine theoretisch bestehende Möglichkeit genügt nicht⁵. Die Beschreibung muss immer auf die individuelle Wahrscheinlichkeit des Eintretens einer wesentlichen Behinderung abstellen. Ein bloßer Verweis auf eine allgemeine, statistisch belegbar hohe Wahrscheinlichkeit des Eintretens einer wesentlichen Behinderung genügt dem Individualisierungsprinzip des SGB XII nicht.

3.5 Mehrfachbehinderung und Schwerstbehinderung

Die in der Praxis gebräuchlichen Begriffe „Mehrfachbehinderung“ und „Schwerstbehinderung“ – mitunter auch „Schwerstmehrfachbehinderung“ – werden im SGB XII und der EHVO weder verwandt noch definiert. Damit stellen sie für sich keine Grundlage für die Feststellung einer wesentlichen Behinderung dar. Deshalb bedürfen sie der umfassenden Beschreibung sämtlicher Beeinträchtigungen und der daraus resultierenden Einschränkungen der Teilhabefähigkeit.

3.5.1 Mehrfachbehinderung

Der Begriff Mehrfachbehinderung wird von verschiedenen Disziplinen unterschiedlich verwendet. Im Rahmen der Eingliederungshilfe versteht man unter Mehrfachbehinderung das gleichzeitige Vorkommen mehrerer Behinderungstypen, z. B. das gemeinsame Vorliegen einer Körperbehinderung und einer geistigen Behinderung.

3.5.2 Schwerstbehinderung

Der Begriff Schwerstbehinderung will sprachlich verdeutlichen, dass eine besonders schwere Form der Behinderung vorliegt und dass ein besonders großer Hilfe- und Förderbedarf besteht. Analog wird auch der Begriff Schwerstmehrfachbehinderung verwendet, für den das gleiche gilt.

Der Begriff Schwerbehinderung wird hingegen in Deutschland nur für die rechtliche Anerkennung nach dem SGB IX benutzt. Als schwerbehindert gilt danach, wer einen Grad der Behinderung von mindestens 50 vom Hundert hat.

⁵ Urteil des BVerwG vom 26.11.1998 (Az.: 5 C 38.97), VGH Baden-Württemberg. Urteil vom 24.4.1996, FEVS 47, 309

4. Instrumente und Verfahren zur individuellen Feststellung einer wesentlichen Behinderung

4.1 Vorbemerkungen

Für die Entscheidung über das Vorliegen einer wesentlichen Behinderung und damit für die Zuordnung zum Personenkreis der wesentlich behinderten Menschen ist grundsätzlich die Kenntnis von medizinischen Befunden und Diagnosen und den daraus ggf. resultierenden Beeinträchtigungen der funktionalen Gesundheit, d.h.

- der Schädigungen der Körperfunktionen, also der Körperstrukturen einschließlich der mentalen Funktionen, sowie
- der Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe,
- der Kontextfaktoren sowie
- der personenbezogenen Faktoren

zwingend notwendig.

Bei der Entscheidung über das Vorliegen einer wesentlichen Behinderung kommt den konkreten Einschränkungen der Teilhabefähigkeit unter Berücksichtigung der im Einzelfall gegebenen Kontextfaktoren besondere Bedeutung zu.

Es handelt sich um eine gerichtlich in vollem Umfang überprüfbare Verwaltungsentscheidung.

4.2 Beschreibung der gesundheitlichen Situation

Wird im Einzelfall ein sozialmedizinisches Gutachten erforderlich, sind die wesentlichen Untersuchungsbefunde und die darauf basierenden Diagnosen zu beschreiben. Die Beschreibung von Diagnosen erfolgt auf der Basis der aktuellen medizinischen Klassifikation der Krankheiten. Angewendet werden soll hierzu die Internationale Klassifikation der Krankheiten (ICD-10) in der aktuellen Version.⁶ Es sollen dabei nicht nur die jeweiligen alphanumerischen Kodierungen, sondern auch die verbalen Krankheitsbezeichnungen dieser Klassifikationen aufgeführt werden.

4.3 Aktivität und Teilhabe (ICF)

Krankheitsdiagnosen und Krankheitssymptome beschreiben nicht das Ausmaß der Teilhabebeeinträchtigung die gegebenenfalls als Folge einer Krankheit oder eines gesundheitlichen Problems entstanden ist.

Zur näheren Bestimmung des Rehabilitationsbedarfs sind Angaben erforderlich, die eine Beschreibung der Einschränkungen der funktionalen Gesundheit ermöglichen. Hierfür ist die **Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF)** der WHO⁷ anwendbar.

Der Behinderungsbegriff der ICF ist allgemeiner und umfassender als der des SGB IX und XII. Wird der allgemeine Behinderungsbegriff der ICF verwandt, sollte besser von einer „Beeinträchtigung der funktionalen Gesundheit“ gesprochen werden.

⁶ I CD 10, Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme – 10. Revision, www.dimdi.de/de/klassi/diagnosen/icd10/
Im deutschen Gesundheitswesen wird eine spezielle Version verwendet, die regelmäßig revidiert wird, die sog. ICD-10-GM.

Derzeit liegt die Version 2008 vor: Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (Hrsg.): ICD-10-GM 2008. Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme. 10. Revision – German Modification. Deutscher Ärzte-Verlag. Köln. 2009

⁷ Nachdem die WHO bereits 2001 die ICF verabschiedet hatte, liegt mittlerweile eine amtliche deutschsprachige Fassung der ICF vor: Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (Hrsg.): ICF – Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. Köln 2006.

Die ICF ist ein Klassifikationssystem, das eine einheitliche Sprache und Systematik für die Beschreibung von Behinderung bietet. Sie ist selbst kein Instrument zur Ermittlung des Ausmaßes von Schädigungen und Beeinträchtigungen. Hierzu bedarf es geeigneter Assessment-Instrumente auf der Grundlage der ICF.

Die ICF ergänzt als Teil der von der WHO entwickelten „Familie“ von Klassifikationen die ICD. Für den Bereich der Rehabilitation ist sie ebenso wichtig wie die ICD. Die ICF kann nur angewandt werden, wenn eine Krankheit oder andere gesundheitliche Störung im Sinne der ICD vorliegt.

Grundbegriffe der ICF sind:

- Funktionsfähigkeit oder funktionale Gesundheit
- Körperfunktionen und Körperstrukturen sowie deren Schädigungen
- Aktivitäten und Partizipation (Teilhabe). bzw. deren Beeinträchtigung
- Kontextfaktoren (umwelt- und personbezogene Faktoren).

Behinderung ist nach der ICF ein Oberbegriff, der sowohl Schädigungen von Körperfunktionen und Körperstrukturen als auch Beeinträchtigungen von Aktivitäten und Partizipation (Teilhabe) umfassen kann.

Für die sozialhilferechtliche Bewertung sind insbesondere die Beeinträchtigungen der Teilhabe relevant.

Art und Ausmaß von Schädigungen von Körperfunktionen und Körperstrukturen, Beeinträchtigungen von Aktivitäten und Beeinträchtigungen von Teilhabe sind nicht allein von Art, Schwere und Verlauf der Krankheit abhängig, sondern auch von den sogenannten Kontextfaktoren.

Behinderung wird als negative Wechselwirkung zwischen einer Person mit einem Gesundheitsproblem und den Gegebenheiten ihrer materiellen, sozialen und verhaltensbezogenen Umwelt beschrieben.

Die **ICF** gliedert sich in Teilklassifikationen, die detaillierte Angaben zu Schädigungen, Funktionseinschränkungen und Behinderungen ermöglichen.

1. **Klassifikation der Körperfunktionen (b⁸)**

Körperfunktionen sind die physiologischen Funktionen von Körpersystemen einschließlich der psychologischen Funktionen.

2. **Klassifikation der Körperstrukturen (s)**

Körperstrukturen sind die anatomischen Teile des Körpers wie Organe, Gliedmaßen und ihre Bestandteile.

Schädigungen sind Beeinträchtigungen einer Körperfunktion oder -struktur, wie z.B. eine wesentliche Abweichung oder Verlust.

3. **Klassifikation von Aktivitäten und Teilhabe (d)**

Eine Aktivität bezeichnet die Durchführung einer Aufgabe oder Handlung (Aktion) durch einen Menschen.

Beeinträchtigungen der Aktivität sind demzufolge Schwierigkeiten, die ein Mensch bei der Durchführung einer Aktivität haben kann.

Teilhabe ist das Einbezogenensein in eine Lebenssituation. Beeinträchtigung der Teilhabe sind Probleme, die ein Mensch beim Einbezogenensein in eine Lebenssituation erlebt.

Diese Teilklassifikation besteht in ihren einzelnen Kapiteln aus sog. Lebensbereichen (d); sie ermöglicht Aussagen über das Aktivitätsniveau bzw. das Einbezogenensein einer Person in einzelne Lebensbereiche (s. hierzu Anhang 4).

⁸ die in Klammern gesetzten Buchstaben entsprechen den englischsprachigen Bezeichnungen der ICF

4. Klassifikation der Kontextfaktoren

4.1 Umweltfaktoren (e)

Neben der Beschreibung von Behinderungen ist mit der ICF auch die Abbildung von Ressourcen und Stärken einer Person mit einem gesundheitlichen Problem möglich. Mit der Klassifikation der Umweltfaktoren ist es möglich, Förderfaktoren und/oder Barrieren zu beschreiben. Umweltfaktoren bilden die materielle, soziale und einstellungsbezogene Umwelt ab, in der Menschen leben.

4.2 Personbezogene Faktoren

In der ICF sind derzeit personbezogene Faktoren nicht klassifiziert. Sie sind bei der Hilfeplanung zu berücksichtigen (z.B. Alter, Geschlecht, etc.)

Der Schwerpunkt der Umsetzung der ICF liegt derzeit auf der **Anwendung des bio-psycho-sozialen Modells und der Begrifflichkeiten der ICF**. Die ICF systematisiert rehabilitatives Denken und eröffnet insbesondere durch die Einbeziehung der Kontextfaktoren im Sinne von Barrieren und/oder Förderfaktoren die Möglichkeit für die notwendige Differenzierung im Einzelfall. Sie ermöglicht eine Beschreibung von Lebenslagen, die zugleich erste Hinweise für die Planung von Interventionen liefert. Auf dieser Grundlage ergeben sich neue Perspektiven für rehabilitatives Handeln. Die personenzentrierte Planung von Rehabilitationsprozessen, sowie die passgenaue Gestaltung und Entwicklung von Hilfen und Angeboten werden durch die Anwendung der ICF unterstützt. Zugleich bietet die ICF eine geeignete Grundlage für eine dynamische Betrachtung von rehabilitativen Leistungen und deren Wirksamkeit.

Für den Bereich der beruflichen Rehabilitation verweisen wir auf die entsprechende Empfehlung der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation (DVfR), die eine intensive Nutzung der ICF favorisiert. Die empfohlenen Vorschläge zur Nutzung der ICF bieten wichtige Ansatzpunkte⁹.

Zurzeit sind allerdings noch nicht genügend Instrumente zur Einschätzung und Bewertung einer individuellen Situation (Assessment-Instrumente) entsprechend der ICF vorhanden. Es sind aber schon verschiedene Schemata zur Beschreibung ggf. vorhandener Beeinträchtigungen von Aktivitäten und Teilhabe und der Kontextfaktoren erarbeitet worden.

Die vorliegende Orientierungshilfe empfiehlt – weil es noch kein umfassend gültiges Assessment-Verfahren auf der Grundlage des ICF gibt - kein spezielles Instrumentarium zur Begutachtung. Verbreitete Instrumentarien zur Bedarfsfeststellung und –planung sind z.B. HMB-W¹⁰, IBRP¹¹, IHP¹² ITP¹³. Diese orientieren sich an der ICF.

Verfahren sind dann geeignet, wenn sich hieraus die Frage des Vorliegens einer wesentlichen Beeinträchtigung der Teilhabe beantworten lässt¹⁴.

Zur Feststellung einer wesentlichen Behinderung ist eine Beschreibung von Aktivität und Teilhabe bzw. deren Beeinträchtigung zumindest in den Bereichen

⁹ <http://www.dvfr.de/>

¹⁰ Hilfebedarf von Menschen mit Behinderung – Wohnen – Dr. Heidrun Metzler, Forschungsstelle „Lebenswelten behinderter Menschen“ an der Eberhard-Karls-Universität Tübingen

¹¹ Integrierter Behandlungs- und Rehabilitationsplan der Aktion Psychisch Kranke

¹² Individueller Hilfeplan (Rheinland)

¹³ Integrierter Teilhabeplan (Hessen bzw. Rheinland-Pfalz)

¹⁴ vgl. Empfehlung DV 06/09 FA IV vom 19.6.2009

- Selbstversorgung, (Körperpflege, Toilettenbenutzung, An- und ausziehen, Essen und Trinken),
 - häusliches Leben/Haushaltsführung, (Einkaufen, Zubereitung von Mahlzeiten, Haushaltsführung, Ordnung halten einschl. Reinigung),
 - Mobilität (Bewegungsfähigkeit),
 - Orientierung (zur Person, zeitlich, örtlich, Verkehrssicherheit), Kommunikation (Hören, Sprechen, Schreiben, unterstützte Kommunikation),
 - Interpersonelle Interaktion und Beziehung (Sozialverhalten gegenüber vertrauten/fremden Personen/Gruppen)
- notwendig (Erläuterungen dieser Begriffe s. Anhang 4).

Zur Festlegung, inwieweit die Aktivität und Teilhabefähigkeit in den genannten Bereichen beeinträchtigt ist, können folgende qualitative Kategorien angewandt werden:

- Ausführung selbständig,
- Ausführung bei Nutzung von Hilfsmitteln,
- Ausführung mit personeller Hilfe/Unterstützung,
- Ausführung nicht möglich.

Wird im Einzelfall für eine Person in mehreren Bereichen personelle Unterstützung notwendig, kann in der Regel davon ausgegangen werden, dass diese Person als in ihrer Teilhabe wesentlich eingeschränkt anzusehen ist.

5. Feststellung der wesentlichen Behinderung bei den einzelnen Behinderungsarten¹⁵

5.1 Definition: körperlich wesentlich behinderte Menschen

Nach § 1 EHVO sind folgende Personen wesentlich körperlich behindert:

5.1.1 *Personen, deren Bewegungsfähigkeit durch eine Beeinträchtigung des Stütz- oder Bewegungssystems in erheblichem Umfange eingeschränkt ist*

Zu diesem Personenkreis gehören Menschen, deren Beweglichkeit und Fortbewegungsfähigkeit durch Verlust oder Fehlbildung von Gliedmaßen oder Gelenken, durch Störungen (z. B. Lähmungen) im Bereich der Stütz- und Bewegungsorgane infolge neurologischer Störungen/Erkrankungen, schweren oder fortschreitenden Muskelerkrankungen oder durch rheumatische Erkrankungen erheblich beeinträchtigt sind.

Ursachen hierfür können insbesondere sein:

- Spastische und schlaffe Lähmungen,
- Halbseitenlähmung/Hemiparese, (ICD-10, G 81),
- Querschnittslähmung/Paraparese (ICD-10, G 82),
- Beeinträchtigungen der Beweglichkeit ausschließlich der oberen Gliedmaßen (ICD-10, G 83)
- Lähmungserscheinungen oder Schwäche aller 4 Gliedmaßen/Tetraparese (ICD 10 82/ G 80),
- Progressive bzw. schwere Muskelerkrankungen (ICD-10, G 71-73),
- Chronische Polyarthritiden und andere chronische entzündlich-rheumatische Erkrankungen (ICD-10 , M 05-13),

¹⁵ die nachfolgend kursiv gestellten Texte entsprechen dem Wortlaut des Verordnungstextes

- Gliedmaßenfehlbildung (ICD-10G, Q 70-74), , z. B. Dismelie (ICD-10, Q 71),
- Multiple Sklerose in Abhängigkeit von der Ausprägung der Beeinträchtigungen (ICD-10, G 35),
- Folgen der Kinderlähmung in Abhängigkeit von der Ausprägung der Beeinträchtigungen (ICD-10, B 91),
- Ausgeprägte Skoliose (ICD-10, M 41)
- Bestimmte Erkrankungen des Knochens (z. B., Osteogenesis imperfecta); ICD-10, Q 78.0)

5.1.2 Personen mit erheblichen Spaltbildungen des Gesichts oder des Rumpfes oder mit abstoßend wirkenden Entstellungen vor allem des Gesichts

Hierzu gehören:

- Lippen-Kiefer-Gaumenspalte (ICD 10, Q 35-37),
(heute in der Regel frühzeitig operativ korrigiert),
- Spina bifida (ICD 10, Q 05).

5.1.3 Personen, deren körperliches Leistungsvermögen infolge Erkrankung, Schädigung oder Fehlfunktion eines inneren Organs oder der Haut in erheblichem Umfang eingeschränkt ist

Hierzu gehören:

- Asthma bronchiale (ICD 10 J 45),
Bei leichter bis mittelgradiger ständiger Einschränkung der Atemfunktion in der Regel bei Kindern und Jugendlichen, wenn Schulbesuch und Schulerfolg dadurch beeinträchtigt sind und eine angemessene und erforderliche Behandlung im häuslichen Umfeld nicht möglich ist.
- chronisch obstruktive Bronchitis/ ausgeprägtes Emphysem (ICD-10, J 42-44),
Hierbei liegt eine das gewöhnliche Maß übersteigende Atemnot bereits bei alltäglicher leichter Belastung wie Spazierengehen, Treppensteigen bis zu einem Stockwerk vor.
- Schwer einstellbarer Diabetes mellitus (ICD-10, E 10-14),
- Herzinsuffizienz (ICD-10, I 50),
mit Leistungsbeeinträchtigung bereits bei alltäglicher leichter Belastung (Spazierengehen, Treppensteigen bis zu einem Stockwerk, pathologische Messdaten bei einer Ergometerbelastung von 50 Watt für mindestens 2 Minuten),
- Niereninsuffizienz (ICD-10, N 18-19)
mit stärkerer Beeinträchtigung des Allgemeinbefindens und der körperlichen Leistungsfähigkeit, Dialysepflichtigkeit,
- dekompensierte Leberzirrhose (ICD-10, K 70, K 74),
(Ascites, portale Stauung, hepatische Enzephalopathie),
- Schwere generalisierte Gefäßerkrankung, arterielle Verschlusskrankheit (ICD-10, I 70) mit schmerzfreier Gehstrecke in der Ebene bis 100 m ein- oder beidseitig,
- Fortgeschrittene Tumorerkrankung mit Beeinträchtigung der körperlichen Leistungsfähigkeit bereits bei alltäglicher leichter Belastung,
- Schwere Epilepsie (s. Anhang 2)
- HIV- Erkrankung (ICD-10, B 20-24)
(siehe Anhang 3),
- Schwere generalisierte Hauterkrankung (z. B. Psoriasis, Neurodermitis), die bei Kindern im häuslichen Umfeld nicht adäquat zu behandeln sind,
- Sonstige schwere Erkrankungen, die zu einer wesentlichen Einschränkung der

körperlichen Leistungsfähigkeit nach Lage des Einzelfalles führen.

5.1.4 *Blinden oder solchen Sehbehinderten, bei denen mit Gläserkorrektion ohne besondere optische Hilfsmittel,*

- ***auf dem besseren Auge oder beidäugig im Nahbereich in einem Abstand von mindestens 30 cm oder im Fernbereich eine Sehschärfe von nicht mehr als 0,3 besteht,***
oder wenn,
- ***durch Buchstabe a) nicht erfasste Störungen der Sehfunktion von entsprechendem Schweregrad vorliegen.***

Dabei sind die Richtlinien der Deutschen Gesellschaft für Ophthalmologie (DOG) maßgebend, es ist immer ein augenärztliches Attest erforderlich. Eine Einschätzung allein durch Pädagogen, etwa an Schulen für Sehbehinderte, ist nicht ausreichend.

Blindheit im Sinne des Gesetzes besteht, wenn die Sehschärfe auf keinem Auge und auch bei beidäugiger Prüfung nicht mehr als 1/50 beträgt oder erhebliche Gesichtsfeldeinschränkungen von entsprechendem Schweregrad vorliegen.

Eine wesentliche Sehbehinderung liegt auch dann vor, wenn andere erhebliche Störungen der Sehfunktion von entsprechendem Schweregrad (z.B. Gesichtsfeldeinschränkung wie Stab- oder Röhrensichtigkeit) bestehen.

5.1.5 *Personen, die gehörlos sind oder denen eine sprachliche Verständigung über das Gehör nur mit Hörhilfen möglich ist*

Eine wesentliche Schwerhörigkeit liegt vor, wenn eine sprachliche Verständigung über das Gehör nur mit Hörhilfen (Hörgeräten) möglich ist.

Gehörlosigkeit liegt vor, wenn eine sprachliche Verständigung auch mit Hörhilfen (Hörgeräten) nicht möglich ist.

Der früher gebräuchliche Begriff „taubstumm“ beschreibt gehörlose Menschen mit fehlender akustischer Sprachäußerung. Sie gelten als hörbehindert, weil ihr mangelndes Sprechvermögen eine Folge der Gehörlosigkeit ist.

5.1.6 *Personen, die nicht sprechen können, Seelentaube und Hörstumme, Personen mit erheblichen Stimmstörungen sowie Personen, die stark stammeln, stark stottern oder deren Sprache stark unartikulierte ist*

Seelentaube sind Personen, bei denen das Hörorgan Töne aufnimmt, diese aber nicht in ihrer Bedeutung erkannt werden können (rezeptive Sprachstörung, zentrale Hörstörung).

Hörstumme sind Personen, die das gesprochene Wort hören und verstehen, aber nicht sprechen können (expressive Sprachstörung, motorische Aphasie).

Eine wesentliche Sprachbehinderung liegt dann vor, wenn Personen nicht sprechen können oder aber die Fähigkeit zu sprechen erheblich eingeschränkt ist, dies aber nicht durch eine geistige oder seelische Behinderung bedingt ist. Eine Sprachbehinderung in diesem Sinne liegt auch vor bei Personen, die stark stammeln, stark stottern oder deren Sprache stark unartikulierte ist. Stark ist eine Sprachbeeinträchtigung stets dann, wenn eine Verständigung mit Personen, die dem behinderten Menschen nicht vertraut sind, kaum möglich ist.

Bei Kindern mit Sprachentwicklungsverzögerungen oder Sprachentwicklungsstörungen liegt dann eine wesentliche körperliche Behinderung vor, wenn deren verbale Kommunikationsfähigkeit in Bezug zur Altersnorm in erheblichem Umfang eingeschränkt ist, auch wenn dem eine rezeptive Sprachstörung zugrunde liegt.

Davon zu unterscheiden sind Sprachprobleme, die aufgrund des kulturellen Hintergrundes dann auftreten, wenn Kinder mit Migrationshintergrund in ihrer Heimatsprache erzogen werden und deshalb die deutsche Sprache nicht oder nur ungenügend beherrschen. In diesem Fall kann nur dann eine Sprachbehinderung angenommen werden, wenn auch der Spracherwerb in der Muttersprache wesentlich beeinträchtigt ist und nicht der Altersnorm und den kognitiven Fähigkeiten des Kindes entspricht.

Bei Kindern mit Sprachentwicklungsverzögerungen sollen grundsätzlich immer die sonstige Entwicklung und die kognitiven Fähigkeiten beurteilt werden, um allgemeine Entwicklungsverzögerungen anderer Ursache von umschriebenen Sprachentwicklungsverzögerungen abgrenzen zu können.

Zum Ausschluss einer Schwerhörigkeit als Ursache einer Sprachentwicklungsverzögerung ist immer eine HNO-ärztliche Untersuchung erforderlich. Eine Untersuchung allein durch Sonderpädagogen, etwa an Schulen für Hör- und Sprachbehinderte, ist nicht ausreichend.

Personen, die stark stottern, gelten als wesentlich körperlich behindert, auch wenn die Ursachen des Stotterns psychische Probleme oder Störungen sein können.

Der heute häufig angewandte diagnostische Begriff „Zentral auditive Wahrnehmungs- und Verarbeitungsstörung“ umschreibt ein Störungsbild, das einen breiten Überschneidungsbereich mit dem Störungsbild der „Rezeptiven Sprachstörung“ (ICD-10 F 80.2) hat. Dieser Begriff, erklärt aber in der Regel nicht, welche konkreten Probleme bei einem betroffenen Kind vorliegen.

Zur Diagnose einer „zentralen auditiven Wahrnehmungsstörung“ ist grundsätzlich eine umfangreiche pädaudiologische Untersuchung durch einen Facharzt erforderlich. Empfohlen wird, soweit vorhanden, die Stellungnahme eines Landesarztes für Hör- und Sprachbehinderte einzuholen.

5.2 Definition: geistig wesentlich behinderte Menschen

Nach § 2 EHVO sind folgende Personen wesentlich geistig behindert:

Geistig wesentlich behindert im Sinne des § 53 Abs. 1 Satz 1 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch sind Personen, die infolge einer Schwäche ihrer geistigen Kräfte in erheblichem Umfang in ihrer Fähigkeit zur Teilhabe am Leben in der Gesellschaft eingeschränkt sind.

- 5.2.1 Der Begriff „Schwäche der geistigen Kräfte“ ist gesetzlich nicht näher bestimmt oder erläutert. Es bietet sich deshalb an, auf die Erläuterungen der ICD-10 sowie der Diagnostischen und Statistischen Manual Psychischer Störungen, 4. Revision, (DSM-IV)¹⁶ zurückzugreifen.

Nach ICD-10 müssen neben einer Minderung der Intelligenz (IQ unter 70) auch Störungen in der Anpassung an die Anforderungen des alltäglichen Lebens vorhanden sein.

Nach DSM IV liegt eine **bedeutsame und wesentliche Minderung intellektueller Fähigkeiten** vor, wenn alle im folgenden aufgeführten Kriterien A, B, C erfüllt sind.

- **Kriterium A**
ist erfüllt, wenn – anders als im ICD-10 - ein IQ-Wert von unter 75 (DSM IV) vorliegt.

¹⁶ American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth Edition, Washington DC, 1994. Das DSM-IV liegt auch in deutscher Sprache vor: Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-IV. Deutsche Bearbeitung und Einführung: H. Saß, H.-U. Wittchen, M. Zaudig. 3. Aufl. Hogrefe, Göttingen, Bern, Toronto, Seattle, 2001.

- Kriterium B
ist erfüllt, wenn **erhebliche Einschränkungen der Anpassungsfähigkeit in mindestens zwei der folgenden Bereiche** vorliegen:
 - Kommunikation,
 - eigenständige Versorgung,
 - häusliches Leben,
 - soziale/zwischenmenschliche Fertigkeiten,
 - Nutzung öffentlicher Einrichtungen,
 - Selbstbestimmtheit,
 - funktionale Schulleistungen,
 Arbeit, Freizeit, Gesundheit und Sicherheit.
- Kriterium C
ist erfüllt, wenn die Störung vor dem 18. Lebensjahr aufgetreten ist.

Eine Beeinträchtigung kognitiver und psychischer Funktionen aufgrund erworbener Hirnschädigungen oder infolge einer Demenz-Erkrankung (ICD-10, F 00 bis F 03) entspricht meist nicht allen DSM IV Kriterien für geistige Behinderung. Solche Beeinträchtigungen werden aber als Folgeproblematik einer Verletzung oder Erkrankung des Gehirns in § 3 EHVO angesprochen (s. Rn. 5.3.2).

Für die Untersuchung von Intelligenz, Entwicklungsstand sowie anderer psychischer (einschließlich neuropsychologischer) Funktionen stehen verschiedene standardisierte Testverfahren zur Verfügung¹⁷.

Für die psychometrische Untersuchung kognitiver Fähigkeiten stehen verschiedene standardisierte Testverfahren zur Verfügung.

Für Kinder können der HAWIK¹⁸), der K-ABC (Kaufmann Assessment Battery for Children) oder der Snijders Oomen Nonverbaler Intelligenztest für Kinder (SON) als anerkannte Testverfahren angewandt werden.

Der CFT-1 oder 20 sind Grundintelligenzteste, die einen orientierenden Anhalt geben können.

Bei Kindern mit vermuteter oder nachgewiesener kognitiver Beeinträchtigung sollte immer auch das Seh- und Hörvermögen fachärztlich überprüft werden, um ein dadurch bedingtes Entwicklungsproblem zu erkennen.

Für Erwachsene wird in der Regel der WIE-R für Erwachsene¹⁹ angewandt.

Eine alleinige Berücksichtigung oder Nutzung von IQ-Werten als Kriterium ist nicht ausreichend. Die verlässliche oder präzise Ermittlung des IQ ist oftmals nicht möglich. Es müssen deshalb zusätzlich andere Aspekte mit berücksichtigt werden. Dies sind die Fähigkeiten und Fertigkeiten in verschiedenen Lebensbereichen, wie sie als Kriterium B des DSM-IV bzw. von der American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (AAIDD)²⁰ beschrieben werden.

¹⁷ Eine umfassende Beleuchtung der Thematik und eine breite Darstellung von Verfahren der Entwicklungs- und Intelligenzdiagnostik finden sich beispielsweise in dem Sammelband Stahl, B., Irblich, D. (Hrsg.): Diagnostik bei Menschen mit geistiger Behinderung. Ein interdisziplinäres Handbuch. Hogrefe. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle, Oxford, Prag, 2005.

¹⁸ Hamburg- Wechsler- Intelligenztest für Kinder

¹⁹ Wechsler - Intelligenztest für Erwachsene, Revision 1991

²⁰ Die Empfehlungen der AAIDD helfen, den aktuellen Grad der Handlungsfähigkeit, d.h. der Fähigkeit, sich mit den Anforderungen der Gesellschaft auseinandersetzen zu können, zu beschreiben. Demzufolge ist geistige Behinderung eine Beschreibung des momentanen Grades der Handlungsfähigkeit, d.h.. Leitperspektive ist ein selbständiges Leben in der Gemeinde, hierauf beziehen sich die Erstellung eines individuellen Kompetenzinventars anhand der o.g. Lebensbereiche sowie die Bestimmung von Art und Intensität der benötigten Hilfen (multidimensionales Modell). Geistige Behinderung wird so zu einem sich dynamisch verändernden Geschehen, abhängig von der Ausgestaltung der Beziehungen zwischen Mensch und Umfeld, hier vor allem

Letztendlich entscheidend für die Annahme einer wesentlichen geistigen Behinderung im Sinne des Gesetzes ist die Auswirkung einer "Schwäche der geistigen Kräfte" auf die Fähigkeit zur Teilhabe an der Gesellschaft bzw. auf die soziale Situation der betroffenen Person."

Keine Abgrenzungsschwierigkeiten ergeben sich in der Regel, wenn mittelgradige, schwere oder schwerste Intelligenzminderungen (ICD-10, F 71-F73) vorliegen.

Hingegen ist bei einer **leichten Intelligenzminderung** (ICD-10, F 70; IQ 50-69) besonders wichtig, Einschränkungen der Anpassungsfähigkeit nach Kriterium B herauszuarbeiten.

- 5.2.2 Der Begriff **Lernbehinderung** - IQ oberhalb von 70 (ICD-10) oder 75 (DSM IV), Kriterium A ist nicht erfüllt - umschreibt im deutschen Sprachgebrauch allgemeine Lern- und Entwicklungsschwierigkeiten, die von umschriebenen Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten (ICD-10 F 81) wie Lese-Rechtschreibschwäche oder Dyskalkulie einerseits und Intelligenzminderung (ICD-10 F 70 - F 73) andererseits abgegrenzt werden müssen.

Eine wesentliche Beeinträchtigung der Teilhabefähigkeit ist dadurch jedoch in der Regel nicht bedingt, kann aber im Einzelfall dann vorliegen, wenn wegen anderer gesundheitlicher Gründe eine wesentliche Beeinträchtigung der Teilhabefähigkeit besteht.

5.3 Definition: seelisch behinderte Menschen

Nach § 3 EHVO können folgende Personen wesentlich seelisch behindert sein:

Seelische Störungen, die eine wesentliche Einschränkung der Teilhabefähigkeit im Sinne des § 53 Abs. 1 Satz 1 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch zur Folge haben können, sind

1. ***körperlich nicht begründbare Psychosen,***
2. ***seelische Störungen als Folge von Krankheiten oder Verletzungen des Gehirns, von Anfallsleiden oder von anderen Krankheiten oder körperlichen Beeinträchtigungen,***
3. ***Suchtkrankheiten,***
4. ***Neurosen und Persönlichkeitsstörungen***

Diese Beschreibung der seelischen Störungen, die zu einer wesentlichen seelischen Behinderung führen können, entspricht einer nahezu umfassenden Aufzählung psychiatrischer Krankheitsgruppen.

Das Vorhandensein einer psychischen Störung oder Krankheit bedeutet aber nicht zwangsläufig, dass damit auch schon eine seelische Behinderung oder eine drohende seelische Behinderung im Sinne des Gesetzes besteht.

Im Folgenden werden einige der im Rahmen der Eingliederungshilfe bedeutsamen Krankheitsbilder aufgeführt.

5.3.1 Zu den körperlich nicht begründbaren Psychosen zählen:

- Schizophrenien, schizotype und wahnhaftige Störungen (ICD-10 F 20 bis 22) einschließlich schizoaffektive Störungen (ICD-10 F 25),
- Anhaltende affektive Störungen (ICD-10 F 30-39).

hinsichtlich der angebotenen Hilfen sowie der Veränderung der Lebensbedingungen des Menschen mit Behinderung.

5.3.2 Zu den seelischen Störungen als Folge von Krankheiten oder Verletzungen des Gehirns, von Anfallsleiden oder von anderen Krankheiten oder körperlichen Beeinträchtigungen zählen:

- Organische Psychosen (ICD-10 F 06),
- Hirnorganische Psychosynndrome (ICD-10 F 07),
- Organische Persönlichkeitsstörungen (ICD-10 F 07),
- Dementielle Erkrankungen (ICD-10 F 00-03 - s. auch Anhang 1),
- Folgen einer Epilepsie i.S. eines hirnorganischen Psychosyndroms (ICD-10 F 06 –s. auch Anhang 2).

5.3.3 Suchtkrankheiten

Suchtkrankheiten werden in der ICD-10 unter der Überschrift „psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen“ behandelt. Den Begriff „Sucht“ verwendet die ICD-10 nicht explizit.

Zu den stoffgebundenen Suchtkrankheiten gehören insbesondere:

- Störungen durch Alkohol (ICD-10 F 10),
- Störungen durch Cannabinoide (ICD-10 F 12) in Verbindung mit einer Psychose, oft aus dem schizophrenen Formenkreis (ICD-10 F 20),
- Störungen durch Sedativa oder Hypnotika (ICD-10 F13)
- Störungen durch multiplen Substanzgebrauch (ICD-10 F 19)

5.3.4 Neurosen und Persönlichkeitsstörungen

Dazu gehören aus der Gruppe der neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen (ICD-10 F 4) insbesondere:

- Phobische Störungen (ICD-10 F 40),
- (Andere) Angststörungen (ICD-10 F 41),
- Zwangsstörungen (ICD-10 F 42),
- Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (ICD-10 F 43.1).

Aus der Gruppe der Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren gehören insbesondere Essstörungen (ICD-10 F 50)

Eine gesonderte Gruppe bilden die Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (ICD-10 F 6), darunter speziell die Persönlichkeitsstörungen (ICD-10 F 60).

5.3.5 Feststellung der wesentlichen seelischen Behinderung

Eine wesentliche seelische Behinderung liegt vor, wenn infolge einer psychischen Störung oder Krankheit die Fähigkeit zur Teilhabe am Leben in der Gesellschaft in erheblichem Umfang beeinträchtigt ist.

Zur Klärung der Teilhabefähigkeit kann neben den unter Rn. 4.3 genannten Instrumenten auch die Anwendung der GAF-Skala (Global Assessment of Functioning) der DSM IV Hinweise zur Beeinträchtigung der Teilhabefähigkeit geben²¹. Auf einer Skala von 0-100 werden Einschränkungen im psychosozialen Funktionsniveau eingeschätzt. Ein GAF-Wert ≤ 50 ist ein deutlicher Hinweis für eine wesentliche Einschränkung der Teilhabefähigkeit in verschiedenen Lebensbereichen. Die abschließliche Bewertung auf der Grundlage der GAF-Skala ist aber nicht ausreichend.

Hinweise für die Beurteilung der Einschränkung der Teilhabefähigkeit können auch

²¹ Die GAF-Skala wird von den gesetzlichen Krankenkassen bei der Indikationsstellung für die Soziotherapie verwendet.

Brüche im Lebenslauf geben (Leistungsknick, kein Erreichen eines Schulabschlusses trotz entsprechender Begabung, misslungene berufliche Integration, Verlust sozialer Bezüge in Partnerschaft, Familie und Freundeskreis, Frühverrentung, viele und lange stationäre Aufenthalte in der Psychiatrie).

Bei den unter Rn. 5.3.1 bis 5.3.4 genannten Erkrankungen sind Häufigkeit, Dauer und Schwere der Krankheitsepisoden sowie der Effekt von psychiatrischer Behandlung zu berücksichtigen.

Entscheidend für die Annahme einer wesentlichen Behinderung ist auch hier wieder das Ausmaß, in dem die Teilhabefähigkeit durch die bestehende psychische Erkrankung eingeschränkt ist.

5.4 Besonderheiten bei Autismus-Spektrum-Störungen

Autistische Störungen, auch Autismus-Spektrum-Störung oder tief greifende Entwicklungsstörungen genannt (ICD-10, F 84) gehören zu den seelischen Erkrankungen und umfassen eine Gruppe schwer wiegender Krankheitsbilder. Dazu gehören

- der frühkindliche Autismus (Kanner – ICD-10, F 84.0),
- der atypische Autismus (ICD-10, F 84.1),
- das Rett-Syndrom (ICD-10, F 84.2) und
- das Asperger Syndrom (ICD-10, F 84.5).

Bei bis zu 75 %²² der betroffenen Personen liegt zugleich eine Schädigung der Körperfunktionen wegen einer Intelligenzminderung vor, durch die ebenfalls eine erhebliche Beeinträchtigung ihrer Fähigkeit, an der Gesellschaft teilzuhaben, bedingt ist. Diese Personen werden oftmals dem Personenkreis der geistig behinderten Menschen zugeordnet.

Liegen zugleich andere Schädigungen der Körperstrukturen oder Körperfunktionen vor, wie z.B. Gehörlosigkeit, kann auch eine Zuordnung zum Personenkreis der körperlich behinderten Menschen (Körper- oder Sinnesbehinderung) zutreffen.

Soweit keine der o.g. Schädigungen im Vordergrund steht, ist die Zuordnung zum Personenkreis der seelisch behinderten Menschen sachgerecht.

Bei Vorliegen einer Mehrfachbehinderung ist bei der Zuordnung zum jeweiligen Personenkreis auch darauf abzustellen, welche Behinderung den überwiegenden Bedarf auslöst.

Charakteristisch für das Vorliegen autistischer Störungen sind qualitative Auffälligkeiten in der sozialen Interaktion, der Kommunikation und Sprache, sowie typische, vor allem repetitive, restriktive und stereotypische Verhaltensmuster.

Die Diagnostik umfasst dabei eine gezielte symptomorientierte Befragung der Eltern sowie eine strukturierte Beobachtung des Verhaltens des Kindes.

Empfohlen werden standardisierte Interview- und Beobachtungsinstrumente, um die Diagnose zu sichern.

Derzeit werden hierfür das „Autismus-Diagnostische-Interview“ (ADI-R) und das „Autismus-Diagnostische-Beobachtungsinstrument“ (ADOS-G) eingesetzt. Daneben werden auch Fragebögen wie die Autismus Beurteilungsskala (CARS) oder die Autismus-Verhaltensliste (ABC) bzw. die „Real-Life-Rating-Scale“ (RLRS) verwendet.

²² Erfahrungswert nach DSM IV

5.5 Besonderheiten bei erworbenen Hirnschädigungen

Der Begriff der erworbenen Hirnschädigungen ist ein ungenauer Sammelbegriff, der zum Ausdruck bringt, dass ein mehr oder minder komplexes Schädigungsbild durch ein oder mehrere im Laufe des Lebens auf das Gehirn einwirkende Ereignisse wie Schädelhirntraumata, Schlaganfälle, Entzündungen des Gehirns, Hirntumoren usw. entstanden ist.

Die Symptomatik erworbener Hirnschädigungen kann psychische und neuropsychologische Einschränkungen von Merkfähigkeit und Gedächtnis, Einschränkungen der affektiven Steuerungsfähigkeit, Einschränkungen der Aufmerksamkeit, der Konzentration, der Körperwahrnehmung, Störungen der Handlungsorganisation, der räumlichen Orientierung oder psychotische Symptome wie Wahn und Trugwahrnehmungen oder Depressivität ebenso umfassen wie traumatische Epilepsien, spastische Lähmungen, Sinnesbehinderungen, Störungen der Sprachproduktion und des Sprachverständnisses (Aphasie). Erworbene Hirnschädigungen können also körperliche Behinderungen (einschließlich Sinnesbehinderungen) und seelische Behinderungen (z.B. in Folge von hirnorganischem Psychosyndrom) umfassen.

6. Maßregel- und Strafvollzug

Die Notwendigkeit der Feststellung einer wesentlichen Behinderung nach den vorgenannten Grundsätzen besteht auch bei Personen, die aus dem Maßregel- und Strafvollzug entlassen werden. Ergibt sich bei Vorliegen einer wesentlichen Behinderung ein sozialhilferechtlicher Hilfebedarf, ist dieser im Rahmen der Eingliederungshilfe abzudecken. Präventions- oder Sicherungsmaßnahmen zur Verhinderung einer Straftat sind keine Maßnahmen der Eingliederungshilfe

Bewährungsaufgaben können sich nur an Betroffene wenden, aber ohne das Vorliegen der sozialhilferechtlichen Voraussetzungen keinen Leistungsanspruch auslösen.

7. Zuordnungsprobleme bei den einzelnen Leistungsbereichen

Zu Fragen der Zuordnung s. „Orientierungshilfe zu den Schnittstellen der Eingliederungshilfe nach dem SGB XII zu anderen sozialen Leistungen“ vom 22.11.2009.

Anhang 1

Demenz

Es handelt sich hierbei um eine erworbene Beeinträchtigung kognitiver Funktionen einschließlich der Störung von Gedächtnis und mindestens einer weiteren Teilleistung, die zur Beeinträchtigung der sozialen und beruflichen Funktion führt.

- Störung der Sprache,
- Beeinträchtigte Fähigkeit, motorische Funktionen trotz intakter Motorik auszuführen,
- Unfähigkeit, Gegenstände trotz intakter sensorischer Funktionen wiederzuerkennen oder zu identifizieren,
- Störungen im Bereich der Planung, Organisation, Einhalten einer Reihenfolge, Abstraktion.

Die Darstellung des Schweregrades einer Demenz ist für die Entscheidung des Vorliegens einer wesentlichen Behinderung von großer Bedeutung.

Um zu einer Einschätzung der Ausprägung einer Demenz zu gelangen, kann die globale Verschlechterungsskala nach Reisberg²³ benutzt werden. Diese beschreibt sieben Stadien. Hierbei kann in der Regel das **Vorliegen einer wesentlichen Behinderung** mit **Stadium 4** angenommen werden.

Allerdings ist zu prüfen, ob und inwieweit in diesen Fällen die Ziele der Eingliederungshilfe noch zu erreichen sind. Ist dies nicht der Fall, kommen Leistungen der Hilfe zur Pflege nach Kapitel 7 SGB XII in Betracht.

Die Stadien nach Reisberg im Einzelnen:

1. **Keine kognitiven Leistungseinbußen**

Keine subjektiven Hinweise auf ein Gedächtnisdefizit. Im klinischen Interview wird kein Gedächtnisdefizit evident.

2. **Zweifelhaft kognitive Leistungseinbußen**

Subjektive Klagen über Defizite, am häufigsten in nachfolgenden Bereichen: (a) vergisst, wo vertraute Gegenstände abgelegt wurden, (b) vergisst früher gutbekannte Namen. Keine objektiven Zeichen eines Gedächtnisdefizits im klinischen Interview. Keine objektivierbaren Defizite im Beruf oder im sozialen Umfeld. Angemessenes Verhalten unter Berücksichtigung der Symptomatik.

3. **Geringe kognitive Leistungseinbußen**

Erste eindeutige Defizite manifestieren sich in mehr als einem der nachfolgenden Bereiche: (a) Die/Der Patient/in kann sich an einem fremden Ort nicht zurechtfinden, (b) Mitarbeiter(innen) bemerken die reduzierte Arbeitsleistung, (c) Freunde und Bekannte bemerken Wortfindungsstörungen und Schwierigkeiten, die Namen von Bekannten zu erinnern, (d) die/der Patient/in behält nur einen geringen Teil einer gelesenen Textpassage, (e) die/der Patient/in kann sich deren Namen bei der Vorstellung neuer Personen schlechter merken, (f) die/der Patient/in verlegt oder verliert Wertgegenstände, (g) während der klinischen Testung wird ein Konzentrationsdefizit evident. Objektive Gedächtnisdefizite lassen sich nur in einem ausführlichen klinischen Interview bzw. in psychometrischen Tests finden.

Verringerte Leistungsfähigkeit im Beruf oder im sozialen Umfeld. Die/der Patient beginnt, Defizite zu verleugnen. Geringe bis mittelgradige Angst begleitet die Symptome.

²³ Übersetzung der Spezialambulanz für Gedächtnisstörungen am AKH Wien

4. **Mäßige kognitive Leistungseinbußen**

Im sorgfältig durchgeführten klinischen Interview manifestieren sich eindeutige Defizite in folgenden Bereichen: (a) Kenntnis aktueller oder kurz zurückliegender Ereignisse, (b) Erinnern des eigenen Lebenslaufs, (c) Konzentration bei den Aufgaben mit seriellen Subtraktionen, (d) Fähigkeit, sich an unbekanntem Orten zurechtzufinden.

Unfähigkeit komplexe Aufgaben durchzuführen. Das Verleugnen von Defiziten ist die dominierende Abwehrstrategie. Der Affekt verflacht, in die/der Patient/in beginnt, Situationen mit höheren Anforderungen zu vermeiden.

5. **Mittelschwere kognitive Leistungseinbußen**

Die/Der Patient/in kann ohne fremde Hilfe nicht mehr zurechtkommen. Sie/Er kann sich während des Interviews kaum an relevante Aspekte seines Lebens erinnern, z. B. an die Adresse, die langjährige Telefonnummer, die Namen naher Familienangehöriger wie die der Enkel oder den Namen der Schule, die sie/er zuletzt besucht hat. Häufig steht Desorientierung zur Zeit (Datum, Wochentag, Jahreszeit etc.) oder zum Ort. Eine gebildete Person kann Schwierigkeiten haben, beginnend bei 40 in Vierschritten oder beginnend bei 20 in Zweisritten rückwärts zu zählen. Patienten dieses Stadiums erinnern allerdings noch einige Fakten, die sie selbst oder andere betreffen. Sie erinnern ihren Namen ebenso gut wie den des Ehepartners oder der Kinder. Sie brauchen keine Hilfe beim Toilettengang oder Essen, können aber Schwierigkeiten bei der Auswahl situationsgerechter Kleidung haben (z. B. wählen sie oft Hausschuhe für den Waldspaziergang).

6. **Schwere kognitive Leistungseinbußen**

Die/Der Patient/in kann gelegentlich den Namen des Ehegatten vergessen, von dem ihr/sein Überleben abhängt. Keine Kenntnis kurz zurückliegender Ereignisse und eigener Erfahrungen. Lückenhafte Erinnerung an die eigene Vergangenheit. Jahreszeiten und zeitliche Veränderungen werden z. B. nicht mehr wahrgenommen. Sie/Er kann Schwierigkeiten haben, von zehn bis eins rückwärts zu zählen, gelegentlich sogar beim Vorwärtzählen von eins bis zehn. Benötigt Hilfe bei alltäglichen Verrichtungen, kann z. B. inkontinent werden oder Hilfe benötigen, um sich an bekannten Orten zurechtzufinden. Gelegentlich gelingt es aber auch ohne Hilfe. Der Tag-Nacht-Rhythmus ist häufig gestört. Beinahe immer wird der eigene Name erinnert. Häufig können noch bekannte von unbekanntem Personen unterschieden werden.

Persönlichkeitsveränderungen und Gefühlsstörungen treten in den Vordergrund. Sehr variabel ausgeprägte Störungen sind: (a) Verfolgungsgedanken, z. B. wird der Betreuungsperson Betrug und Diebstahl unterstellt oder mit imaginären Personen oder dem eigenen Spiegelbild gesprochen, (b) Zwangssymptome, z. B. wird ständig ein und derselbe Gegenstand gereinigt, (c) Angstsymptome. Unruhe und aus der Vergangenheit nicht bekanntes aggressives Verhalten können auftreten, (d) fehlender Willensantrieb, z. B. kann erwünschtes Verhalten nicht mehr in die Tat umgesetzt werden, weil der Gedankengang dazu nicht mehr lange genug im Kopf behalten wird.

7. **Sehr schwere kognitive Leistungseinbußen**

Häufig totaler Sprachverlust, gelegentlich sind noch sprachliche Automatismen erhalten. Harninkontinenz; sie/er ist beim Toilettengang und Essen auf Hilfe angewiesen. Verlust grundlegender psychomotorischer Fähigkeiten, kann z. B. nicht mehr laufen. Das Gehirn scheint den Körper nicht mehr steuern zu können. Häufig finden sich generalisierte und fokale neurologische Symptome.

Anhang 2

Epilepsie

Epilepsien können je nach Schweregrad und Verlauf zu körperlichen und/oder psychischen Beeinträchtigung führen.

Epilepsien können auch zu Beeinträchtigungen von psychischen Funktionen wie Verlangsamung, erschwerte Umstellungsfähigkeit, Weitschweifigkeit, Affektlabilität, chronischer Wechselsänderung führen. Dann spricht man von einem sog. hirnorganischen Psychosyndrom, das bei entsprechender Beeinträchtigung der Teilhabefähigkeit zu den seelischen Behinderungen gerechnet wird.

Erforderlich ist eine Einteilung nach dem Schweregrad der Epilepsie, wobei z.B. auf das Schema zur Gliederung von Epilepsien nach Schweregrad, erarbeitet vom Epilepsiezentrum Kehl-Kork, zurückgegriffen werden kann.

Eine erhebliche Beeinträchtigung der körperlichen Leistungsfähigkeit und eine dadurch bedingte wesentliche körperliche Behinderung ist aufgrund von Schwere und Häufigkeit der Anfälle, wie sie in Stufe 4 des Schemas beschrieben sind, anzunehmen.

Schema zur Gliederung nach Kehl-Kork:

Stufe 0 "keine Epilepsie"

Stufe 1 ("inaktive Epilepsie, keine Therapie")

Es besteht die Diagnose einer Epilepsie **und** der Patient ist seit mehr als vier Jahren anfallsfrei. **und** der Patient erhält seit mindestens zwei Jahren keine Antiepileptika.

Stufe 2 ("Epilepsie, unter Therapie anfallsfrei")

Es besteht eine Epilepsie **und** der Patient ist seit mehr als vier Jahren anfallsfrei **und** der Patient erhält Antiepileptika, deren Dosis während des Einschätzungszeitraums nicht mit dem Ziel des Absetzens reduziert wird. (Absetzversuche bedingen eine Einstufung unter Stufe 4).

Stufe 3 ("Epilepsie, leichter Schweregrad")

Es besteht eine Epilepsie **und** der Patient ist nicht anfallsfrei. Die Anfälle sind in ihrem Gesamterscheinungsbild (Häufigkeit, Anfallssymptomatik, Serien- oder Statusgefahr, von ihnen ausgehende akute Gefährdung) so mild, dass

- sie nur in bestimmten, leicht vermeidbaren Situationen eine Gefährdung bedeuten könnten (z. B. Absturzgefahr, Schwimmen, Führen eines Kraftfahrzeuges, Bedienung einer gefährlichen Maschine) **und**
- sie keine Erste-Hilfe-Maßnahmen oder Beaufsichtigung während des Anfalls **oder** Medikamentenverabreichung während oder nach dem Unfall erforderlich machen **oder**
- er seit weniger als vier Jahren anfallsfrei ist.

Beispiele:

- Gelegentliche einzelne tonische Anfälle mit strenger Schlafbindung,
- seltene einzelne leichte fokal-motorische oder fokal-sensible Anfälle ohne Ausbreitung,
- seltene leichte Myoklonien ohne Bewusstseinsbeeinträchtigung,
- seltene einzelne symptomarme Absencen ohne Sturzgefahr mit Zeitbindung (z. B. morgens),
- kurze seltene, leicht tonische Anfälle bei immobilen Personen (dauernd im Rollstuhl oder bettlägerig).

Stufe 4 ("Epilepsie, mittlerer Schweregrad")

Es besteht eine Epilepsie **und**

der Patient ist nicht anfallsfrei **und**

Kriterien für Stufe 5 liegen nicht vor **und**

die Anfälle sind in ihrem Gesamterscheinungsbild (Häufigkeit, Anfallssymptomatik, Serien- oder Statusgefahr, von ihnen ausgehende akute Gefährdung) so ausgeprägt, dass sie Beaufsichtigung während des Anfalls oder Erste-Hilfe-Maßnahmen oder Verabreichung von Medikamenten während oder nach dem Anfall erfordern und deshalb ganz oder weitgehend lückenlose Beaufsichtigung und Begleitung erforderlich machen **und**

eine anfallsbedingte Verletzungsgefahr fakultativ vorhanden, aber niedrig ist. (Die Kriterien für eine Einstufung nach Stufe 5 siehe dort) **oder**

es besteht eine Epilepsie **und**

der Patient ist seit mindestens 4 Jahren anfallsfrei **und**

während des Einstufungszeitraums wird ein Antiepileptikum mit dem Ziel des Absetzens reduziert (Reduzierungen als Reaktion auf zu hohe Blutspiegel oder wegen Überdosierungserscheinungen fallen nicht darunter).

Beispiele:

- Alle Anfälle, die für den jeweiligen Patienten mit Sturzgefahr einhergehen,
- alle Grand-mal-Anfälle,
- alle Anfälle mit einer Bewusstseinsbeschränkung am Tage,
- alle Anfälle, die beim jeweiligen Patienten zu Serien- oder Statusbildung neigen.

Stufe 5 ("Epilepsie, hoher Schweregrad")

Es besteht eine Epilepsie **und**

der Patient ist nicht anfallsfrei **und**

die Anfälle sind sehr häufig.

Mehr als drei Grand mal im Monat (im Durchschnitt der letzten 12 Monate) oder an mehr als fünf Tagen pro Monat (im Durchschnitt der letzten 12 Monate) tonische oder psychomotorische oder einfach-fokale Anfälle oder Grand mal oder Sturzanfälle epileptischer Genese. (Nicht in Serien auftretende Absenzen und Nick- oder Blinzelanfälle bedingen auch bei täglichem Auftreten die Einstufung unter Stufe 4) **oder**

die Anfälle haben ein großes Verletzungsrisiko:

- mindestens drei Platzwunden oder Distorsionen pro Jahr, **oder**
- eine Fraktur oder Commotio cerebri innerhalb der letzten drei Jahre, **oder**

eine Contusio cerebri oder eine intracranielle Blutung innerhalb der letzten fünf Jahre

oder die Anfälle sind unmittelbar oder wegen Statusgefahr lebensbedrohend und verlangen sofort ärztliches Eingreifen **oder**

der Patient befindet sich häufig (kumulativ oder 12 Stunden/Monat) in einem unmittelbar epilepsie- oder antiepileptika bedingten Ausnahmezustand (z.B. Dämmerzustand, postiktale Bewusstseinsbeschränkung) **oder**

ein Grand-mal-Status innerhalb der letzten zwei Jahre.

Stufe 6 ("Epilepsie, Extremfälle")

Diese stellen an die Betreuung präklinische oder quasi klinische Ansprüche.

Beispiele:

- Mehr als 15 Grand mal Anfälle pro Monat,
- häufige oder tagelang anhaltende Dämmerzustände.

Anhang 3

HIV-Infektion

Bei der HIV-Erkrankung handelt es sich um ein erworbenes Immundefizienzsyndrom. AIDS²⁴ ist das Endstadium der HIV-Infektion. Die HIV-Infektion (human immunodeficiency virus = menschliches Immundefekt Virus) verläuft langsam mit einer langen Latenzphase und unterschiedlichen Manifestationen.

Eine wesentliche Einschränkung der Teilhabefähigkeit infolge einer HIV-Infektion ist anzunehmen, wenn infolge vorhandener klinischer Symptome eine stärkere Leistungsbeeinträchtigung im Alltag auftritt.

Dies ist immer der Fall, wenn sogenannte AIDS-definierende Erkrankungen auftreten (CDC-Klassifikation C). Beim Vorliegen des Vorstadiums von AIDS, der u. a. gekennzeichnet ist durch das Auftreten von Fieber $>38^{\circ}\text{C}$ >3 Monate, Gewichtsverlust von $>10\%$, chronischen Durchfall, Müdigkeit und nächtliche Schweißausbrüche, ist immer eine individuelle Prüfung erforderlich, ob bereits eine wesentliche Einschränkung der Teilhabefähigkeit vorliegt. Dabei ist zu berücksichtigen, dass es inzwischen in diesem Stadium erfolgversprechende Behandlungsmöglichkeiten gibt.

Das Endstadium AIDS wird weitgehend durch eine Immunschwäche geprägt, in deren Folge es zum Auftreten von Infektionen und Tumoren kommt.

Weltweit hat sich zur Stadieneinteilung der HIV Erkrankung die Klassifikation des Centers for Disease Control (= CDC) durchgesetzt, die auf einer Kombination klinischer Kategorien und der labormedizinischen Bestimmung der CD4-Helferzellen, die einen wichtigen Parameter für die Funktionsfähigkeit des Immunsystems darstellen, beruht.

Die CDC / WHO – Klassifikation der HIV – Infektion

Klinik:	A	B	C
	Asymptomatische, akute HIV-Infektion, Lymphadenopathie	HIV-assoziierte Erkrankungen	AIDS-definierende Erkrankungen
Labor:			
1: CD4 > 500	A1	B1	C1
2: CD4 200-499	A2	B2	C2
3: CD4 < 200	A3	B3	C3

Wichtige Abschnitte im Verlauf der HIV-Infektion sind:

CDC - A

- Die asymptomatische HIV-Infektion, deren Zeitpunkt nur ausnahmsweise, z.B. bei Bluttransfusionen, festgestellt werden kann,
- die Inkubationszeit bis zum Auftreten von Antikörpern im Blut bzw. bis zum Auftreten des ersten akuten Krankheitsbildes (siehe nächsten Punkt),
- die akute HIV-Krankheit: das nur selten diagnostizierte, akute Krankheitsbild, das einem grippalen Infekt ähnelt,
- die Latenzzeit, die Zeitspanne zwischen Serokonversion (= positiver „AIDS-Test“) und Manifestation der HIV-typischen Erkrankungen, die sich über viele Monate und Jahre hinziehen kann. Die infizierten Personen fühlen sich dabei meist subjektiv gesund,

²⁴ englische Abkürzung für Acquired Immune Deficiency Syndrome

- das Lymphadenopathie - Syndrom(= LAS) mit generalisierter Lymphknotenschwellung und unterschiedlichen, häufig geringen Allgemein-Symptomen.
Es besteht hierbei noch keine funktionell bedeutsame Abwehrschwäche;

Ab diesem Stadium wird üblicherweise eine antiretrovirale Therapie (= ART) eingeleitet.

CDC – B

Der AIDS-related-complex (= ARC) mit Nachtschweiß, Fieber, Gewichtsverlust, Durchfall und weiteren Symptomen. Hierbei besteht bereits ein ausgeprägter Immundefekt; durch ART kann die Viruslast verringert werden, was sich in einem Anstieg der CD4-Helferzellen und nachfolgender Rückbildung der Krankheitserscheinungen zeigt.

Diese Phase wird durch neuere Behandlungsmethoden immer weiter verlängert.

CDC –C

Das Vollbild von AIDS mit schwerem Immundefekt und damit einhergehenden opportunistischen Infektionen und Tumoren (= AIDS–definierende Erkrankungen)

Anhang 4

Arbeitshilfe des Landschaftsverbandes Rheinland, Köln, zur Feststellung einer wesentlichen Behinderung

1. Eine ärztliche Feststellung zu Art und Umfang der Behinderung liegt vor:
 - nein**
 - ja**, festgestellt wird eine Behinderung durch eine Abweichung vom alterstypischen Zustand der
 - körperlichen Funktion
 - geistigen Fähigkeit
 - seelischen Gesundheitdie mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate andauert, deren Eintritt nach fachlicher Erkenntnis mit hoher Wahrscheinlichkeit zu erwarten ist.
2. Der Behinderung liegt eine nach ICD 10 diagnostizierte Erkrankung zugrunde
 - nein**
 - ja**, folgende
.....ICD 10
 -ICD 10
3. Die ärztliche Feststellung benennt eine der in §§ 1 bis 3 EHVO nach § 60 SGB XII angeführten Behinderungsursachen, die eine erhebliche Einschränkung der Teilhabefähigkeit zur Folge haben (können)
 - nein**
 - ja**, folgende körperliche Gebrechen
 - ja**, eine Schwäche der geistigen Kräfte
 - ja**, folgende seelische Störungen
4. Die erhebliche Einschränkung der Teilhabefähigkeit infolge der festgestellten Funktionsstörungen wird in den eingereichten Unterlagen plausibel dargestellt
 - nein**
 - ja**, im IHP
 - ja**, durch folgende Berichte
5. Es liegen verschiedene Behinderungen zugleich vor:
 - nein**
 - ja**, folgendeEs wird die vorrangige Behinderung genannt, durch die der Hilfebedarf überwiegend ausgelöst wird
 - nein**
 - ja**, folgende
6. Eine ³wesentliche Behinderung im Sinne des § 53 SGB XII i. V. m. § 2 SGB IX liegt vor
 - nein**
 - ja**

Auszug aus den Erläuterungen der Arbeitshilfen des LVR

Wesentliche Kriterien für die gesetzliche Definition von Behinderung sind, neben medizinisch diagnostizierbaren Beeinträchtigungen, die Abweichung von gesellschaftlicher "Normalität" in Bezug auf das Lebensalter und die erschwerte Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft. Im einzelnen

- **Lernen und Wissensanwendung**

Lernen, Anwendung des Erlernten, Denken, Probleme lösen und Entscheidungen treffen über sinnliche Wahrnehmung, elementares Lernen, Wissensanwendung

- **Allgemeine Aufgaben und Anforderungen**

Aspekte der Ausführung von Einzel- und Mehrfachaufgaben, die Organisation von Routinen und der Umgang mit Stress

- **Kommunikation**

Allgemeine und spezifische Merkmale der Kommunikation mittels Sprache, Zeichen und Symbolen, einschließlich des Verstehens und Produzierens von Mitteilungen sowie der Konversation und des Gebrauchs von Kommunikationsgeräten und Kommunikationstechniken – Kommunizieren als Sender und als Empfänger.

- **Mobilität**

Die eigene Bewegung durch Änderung der Körperposition oder –lage von einem Platz zum anderen, die Bewegung von Gegenständen durch Tragen, Bewegen oder Handhaben, die Fortbewegung durch Gehen, rennen, Klettern oder Steigen, sowie der Gebrauch verschiedener Transport- und Verkehrsmittel

- **Selbstversorgung**

Die eigene Versorgung, das Waschen, Abtrocknen und Pflege des eigenen Körpers, das An- und Ablegen von Kleidung, das Essen und Trinken und die Sorge um die eigene Gesundheit.

- **Häusliches Leben**

Die Ausführung von häuslichen und alltäglichen Handlungen und Aufgaben. Die Bereiche des häuslichen Lebens umfassen die Beschaffung einer Wohnung, von Lebensmitteln, Kleidung und anderen Notwendigkeiten, Reinigungs- und Reparaturarbeiten im Haushalt, die Pflege von persönlichen und anderen Haushaltsgegenständen und die Hilfe für andere.

- **Interpersonelle Interaktion und Beziehung**

Die Ausführung von Handlungen, die für die elementaren und komplexen Interaktionen mit Menschen – Fremden, Freunden, Verwandten, Familienmitgliedern und Liebespartnern – in einer kontextuell und sozial angemessenen Weise erforderlich sind.

- **Bedeutende Lebensbereiche**

Die Ausführung von Aufgaben und Handlungen, die für die Beteiligung an Erziehung, Bildung, Arbeit und Beschäftigung sowie für die Durchführung wirtschaftlicher Transaktionen erforderlich sind – informelle Bildung, Erwerbstätigkeit, bezahlte Arbeit und wirtschaftliches Leben.

- **Gemeinschaftsleben, soziales und staatsbürgerliches Leben**

Handlungen und Aufgaben, die für die Beteiligung an einem organisierten sozialen Leben außerhalb der Familie, der Gemeinschaft sowie in verschiedenen sozialen und staatsbürgerlichen Lebensbereichen erforderlich sind – Gemeinschaftsleben, Erholung, Freizeit, Religion, Menschenrechte und politisches Leben.

Die Teilhabestörungen sind nach den Merkmalen von Ausmaß oder Größe der Beeinträchtigung als Problem zu beurteilen