

Projektbegleitende Lehrveranstaltung  
1.02.606  
Regionales Netzwerk Nachsorge und  
Teilhabe nach erworbener  
Hirnschädigung

Apl. Prof. Dr. med. Andreas Zieger

CvO Universität Oldenburg, Institut für Sonder- und  
Rehabilitationspädagogik

**20. Juni 2017:**

**Assessmentinstrumente zur Bedarfsermittlung von  
Teilhabe**

**Koordinierung der Teilhabeleistungen (BTHG)**

# Übersicht

Präsentationen:

Teil 1 Assessmentinstrumente zur  
Ermittlung von Teilhabebedarf (Zieger)

Teil 2 Koordinierung von Leistungen zur  
Teilhabe nach BTHG (Ann-Kristin Müller)

„D

ER TEILHABEPLAN DIENT JEWEILS IM EINZELFALL EINER BESSEREN VERZÄHNUNG VON LEISTUNGEN ZUR TEILHABE UND DER SICHERUNG DER NAHTLOSIGKEIT DER LEISTUNGSERBRINGUNG.“

Bildquelle: BAR



Abb. 1 Der idealtypische Reha-Prozess als Phasenmodell (vgl. Gemeinsame Empfehlung Reha-Prozess der BAR).

# Bedarfsfeststellung zur sozialen Teilhabe

<b>1. Zugang</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Klärung der Zuständigkeit gem. §5 Nr 4 SGB IX</li> <li>b. Klärung der Federführung (Beauftragter)</li> <li>c. Feststellung der grundsätzlichen Leistungsberechtigung</li> </ul>
<b>2. Bedarfsfeststellungsverfahren</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Einleitung des Bedarfsfeststellungsverfahrens</li> <li>b. Anspruch auf Beratung durch <b>zugelassene</b> Beratungsstelle</li> </ul>
<b>3. Ermittlung/Feststellung von Wünschen</b>	<b>Teilhabegespräch:</b> zuständiger oder federführender Träger Träger (Beauftragter), leistungsberechtigte Personen und Vertrauensperson. Ergebnis: <b>Feststellung der Teilhabeziele</b>
<b>4. Ermittlung/Feststellung des individ. Bedarfs</b>	<b>Teilhabekonferenz:</b> Träger, andere Leistungserbringer (bei trägerübergreifender Bedarfskonstellation), Person: Ergebnis: <b>Feststellung des Bedarfs, Auswahl potenzieller Leistungserbringer</b>
<b>5. Umsetzung der Leistungen</b>	<b>Teilhabekonferenz:</b> Träger, Personen, Leistungserbringer. Ergebnis: <b>Teilhabeplan und Teilhabezielen, Leistungsart/ Umfang, persönliches Budget/Sachleistungen</b>
<b>6. Leistungsbescheid gem. SGB</b>	<b>Verwaltungsakt, ggf. Zielvereinbarung</b>

# Versorgungs-/Entlassmanagement

Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG 2007)

## §11 Abs. 4, SGB V

(4) Versicherte haben **Anspruch auf ein Versorgungsmanagement** ... zur Lösung von Problemen beim Übergang in die verschiedenen Versorgungsbereiche; dies umfasst auch die fachärztliche Anschlussversorgung. Die betroffenen Leistungserbringer sorgen für eine **sachgerechte Anschlussversorgung des Versicherten** und übermitteln sich gegenseitig die erforderlichen Informationen. Sie sind zur Erfüllung dieser Aufgabe von den Krankenkassen zu unterstützen. In das Versorgungsmanagement sind die Pflegeeinrichtungen einzubeziehen ... enge Zusammenarbeit mit Pflegeberatern nur mit Einwilligung und Information ... des Versicherten...

# Screening zur Ermittlung von Case Management Bedarf (Assessment)

## relevante Aspekte

### Berufliche Situation

Mobbingsituation  
Kündigungsproblematik  
Konfliktproblematik am Arbeitsplatz  
Sonstige (z.B. Überforderung)

### Gesundheitliche Situation

Suchtproblematik  
Psychische / **neurologische** Erkrankung  
Hör- und/oder Sehbehinderung  
Krankheitsbewältigung (noch nicht abgeschlossen)  
Sonstiges (z.B. nicht aktenkundige Erkrankung, Burn-out)

### Soziale Situation

Schulden/Insolvenz  
Langzeitarbeitslosigkeit  
Migrationshintergrund  
Eintrag ins Führungszeugnis  
Sonstiges (Trennung, Unterhaltszahlungen pflegebedürftiges Familienmitglied)

## Ermittlung vorhandener Ressourcen

Unterstützungsbedarf **in mehr als einem** Problembereich:

**CaseManagement-Fall**

Berufsbezogenes CM

Lebenslageorientierendes CM

# Assessmentinstrumente

## Ergebnismessung - **Hirnschädigung**

### 1) Behandlungsende Akutkrankenhaus und Frührehabilitationsklinik

- Glasgow Outcome Scale - GCS
- Early Functional Abilities - EFA
- Frühreha-Barthel-Index (FBI)
- Funktioneller Selbstständigkeitsindex (FIM)

# Glasgow Outcome Scale

	Punkt- wert	Datum	
		Aufnahme	Entlassung
<b>Item</b>			
<b>Gestorben</b>	<b>1</b>		
<b><u>Apallisch</u></b>	<b>2</b>		
<b>Schwere Behinderung</b>	<b>3</b>		
<b>Mäßige Behinderung</b>	<b>4</b>		
<b>Gute Erholung</b>	<b>5</b>		

Jennett & Bond 1975)



## Glasgow Outcome Scale (GOS) 8-stufig    GOS extended: GOSE

Datum:

Stufe	Bezeichnung	Operationalisierung	A	E
1	Tod	-		
2	Vegetativer Zustand	Im Vollbild des Wachkomas, ohne minimales Antwortverhalten		
<b>Schwere Behinderung, bewusst, aber abhängig</b>				
3	Vollkommen pflegeabhängig	Kommunikation ist möglich, minimal bei emotionaler Antwort, völlig oder fast völlig abhängig in ADL		
4	Teilweise pflegeabhängig	Teilabhängigkeit in ADL, benötigt Hilfe nur in einer Aktivität wie zum Beispiel Anziehen; viele evidente posttraumatische Beschwerden und/oder Zeichen; Wiederaufnahme des frühen Lebens und Arbeit nicht möglich		
<b>Moderate Behinderung:</b>				
5	Unabhängig in ADL	Unabhängig in ADL; kann beispielsweise mit öffentlichen Verkehrsmitteln reisen; unfähig, frühere Aktivitäten wieder aufzunehmen, weder beruflich noch sozial; trotz schwerer posttraumatischer Zeichen ist die Wiederaufnahme von Aktivitäten auf einem niedrigeren Niveau häufig möglich		
6	Wiederaufnahme früherer Aktivitäten	Posttraumatische Zeichen sind präsent, jedoch erlauben sie eine Wiederaufnahme früherer Aktivitäten, entweder in Vollzeit oder in Teilzeit		
<b>Gute Erholung</b>				
7	Gute Erholung	Fähig zur Aufnahme normaler Arbeit und sozialer Aktivitäten; es sind minimale körperliche oder mentale Defizite oder Beschwerden vorhanden		
8	Vollständige Erholung	Volle Erholung ohne Zeichen oder Symptome		

Wilson,  
Pettigrew,  
Teasdale  
1997

# Koma-Remissions-Skala

Datum:

<b>1</b>	<b>Erweckbarkeit/Aufmerksamkeit (auf beliebigen Reiz)</b>								
	Aufmerksamkeit für 1 Minute oder länger	5							
	Verweilen am Reiz (länger als 5 Sek.)	4							
	Hinwendung zum Reiz	3							
	Augenöffnen spontan	2							
	Augenöffnen auf Schmerzreize	1							
	Keine	0							
<b>2</b>	<b>Motorische Antwort (6 Punkte von der Gesamtsumme abziehen, falls tetraplegisch)</b>								
	Spontanes Greifen (auch im Liegen)	6							
	Gezielte Abwehr auf Schmerzreize	5							
	Körper-Haltereaktionen erkennbar	4							
	Ungezielte Abwehr auf Schmerzreize	3							
	Besagesynergien	2							
	Streckesynergien	1							
	Keine	0							
<b>3</b>	<b>Reaktion auf akustischen Reiz (3 Punkte von der Gesamtsumme abziehen, falls taub)</b>								
	Erkennt vertraute Stimmen, Musik etc.	3							
	Augenöffnen, Kopfbewenden, evtl. Lächeln	2							
	Vegetative (Schreck-) Reaktion (starke)	1							
	Keine	0							

<b>4</b>	<b>Reaktion auf visuellen Reiz</b> (4 Punkte von der Gesamtsumme abziehen, falls blind)								
	Erkennt Bilder, Personen, Gegenstände	4							
	Verfolgt gezielt Bilder, Personen, Gegenst.	3							
	Fixiert Bilder, Personen, Gegenstände	2							
	Gelegentliches, zufälliges Aufschauen	1							
	Keine	0							
<b>5</b>	<b>Reaktion auf taktile Reize</b>								
	Erkennt durch Betasten/Fühlen	3							
	Tastet spontan, greift gezielt	2							
	Auf passive Berührung nur vegetativ	1							
	Keine	0							
<b>6</b>	<b>Sprechmotorische Antwort</b> (Trachealkanülenträger = 3, wenn über Lippenmotorik Sprachlaute erkennbar)								
	Min. ein verständlich artikuliertes Wort	3							
	Unverständliche Äußerungen (Laute)	2							
	Stöhnen, Schreien, Husten (emot. getönt)	1							
	Keine Phonation hör-/erkennbar	0							

Punktzahl: min 0, max. 24

AG Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation 1993

# Early Functional Abilities EFA

Heck et al 1996

Kategorien	Items	Punkte
Vegetativ	Autonome Stabilität Wachheit Toleranz Lagerung,Ausscheidung	4-20
Fazio-oral	Reaktion auf Stimulation/Hygiene Schlucken Kauen/Zungen- bewegung Mimik	4-20
Sensomotorisch	Muskeltonus Kopfkontrolle,Rumpf- kontrolle Positionsveränderungen Stehen Willkürmotorik Lokomotion	7-35
Kognitiv	Reaktion auf taktile visuelle auditorische Stimulation Kommunikation Verständnis	5-25
Summe		20-100

# Frühreha-Barthel-Index (FBI) – BI

Schönle 1996

<b>Barthel-Index</b>	nicht möglich	mit Unterstützung / Überwachung	selbständig
<b>Aktivitäten des täglichen Lebens ATL</b>			
1. Nahrungsaufnahme	0	5	10
2. Transfer Rollstuhl Bett und umgekehrt	0	5	15
3. Persönliche Hygiene (Gesichtwaschen, Kämmen, Rasieren, Zähneputzen)	0	0	5
4. Toilettenbenutzung (An- /Auskleiden, Körperreinigung)	0	5	10
5. Baden/Duschen	0	0	5
6a. Gehen auf ebenem Untergrund (>50 m, evtl. Stützen, schienen, aber selbst anlegen)	0	10	15
6b. bei Rollstuhlbenutzung	0	0	5
7. Treppauf- /Treppabsteigen	0	5	10
8. An-/Ausziehen (einschl. Schuhe binden, Knöpfe schließen)	0	5	10
9. Stuhlkontrolle	0	5	10
10. Harnkontrolle	0	5	10
<b>Summe</b>			

# Frühreha-Barthel-Index

- 50 • intensivmedizinisch überwachungspflichtiger Zustand
- 50 • absaugpflichtiges Tracheostoma
- 50 • intermittierende Beatmung
- 50 • beaufsichtigungspflichtige Orientierungsstörung
- 50 • beaufsichtigungspflichtige Verhaltensstörung
- 25 • schwere Verständigungsstörung
- 50 • beaufsichtigungspflichtige Schluckstörung

Abzüge von Barthel-Index Schönle 1996

# Functional Independence Measure (FIM)

**ICD-10-GM Version 2017**

## **FIM (Functional Independence Measure™)**

Hier kann nur eine grobe Übersicht gegeben werden.

Der FIM besteht aus dem **motorischen FIM** und dem **kognitiven FIM** und dient der Bewertung der motorischen und kognitiven Unabhängigkeit von Patienten bei der Durchführung von Alltagsfunktionen.

**Einstufung auf der Punkteskala** von 1 bis 7 für den Grad der Selbstständigkeit siehe Tabelle unten.

## Motorischer FIM

Der motorische FIM dient der **Bewertung von motorischen Alltagsfunktionen** nach Punkten. Für jeden der 4 zu bewertenden Funktionsbereiche gibt es eine Tabelle, in der 2 bis 6 Funktionen und deren jeweilige mögliche Punktzahl angegeben sind. Die erste Spalte benennt die Funktion, die zweite Spalte gibt den Bereich der möglichen Punktzahl an. Sie reicht für alle Funktionen von eins bis sieben, weshalb der Inhalt der Spalte immer gleich ist.

**Die maximal erreichbare Punktzahl beträgt 91 Punkte.**

<b>Selbstversorgung</b>	<b>Punkte</b>
Essen und Trinken	1/2/3/4/5/6/7
Körperpflege	1/2/3/4/5/6/7
Baden, Duschen und Waschen	1/2/3/4/5/6/7
Ankleiden Oberkörper	1/2/3/4/5/6/7
Ankleiden Unterkörper	1/2/3/4/5/6/7
Intimpflege	1/2/3/4/5/6/7
<b>Kontinenz</b>	<b>Punkte</b>
Harnkontinenz	1/2/3/4/5/6/7
Stuhlkontinenz	1/2/3/4/5/6/7
<b>Transfer</b>	<b>Punkte</b>
ins Bett, auf Stuhl oder Rollstuhl	1/2/3/4/5/6/7
auf Toilettensitz	1/2/3/4/5/6/7
in Dusche oder Badewanne	1/2/3/4/5/6/7
<b>Fortbewegung</b>	<b>Punkte</b>
Gehen oder Rollstuhlfahren	1/2/3/4/5/6/7
Treppensteigen	1/2/3/4/5/6/7



## Kognitiver FIM

Der kognitive FIM dient der **Bewertung von kognitiven Alltagsfunktionen** nach Punkten. Für jeden der beiden zu bewertenden Funktionsbereiche gibt es eine Tabelle, in der 2 bzw. 3 Funktionen und deren jeweilige mögliche Punktzahl angegeben sind. Die erste Spalte benennt die Funktion, die zweite Spalte gibt den Bereich der möglichen Punktzahl an. Sie reicht für alle Funktionen von eins bis sieben, weshalb der Inhalt der Spalte immer gleich ist.

**Die maximal erreichbare Punktzahl beträgt 35 Punkte.**

<b>Kommunikation</b>	<b>Punkte</b>
Verstehen	1/2/3/4/5/6/7
Sich-Ausdrücken	1/2/3/4/5/6/7

  

<b>Soziales</b>	<b>Punkte</b>
soziales Verhalten	1/2/3/4/5/6/7
Problemlösen	1/2/3/4/5/6/7
Gedächtnis	1/2/3/4/5/6/7

## Einstufung auf der Punkteskala

Grad der Selbständigkeit	Punkte
Vollständige Unabhängigkeit	7
Unabhängigkeit nur bei Gebrauch von Hilfsmitteln oder erhöhtem Zeitaufwand	6
Hilfestellung ohne körperlichen Kontakt oder nur zur Vorbereitung	5
Hilfestellung bei minimalem Kontakt; Patient/-in führt die Aktivität zu 75-99 % selbständig aus	4
Mäßige Hilfestellung; Patient/-in führt die Aktivität zu 50-74 % selbständig aus	3
Erhebliche Hilfestellung; Patientin führt die Aktivität zu 25-49 % selbständig aus	2
Vollständige Hilfestellung; Patient/-in ist an der Ausführung der Aktivität zu weniger als 25 % beteiligt oder Anteil nicht beurteilbar	1

Erstveröffentlichungsnachweis:

*Granger CV, Hamilton BB, Linacre JM, Heinemann AW, Wright BD. Performance profiles of the functional independence measure. Am.J Phys Med Rehabil 1993;72:84-9.*

ICD10-GM- Diagnoseschlüssel Stand 23.09.2016

DIMDI.915021003740

© WHO / DIMDI  1994-2017

## (2) Rehabilitationsende (**alle** Erkrankungen)

### Index zur Messung von Einschränkungen der Teilhabe IMET (Deck et al 2006)

#### Beeinträchtigungen

Die folgenden Fragen beziehen sich auf mögliche Beeinträchtigungen im Alltag durch Ihre Krankheit. Bitte kreuzen Sie bei jeder Frage das entsprechende Kästchen an. Dabei bedeuten:

[0]= keine Beeinträchtigung ... .. [10] = keine Aktivität mehr möglich

Ansonsten kreuzen Sie ein entsprechendes Kästchen dazwischen an.

- **übliche Aktivitäten des täglichen Lebens** (dieser Bereich bezieht sich auf Tätigkeiten wie z.B. Waschen, Ankleiden, Essen, sich im Haus bewegen, etc.)

[0] - [1] - [2] - [3] - [4] - [5] - [6] - [7] - [8] - [9] - [10]

- **familiäre und häusliche Verpflichtungen** (dieser Bereich bezieht sich auf Tätigkeiten, die das Zuhause oder die Familie betreffen. Er umfasst Hausarbeit und andere Arbeiten rund um das Haus bzw. die Wohnung, auch Gartenarbeit)

[0] - [1] - [2] - [3] - [4] - [5] - [6] - [7] - [8] - [9] - [10]

- **Erledigungen außerhalb des Hauses** (dieser Bereich umfasst z.B. Einkäufe, Amtsgänge, Bankgeschäfte auch unter Benutzung üblicher Verkehrsmittel)  
[0] - [1] - [2] - [3] - [4] - [5] - [6] - [7] - [8] - [9] - [10]
- **tägliche Aufgaben und Verpflichtungen** (dieser Bereich umfasst alltägliche Aufgaben und Verpflichtungen wie z.B. Arbeit, Schule, Hausarbeit)  
[0] - [1] - [2] - [3] - [4] - [5] - [6] - [7] - [8] - [9] - [10]
- **Erholung und Freizeit** (dieser Bereich umfasst Hobbys, Freizeitaktivitäten und Sport, Urlaub)  
[0] - [1] - [2] - [3] - [4] - [5] - [6] - [7] - [8] - [9] - [10]
- **Soziale Aktivitäten** (dieser Bereich bezieht sich auf das Zusammensein mit Freunden und Bekannten, wie z.B. Essen gehen, besondere Anlässe, Theater- oder Kinobesuche, etc.)  
[0] - [1] - [2] - [3] - [4] - [5] - [6] - [7] - [8] - [9] - [10]
- **enge persönliche Beziehungen** (dieser Bereich bezieht sich auf Eingehen und Aufrechterhalten enger Freundschaften, Partnerschaften, Ehe)  
[0] - [1] - [2] - [3] - [4] - [5] - [6] - [7] - [8] - [9] - [10]

- **Sexualleben** (dieser Bereich bezieht sich auf die Häufigkeit und die Qualität des Sexuallebens)

[0] - [1] - [2] - [3] - [4] - [5] - [6] - [7] - [8] - [9] - [10]

*Für die nächste Frage bedeutet*

[0]= kann Belastungen ... .. [10] = kann Belastungen nicht  
ertragen mehr ertragen

- **Stress und außergewöhnliche Belastungen** (dieser Bereich umfasst z.B. familiäre Auseinandersetzungen und andere Konflikte sowie außergewöhnliche Belastungen im Beruf und am Arbeitsplatz)

[0] - [1] - [2] - [3] - [4] - [5] - [6] - [7] - [8] - [9] - [10]

IMET 2006 © Deck, R., Borowski, C., Mittag, O., Hüppe, A., Raspe, H.

Weitere mögliche Meßinstrumente: Person-Umfeld-Analyse (PUA; Schulze), Netzwerkanalyse/Sozialraum (Dettmers), **ICF Measure of Participation and ACTivities questionnaire – Screener (IMPACT-S; Wendel et al)**, **Measure of Activities and Participation (MAP; Doyle & O’Donovan)**

# Studien zu IMET

---

Akt Neurol 2016; 43(01): 14-23

DOI: 10.1055/s-0041-110202

## Originalarbeit

© Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York

### **Teilhabe nach Schlaganfall: Ergebnisse einer multizentrischen Katamnesestudie in der ambulanten Neurorehabilitation (Teil 1)**

Participation after Stroke: Results of a Multicentric Follow-up Study in Outpatient Neurorehabilitation (Part 1)

D. Pöppel<sup>1</sup>, W. Fries<sup>2</sup>, R. Deck<sup>3</sup>, P. Reuther<sup>4</sup>

---

<sup>1</sup>Psychologie, Ambulante Reha am Krankenhaus Geilenkirchen

<sup>2</sup>Neurokompetenz GbR, München

<sup>3</sup>Institut für Sozialmedizin Lübeck, Universität zu Lübeck

<sup>4</sup>Ambulantes Neurologisches Rehabilitationszentrum, Ahrweiler



## Teilhabe nach Schlaganfall und Schädel-Hirn-Trauma: Ergebnisse einer Pilotstudie in der ambulanten Neurorehabilitation in Vorarlberg

### Participation after Stroke and Traumatic Brain Injury: Results of a Pilot Study in Outpatient Neurorehabilitation in Vorarlberg

#### Autoren

Dominik Pöppl<sup>1</sup>, Judit Marheineke<sup>2</sup>, Ruth Deck<sup>3</sup>

**Methodik** In einer multizentrischen Beobachtungsstudie wurden in 4 ambulanten neurologischen Rehabilitationseinrichtungen eines Rehabilitationsbetreibers im österreichischen Vorarlberg Rehabilitanden nach Schlaganfall oder Schädel-Hirn-Trauma zu vier Messzeitpunkten (zu Beginn, am Ende sowie vier und zwölf Monate nach der ambulanten Neurorehabilitation) schriftlich befragt. Zusätzlich erfolgte eine Fremdeinschätzung des Patientenstatus zu Beginn und am Ende der Rehabilitationsmaßnahme durch behandelnde Ärzte.

**Ergebnisse und Schlussfolgerungen** Die hier vorgestellten Ergebnisse einer Stichprobe aus 4 ambulanten neurologischen Rehabilitationszentren eines Betreibers im österreichischen Vorarlberg sprechen dafür, dass die eingesetzten Instrumente sinnvoll zur teilhabeorientierten Ergebnisevaluation eingesetzt werden können. Zur routinemäßigen Ergebnisevaluation eignet sich eine reduzierte Auswahl an Instrumenten und eine Adaptation für schwerer betroffene Rehabilitanden.

# Studie zu IMPACT-S

160 Originalarbeit

Rehabilitation 2015; 54(03): 160-165

## Teilhabe nach Schlaganfall – Validierung der deutschen Übersetzung des IMPACT-S<sup>1</sup>

Participation Following Stroke – Validation of the German Version of IMPACT-S

Autoren

E. Schenk zu Schweinsberg<sup>1</sup>, J. Lange<sup>2</sup>, M. Schucany<sup>3</sup>, C. Wendel<sup>4</sup>

Institute

<sup>1</sup>Moritz Klinik Bad Klosterlausnitz

<sup>2</sup>Neurologische Rehabilitationsklinik Beelitz-Heilstätten

<sup>3</sup>Fachklinik und Moorbad Bad Freienwalde

<sup>4</sup>Hochschule Magdeburg-Stendal



Der IMPACT-S ist ein generisches ICF-basiertes Selbsteinschätzungsinstrument zur Erfassung von Funktionsfähigkeit und Behinderung, welches bislang in einer niederländischen und englischen Version validiert wurde. Unter anderem auf Grund seiner differenzierten Erfassung der neun Lebensdomänen erfährt er bereits breite Anwendung (Post, 2012; Post et al., 2008, 2010).

Folgende neun Domänen repräsentieren die Komponenten Aktivität und Teilhabe:

- Lernen und Wissensanwendung
- Allgemeine Aufgaben und Anforderungen
- Kommunikation
- Mobilität
- Selbstversorgung
- Häusliches Leben
- Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen
- Bedeutende Lebensbereiche
- Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben

## Zusammenfassung



**Ziel:** Ziel dieser Studie war es, ein zuverlässiges ICF-basiertes Instrument zur Erfassung aller Lebensdomänen der ICF zur Verfügung zu stellen. Aufgrund konzeptueller wie auch psychometrischer Stärken wurde der „ICF Measure of Participation and Activities questionnaire – Screener“ (IMPACT-S) ins Deutsche übersetzt und validiert.

**Methodik:** In dieser multizentrischen Studie wurden 93 Betroffene während ihres stationären Reha-Aufenthaltes nach erstem Schlaganfall (Phase C und D) kontaktiert und zu 2 Messzeitpunkten 4–6 Monate postalisch nach dem Akutereignis befragt.

**Ergebnisse:** Die interne Konsistenz der einzelnen IMPACT-S-Domänen und der beiden Subskalen war als befriedigend bis sehr gut einzuschätzen (0,72–0,94; Globalskala: 0,97). Ebenso zeigte sich eine gute bis sehr gute Test-Retestreliabilität.

**Schlussfolgerung:** Die vorliegende deutsche Übersetzung und Validierung des IMPACT-S bildet die 9 Teilhabe-Domänen der ICF umfassend ab und erfüllt die statistischen Gütekriterien.

# Aktuelle sozialpolitische Entwicklungen

Rundschreiben Nr. 668/2017

Niedersächsischer Landkreistag (NLT)  
vom 9.6.2017

„Umsetzung des Bundesteilhabegesetzes:

- Bedarfsermittlungsverfahren: Einholen von Informationen über die in der kommunalen Praxis (örtliche Sozialhilfeträger) eingesetzten Instrumente und Erfahrungen (laut Schreiben des SM vom 27.2.2017: bisher keine Ergebnisse) ...“

ff. Rundschreiben NLT:

Fachtag der Länder am 2.5.2017 in Thüringen:

- „Ergebnisse einer Umfrage bei den überörtlichen Trägern der Sozialhilfe zu Bedarfsermittlungsinstrumenten und Gesamtplanverfahren“ (unveröffentlicht)
- Präsentation Frau Prof. Gromann, Institut personenzentrierte Hilfen, Uni Fulda:  
„Anforderungen des BTHG an Bedarfsermittlungsverfahren und Integrierte Teilhabeplanung ITP Thüringen“  
und  
„Wesentliche Elemente der Umsetzung des ITP Thüringen: Thüringer Prozessschritte – Thüringer Dreiklang – Personenzentrierte Komplexleistung“ (einschl. Ausfüllbogen des ITP)

[www.thueringer-sozialministerium.de](http://www.thueringer-sozialministerium.de)

# ITP Thüringen

## Infoblatt 1 - Datenschutz

Verantwortlich: AG Eckpunkte / ständige AG für Fachthemen  
Redaktion: TMSFG / Franziska Latta (Franziska.Latta@tmsfg.thueringen.de)  
Stand: 18. Juni 2013

### Was ist der ITP?

Der Integrierte Teilhabeplan (kurz: ITP) bezeichnet ein neuartiges Verfahren zur Feststellung von Hilfebedarfen von Menschen mit Behinderung auf Grundlage persönlicher Zielsetzungen, Ressourcen und Beeinträchtigungen. Vor dem Hintergrund der notwendigen Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention und dem Paradigmenwechsel in der Politik für Menschen mit Behinderungen ist der Mensch mit seinen individuellen Bedarfen und in seiner konkreten Lebenssituation stärker in den Mittelpunkt zu stellen, um davon ausgehend adäquate und passgenaue Hilfen anbieten zu können. Der ITP unterstützt damit den Prozess des Wandels in der Eingliederungshilfe von einer gegenwärtig überwiegend einrichtungszentrierten und pauschalen zu einer personen-zentrierten und individuellen Hilfe.

für den Zeitraum vom  bis

## 1. Sozialdaten

Nachfragende Person:

Name  Vorname

Straße

Postleitzahl  Wohnort

Telefon

geboren am  Geburtsort

Schulbildung

Beruf  Staatsangehörigkeit

Familienstand / Situation

Nächste/r Angehörige/r (bzw. Nächste Bezugsperson)

Name  Verwandtschaftsstatus

Straße  Telefon

Postleitzahl  Wohnort

Wurde ein gesetzlicher Betreuer bestellt oder einer nahestehenden Person Vollmacht erteilt?

nein

ja, und zwar:

gesetzl. Betreuer

Bevollmächtigung

Wenn ja:

Name  Vorname

Straße  Telefon

Postleitzahl  Wohnort

Wirkungs- / Aufgabenkreis des Betreuers oder der bevollmächtigten Person (siehe Bestellungsurkunde):

## 2. Bisherige und aktuelle Behandlungs- / Betreuungssituation

In den letzten 12 Monaten in Anspruch genommene Leistungen. Wohnsituation mit Angehörigen?

Gab es bisher über Familien bzw. Einrichtungen hinausgehende Abstimmungen bzgl. Situations- einschätzung, Ziele, Vorgehen?

ja  nein

Wenn ja, folgende Dienste / Einrichtungen waren beteiligt:

Die Abstimmung erfolgte (ggf. mehrfach ankreuzen):

- schriftlich  mündlich  
 in Gesamtplankonferenzen

Häufigkeit der einrichtungs-/dienstübergreifenden Abstimmung, Stichworte zu Absprachen:

War eine koordinierende Stelle / Person für die Hilfeplanung benannt?

ja  nein

Wenn ja, folgende Stelle/Person:

**Vorrangige Behinderung:**

- körperliche Behinderung  körperliche Behinderung  
 geistige Behinderung  geistige Behinderung  
 seelische Behinderung  seelische Behinderung  
 Suchterkrankung  Suchterkrankung

GdB vorhanden

noch kein sozialmedizinisches / arztärztliches Gutachten vorhanden

Leistungen nach SGB XI

**Zusätzliche begleitende Behinderung:**

- körperliche Behinderung  
 geistige Behinderung  
 seelische Behinderung  
 Suchterkrankung

ggf. Erläuterungen, z.B. Sinnesbehinderung:

Leistungen nach SGB V

**Bitte Zusatzblatt benutzen, falls mehr Platz benötigt wird**



Name

Vorname

Zeitraum bis

### 3. Ziele von Herm/Frau

Bitte auswählen:

#### Wohnsituation

Aktueller Stand

Veränderungen im  
Planungszeitraum

Langfristig geplante  
Veränderungen

#### Arbeitsituation / Tagesstruktur

### 4. Stichworte zur aktuellen

#### Situation / Umweltfaktoren

folgend sind nur die Angaben notwendig, die sich auf die vereinbarten Ziele und ihre Voraussetzungen beziehen.

##### a) Übergreifende persönliche Situation:

##### b) Aktuelle Probleme der Teilhabe

Aus den Bereichen: Biografische Faktoren, Lebenssituation, sozioökonomischer Status, körperliche / psychische Faktoren, Lebensstil, Einstellung zu Gesundheit / Krankheit, soziale Kompetenz und soziales Wohlbefinden.

### 5. Vereinbarte Zielbereiche der Hilfen:

Bitte einen Zielbereich auswählen und in dem Textfeld stichwortartig jeweils ein konkretes Ziel und einen konkreten Indikator für das jeweilige Ziel eintragen.

#### a) Übergreifende persönliche Ziele

Ziel:

Indikator:

Ziel:

Indikator:

#### b) Selbstversorgung / Wohnen:

Ziel:

Indikator:

Ziel:

Indikator:

**c) Unterstützung und Barrieren im Umfeld**

**Aus den Bereichen:** Materielle Situation / Vermögenswerte (e165), Mobilität (e120), Kommunikation (e125), Hilfsmittel (e115).

[Empty box for notes]

**d) Unterstützung oder Beeinträchtigung Beziehungen**

**Aus den Bereichen:** Familie (e310, 315), Freunde (e320), persönliche Hilfspersonen (e340), Nachbarn / Kollegen (e325), Vorgesetzte (e330).

[Empty box for notes]

**c) Arbeit und Beschäftigung / Tagesstruktur:**

Ziel:

Indikator:

Ziel:

Indikator:

**d) Freizeit / persönliche Interessen / Teilhabe am gesellschaftlichen Leben:**

Ziel:

Indikator:

Ziel:

Indikator:

Bitte Zusatzblatt benutzen, falls mehr Platz benötigt wird.

Es folgen Bogen 3-8.

Download (PDF) <http://www.thueringen.de/th7/tmasgff/soziales/itp/>

Allgemeines

Vita

Lehrgebiete / Module

Forschungsschwerpunkte

Forschungsprojekte

Publikationen

## Prof. Dr. Petra Gromann

Hochschule Fulda  
Gebäude 21, Raum 106  
Leipziger Straße 123  
36037 Fulda

☎ +49 661 9640-226  
☎ +49 661 9640-249  
✉ [petra.gromann\(at\)sw.hs-fulda.de](mailto:petra.gromann(at)sw.hs-fulda.de)



IPH Thüringen Version 3 Stand: März 2015

Prof. Dr. Petra Gromann, Hochschule Fulda, Institut Personenzentrierte Hilfen

<http://www.personenzentrierte-hilfen.de>

## Publikationen (Auswahl):

**Gromann, Petra : Wie misst man Teilhabe aus Nutzer sicht , in ZS Nachrichtendienst des Deutschen Vereins Juli /2015 S. 381 - 387**

**Gromann, Petra : Verfahren der Teilhabeplanung und ein verändertes Verständnis von Behinderung : Welche Anforderungen gibt es an Bedarfsermittlungsverfahren in ZS Kerbe 3/2015**

**Gromann, Petra : Hilfeplankonferenzen – Erfahrungen mit teilhabeorientierter Gestaltung und (Um-)Steuerung S. 13 – 34 , in : LVR ( Hg) 2015 Zukunft der Hilfeplankonferenzen – Hilfeplankonferenzen der Zukunft Köln**

**Gromann, Petra : Bedarfsfeststellung und integrierte Teilhabeplanung in : Schäfers M und Wansing G (Hsg) 2016 –im Druck : Teilhabebedarfe von Menschen mit Behinderung zwischen Lebenswelt und Hilfesystem**

**Gromann, P. und Deuschle A. : Regionale Teilhabeindikatoren für eine teilhabeorientierte Steuerung der Eingliederungshilfe in : Windisch M, Wansing G (Hsg) Selbstbestimmte Lebensführung und Teilhabe – Behinderung und Unterstützung im Gemeinwesen ( 2016 – im Druck )**

**Gromann, P : Teilhabeindikatoren aus Nutzersicht und ihr Beitrag zur Personenzentrierung der Hilfen**  
In:  
ZS Zur Orientierung 3/2016 ( im Druck )

Gefördert durch die

**AKTION**  
MENSCH



Bundesarbeitsgemeinschaft  
der Freien  
Wohlfahrtspflege



## Abschlussbericht

zum Projekt

# „Wie misst man Teilhabe in der Eingliederungshilfe?“

Laufzeit: 01.06.2011 – 31.05.2014