

Petra Gromann

Umsetzungsbegleitung BTHG

Der Integrierte Teilhabeplan „ITP“ als Bedarfsermittlungsinstrument in mehreren Bundesländern

Der ITP (Integrierter Teilhabeplan) steht für eine prozess- und dialogorientierte Ermittlung von Teilhabebedarfen von Menschen mit Beeinträchtigungen. Die Bezeichnung „Integriert“ steht dabei für die Einsicht, dass vielfältige Wechselwirkungsprozesse zwischen Person, Lebenslage und Sozialraum existieren. Insbesondere haben sowohl die Organisationsformen der professionellen Hilfen (Leistungserbringer) wie auch die Finanzierung und deren Organisationsformen (Leistungsträger) in ihrem Verwaltungshandeln Einfluss auf die Ermittlung von „Bedarf“. Die unterschiedlichen Interessenlagen der beteiligten Akteure führen zu vielfältigen Spannungsfeldern, die sich in der Wahl und der Ausgestaltung des Teilhabeplanungsinstruments – der Bedarfsfeststellung konkretisieren.

Der ITP wurde bereits vor der Einführung des BTHG in Thüringen von 2011 an in allen Landkreisen und kreisfreien Städten eingeführt; in Hessen wurde er 2007 in Wiesbaden entwickelt und ab 2010 in Modellprojekten zusammen mit einer Vergütungsumstellung (PerSeH – personenzentrierte Steuerung der Eingliederungshilfe) des LWV erprobt. Weiterhin haben Erprobungen vor der Einführung des BTHG in Ludwigsburg/Baden-Württemberg, Güstrow und Rostock – Mecklenburg-Vorpommern und Hamburg stattgefunden.

Der ITP ist ein langjährig bewährtes Instrument der Hilfeplanung, er wurde als Folgeinstrument des IBRPs der Aktion psychisch Kranke (erste Version 1994) ab 2007 in Hessen für alle Menschen mit Beeinträchtigungen weiterentwickelt. Grundlage der Bedarfsfeststellung sind die Wünsche, die zu erarbeitenden Arbeitsziele in den Lebensbereichen und daraus entwickelt die Leistungen, die sich aus einer gemeinsamen Planung ergeben. Die notwendige Unterstützung für die eigenen Ziele muss auch die Fähigkeiten, Ressourcen, Barrieren und Beeinträchtigungen berücksichtigen, die für die Umsetzung der Teilhabeziele von Bedeutung sind. Bedarfsfeststellung muss folgerichtig auf der Grundlage des BTHGs gemeinsam im Dialog entwickelt werden. Lebensziele zu haben, sich für die eigenen Vorstellungen eines „guten Lebens“ einzusetzen – das wird als wesentliche Grundlage für Erfolge von Hilfen erkannt und schafft Voraussetzungen dafür, mehr Teilhabe im Alltag von Menschen mit Beeinträchtigungen über eine gemeinsame Planung der Umsetzung und ihrer Finanzierung zu erreichen.

Überformt wird dieser Kern des Verfahrens (Ermittlung des individuellen Bedarfs, Dokumentation der Wünsche des Leistungsberechtigten § 119 ff. SGB IX n.F.) durch Verwaltungs- und (elektronische) Dokumentations- wie Datenschutzerfordernungen auf der Seite der Leistungsträger.

Zur Einordnung der bundeslandspezifischen Diskurse um Bedarfsfeststellung ist noch wichtig zu verstehen, dass das Verwaltungsverfahren zur Gewährung von Leistungen zur Teilhabe eingebettet ist in Vorschriften zur Beratung und Unterstützung (§ 106 SGB IX n.F.), eine Antragstellung (§ 108 SGB IX n.F.), die Zuständigkeitsprüfung einschließlich der Prüfung der Einbeziehung weiterer Leistungsträger (§ 98 SGB IX n.F., §§ 14, 15 SGB IX), der Prüfung der Zugehörigkeit der antragstellenden Person zum leistungsberechtigten Personenkreis einschließlich zukünftig der Prüfung der Teilhabe einschränkung (§ 99 SGB IX n.F., § 90 SGB IX n.F.).

Das landesspezifisch unterschiedliche Zusammenspiel der Verwaltungsvorschriften und die jeweils regional geprägten Dokumentationsanforderungen haben zu spezifischen ITP-Versionen (Hessen, Thüringen, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen, Brandenburg) und einem Gesamtplanvorschlag für Sachsen-Anhalt geführt. Der Prozess der Integrierten Teilhabeplanung ist gleich, die Anordnung der Sozialverwaltungsdaten und der Angaben zum Prozess (Seiten 1 und 6) und zur Auswertung sind für die Anpassung an vorhandene Verwaltungsstrukturen jedoch unterschiedlich gestaltet. Weiterhin sind jeweils die offiziellen Landesfarben verwendet worden. Für die ITPs, die nach der BTHG-Einführung partizipativ in Landesarbeitsgruppen erarbeitet wurden, ist als Unterschied noch zu benennen, dass die ICF-Items der Aktivitäten erweitert wurden. Diese dienen zur Einschätzung „Was ist bei der Umsetzung von Teilhabezielen noch bedenken?“ als Vorlage im Instrument (Seite 3 - teilweise sind jetzt zwei Seiten als Seite 3 enthalten). Getrennt von der Bedarfsfeststellung sind unterschiedlich gewichtete Ergänzungen entstanden: zur Einschätzung der wesentlichen Teilhabebeeinträchtigung, Anamnese- und Übertragsbögen für pflegerische Unterstützung und herausforderndes Verhalten, ergänzende Daten zu beruflicher Rehabilitation und Abhängigkeitserkrankungen.

Von besonderer Bedeutung ist auch, dass inhaltlich auf dem gleichen Prozess beruhende Instrumente für den Bereich Kindheit und Jugend (ab Schuleintritt) in Mecklenburg-Vorpommern, Thüringen, Sachsen und Brandenburg entwickelt und derzeit evaluiert werden; ebenso wie für die Frühe Kindheit (bis Schuleintritt) (ohne Brandenburg).

Erklärungen und Hypothesen, warum der ITP häufig in den „neuen“ Bundesländern eingeführt wird, sind schwierig. Eine einfache Erklärung – etwa, dass bei örtlichen Zuständigkeiten der EGH die Expertise von Thüringer Erfahrungen bereits vorlag – sind nicht

eindeutig, weil mit Sachsen auch ein Bundesland, dass im Bereich Erwachsene eine überörtliche Zuständigkeit aufweist, den ITP nutzt. Hier war ein wissenschaftliches Gutachten der Universität Dresden zu Hilfebedarfsermittlungsverfahren handlungsleitend für die Auswahl. Die einzige Gemeinsamkeit besteht darin, dass in diesen Bundesländern die Sozialministerien sich aktiv um die Moderation eines Aushandlungsprozesses bemüht haben. Vielleicht haben Sie auch auf dem Hintergrund einer eher durchschnittlich geringeren Ausgabenquote pro Fall in der Eingliederungshilfe die Konflikte zwischen den Interessenpositionen Leistungsträger, Leistungserbringer und den Vertretungen von Menschen mit Behinderungen und ggfs. ihrer Angehörigen nicht gescheut. So wurden diese hier am Thema „einheitliches Instrument“ ausgetragen. Eine mögliche Klärung, warum in vielen „alten“ Bundesländern die Eingliederungshilfeträger selbst Instrumente entwickelt/vorgelegt haben lässt sich vielleicht in dem Diskurs zur neuen Rolle des Leistungsträgers EGH nach dem BTHG finden und der erheblichen Anforderungen an diese neue Rolle finden.

Die neue Rolle der Leistungsträger der Eingliederungshilfe

Die klare Festlegung des BTHG auf die Nutzung von einheitlichen Verfahren der Bedarfsfeststellung in den Bundesländern wie die Stärkung der Rolle des Leistungsträgers Eingliederungshilfe in diesem Prozess hat zu einer Vereinheitlichung des Flickenteppichs an genutzten Instrumenten für Bedarfsfeststellung/Gesamt- und Teilhabeplanung in jedem Bundesland geführt. Es besteht ein hoher Druck zur Kostendämpfung bei nur geringer bzw. keiner Kontrolle in Bezug auf die Inanspruchnahme (Rechtsanspruch bei steigenden Fallzahlen) und die inhaltliche Gestaltung der Leistungen. Die Leistungsgestaltung muss folglich in einem Hilfeplanungssystem transparent festgehalten werden.

Der Anspruch der Steuerung regionaler Kollektivgüter (regional ausreichend vorhandene Versorgungsangebote für unterschiedliche Zielgruppen) ist von hoher Bedeutung für die Wahrnehmung des gesetzlichen Auftrages. Es besteht meist nur bruchstückhafte Kenntnis oder Einflussmöglichkeiten auf den Zugang bzw. die Auswahl der Leistungserbringer durch Antragsteller. Eine einheitliche Gestaltung von Bedarfserhebung und Teilhabeplanung kann zu einem Überblick über definierte Sozialräume führen, wenn systematisch auch Teilhabeziele sowie Art und Umfang der Leistungserbringung ausgewertet werden. Bisher erfolgt eine Plausibilitätskontrolle in meist frei formulierten Dokumenten; eine systematische Evaluation der Wirkungen auf Teilhabe erfolgt nicht.

Die Umsetzung der gesetzlichen Verpflichtung zur individuellen Leistungsgenehmigung und dem „Monitoring“ der individuellen Prozesse geschah und geschieht bei meist nur eingeschränkter Kenntnis der antragstellenden Person und deren Umfeld.

Teilhabeplanungsdokumente müssen folglich die Wechselwirkungskategorien der ICF abbilden.

Qualifizierte regional- und zielgruppenerfahrene Mitarbeiter, die professionell gute Passungen von Antragstellern und Fachkräften in der Begleitung und Betreuung ermöglichen und dabei Verwaltungsanforderungen und sozialrechtliche Ansprüche gleichermaßen berücksichtigen können, sind in der Lage, bei ausreichenden Zeitressourcen auch direkt Teilhabeplanungen von Klienten zu begleiten – so dies von diesen gewünscht wird.

Teilhabeplanungsinstrumente mussten folglich sich inhaltlich mehr auf diese Anforderungen der Leistungsträgerebene ausrichten. Als Konsensverfahren (§ 117 SGB IX n.F.) sind sie jedoch auch für die anderen Interessenpositionen an Bedarfsfeststellung (Leistungsberechtigte, Leistungsträger, Angehörige) von hoher Bedeutung. Die Evaluation der in § 117 SGB IX n.F. benannten Qualitätskriterien in Bezug auf Teilhabeplanungen muss möglich sein. Instrumente sind folglich auch so zu gestalten, dass sie sowohl Verwaltungsvereinfachungen wie auch Beteiligungsoptionen ermöglichen. Das bedeutet, dass auch das komplexe System von Zugriffs- und Schreibrechten durch den Leistungsträger organisiert und gesteuert werden muss (vgl. dazu ThAVEL 2017).

Das bisherige System der „organisierten Nichtzuständigkeit“ auf der Ebene unterschiedlicher Leistungsträger ist durch das BTHG neu formuliert worden – und wird zukünftig häufig durch die Zuständigkeitsklärung auf der „Fallebene“ für Mitarbeiter der Eingliederungshilfeträger wichtig. Dies ist nur zu lösen, wenn diese tatsächlich eine Steuerung im Rahmen ihrer gesetzlichen Verpflichtung der „Gesamt“planung übernehmen. Deshalb müssen Bedarfsfeststellungsinstrumente einheitlich, übergreifend und übersichtlich gestaltet sein und ggfs. auch für andere Leistungsträger „anschlussfähig“ gestaltet werden.

Die Erfahrungen aus Einführungsprozessen mit dem ITP machen deutlich, dass prozessorientierte und einheitliche Verfahren der Teilhabeplanung hohe Anforderungen an die Umorganisation der Leistungsträger stellen. Neben Fragen eines personenzentrierten Controllings und einer vergleichbaren Dokumentation von Leistungsgenehmigungen stellen sich bei einem übergreifenden Verfahren Fragen der Zuständigkeit und der Kompetenzen – sowohl regional als auch auf Zielgruppen bezogen. Weiterhin müssen Fragen der Verantwortung des Prozesses zur individuellen Bedarfsfeststellung geklärt werden: Wer unterstützt aktuell Betroffene bei einer Antragstellung? Welche Unabhängigkeit sichernde und verbrieftes Wahlrecht garantierende Beratungsangebote gibt es im Rahmen

verlässlicher Assistenz vor Ort? Wer erbringt flexible, passgenaue Leistungen vor Ort? Wer koordiniert bei der Erbringung von komplexen Unterstützungsleistungen? Wie organisiert man notwendige Gesamtplan-/Teilhabeplankonferenzen regional? Wie können vorrangige Leistungsträger mit eingebunden werden?

All dies verlangt nach übergreifenden Verhandlungen und der Prozessgestaltung mit Leistungserbringern und kommunalen Gebietskörperschaften bzw. beteiligten Ämtern und Dienststellen anderer Leistungsträger. Schon diese wenigen Fragen machen deutlich, dass in diesen Organisationsentwicklungsprozessen bei Leistungsträgern mit Reaktanzphänomenen zu rechnen ist, insbesondere wenn das Verhältnis von örtlichen und überörtlichen Leistungsträgern nicht geklärt bzw. konfliktbehaftet ist. Folgerichtig entwickelten sich in den meisten Bundesländern eigene Bedarfsfeststellungsinstrumente, die von den Trägern der Eingliederungshilfe entweder selbst entwickelt oder beauftragt wurden. Diese orientieren sich alle an den Vorgaben des BTHG, verbinden diese aber nicht zu einem Planungsprozess der konkreten Leistungen (Was genau wird von wem und in welchem Umfang für die Teilhabeziele geplant/geleistet?). Eine solche „personenzentrierte“ Leistungsplanung verlangt die Auseinandersetzung mit den oben geschilderten Fragestellungen. Dies begründet meine These, dass nur in den Bundesländern, in denen Sozialministerien den Prozess der BTHG Umsetzung moderieren und steuern, es zu Entscheidungen für gemeinsame Instrumente kam, die dann jeweils partizipativ in Erprobungsverfahren auf regionale Bedarfe und regionale Interessenkonstellationen abgestimmt wurden. Prozess- und konsensorientierte Instrumente erhöhen die Komplexität des Verwaltungshandelns, bieten aber die Chance der Steuerung der konkreten Leistungsausgestaltung.

Prozessinstrumente zur Bedarfsfeststellung sind als eine Art Gesprächsleitfaden zu verstehen. Bedarfsfeststellung in diesem Sinne ist weniger eine Zuordnung von Beschreibungen zu definierten Bedarfen, sondern eine Anleitung, die Schritt für Schritt die Wahrnehmung der Wechselwirkungen zwischen persönlichen und strukturellen Voraussetzungen in Beziehung setzt zu Lebenszielen und gemeinsam für den Planungszeitraum erarbeiteten erforderlichen Hilfen. Sie sollen es ermöglichen, mit Menschen in unterschiedlichsten Lebenssituationen unter Berücksichtigung ihrer Fähigkeiten und Beeinträchtigungen einen Plan für ihre Unterstützung mit erstellen. Der den Bögen zugrundeliegende Prozess (Selbstorganisationszirkel) soll folglich nicht nur von Fachkräften, sondern auch von Menschen mit Beeinträchtigungen verstanden werden: Situation einschätzen, Ziele herausfinden, Möglichkeiten und Hindernisse bedenken, Hilfen in der

Umgebung und von Unterstützung von Fachkräften planen und vereinbaren sind die Prozessschritte.

Bedarfsfeststellung geht damit über den engen Rahmen einzelner Einrichtungen und Dienste hinaus und erfordert die Wahrnehmung unterschiedlicher Lebens- wie Tätigkeitsorte, die Zusammenarbeit und Arbeitsteilung von Fachkräften/Assistenzkräften des persönlichen oder professionellen Umfeldes und anderer Hilfen im Sozialraum. Prozessorientierte Verfahren fokussieren den angemessenen Bedarf an Unterstützungsleistungen für die Person und nicht mehr Merkmale der Person. Von besonderer Bedeutung dabei ist, dass (Lebens-)Ziele der Person in den Blick genommen werden und daraus Arbeitsziele für den Vereinbarungszeitraum miteinander entwickelt werden.

Die gegenwärtige Situation der Bedarfsermittlung und Gesamt- oder Teilhabeplanung ist gekennzeichnet von zahlreichen Abstimmungs- und Schnittstellenproblemen zwischen den verschiedenen Leistungsträgern und Leistungserbringern. Hinzu kommen unterschiedliche sozialrechtliche Anspruchsvoraussetzungen von Klienten und die sehr unterschiedliche Organisation und regionale Verfügbarkeit von Hilfen. Ein einheitliches Teilhabeplanungsinstrument und -verfahren vermeidet Schnittstellen und Brüche in der Begleitung/Assistenz/Pflege von Menschen mit Behinderungen zwischen unterschiedlichen Fachkräften, Organisationen und Leistungserbringern wie Leistungsträgern. Dies bedeutet auch, dass Instrumente nicht nur prozessorientiert sein sollten, sondern auch die „Ebenen“ von Teilhabeplanung miteinander verbinden müssen. Bedarfsermittlung muss praktisch eine „Brücke“ darstellen, in der verschiedene Angaben zusammengeführt werden. Funktional muss verbunden werden:

1. Erarbeitung der persönlichen „Teilhabeziele“, Einschätzung der Fähigkeiten und Beeinträchtigungen und der Umfeldbedingungen, damit diese Ziele angegangen werden können (funktionale Berücksichtigung der Wechselwirkungen zwischen Gesundheitsstörungen, Aktivitäten, Teilhabe, Umwelt und personenbezogenen Faktoren – Bezug ist hier die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit, ICF-Konzept), Umsetzung des Prozesses der Teilhabeplanung im Dialog
2. Erarbeitung von Dienstleistungen bzw. Arbeitsanteilen von Einrichtungen und Diensten sowie privaten wie ehrenamtlichen Beteiligten auf der Basis von Zielen und Wünschen der Klienten
3. Trägerübergreifende Koordinierung und Abstimmung zwischen Teams, Einrichtungen und verschiedenen Angebotsbereichen (z.B. Wohnen/Arbeiten) und Anspruchsebenen (Teilhabe an z.B. Arbeit /Behandlung/Begleitung/Pflege)

4. Sicherung der Grundlage für eine inhaltlich angemessene, zeitbezogene, zielgruppenübergreifende und leistungsträgerübergreifende Finanzierungsgrundlage (Auflösung der unterschiedlichen Finanzierung stationär/ambulant, regelhafte Einbeziehung Persönlicher Budgets)
5. Das Monitoring solcher Dokumente kann dann auch eine regionale Abstimmung der Bedarfe abbilden und zur Grundlage einer teilhabeorientierten regionalen Steuerung werden

Der Zeitbezug und die Absicherung der Finanzierung einer solchen Bedarfsermittlung ist wichtig: Nur so können Antragsteller*innen selbst eine Einschätzung gewinnen, in welchem Umfang und wo sie begleitet und unterstützt werden. Fachkräfte müssen einschätzen können, in welchem Umfang und für was genau sie tätig werden. Für Leistungserbringer wie Leistungsträger ist die Inanspruchnahme von Mitarbeiterzeit der mit Abstand wichtigste Kostenfaktor. Es bietet sich deshalb an, zeitbezogen zu planen, weil dies eine individuelle und abgestimmte Arbeitsteilung wie auch eine einheitliche Finanzierungsgrundlage darstellt.

Der Integrierte Teilhabeplan ITP (2007) tritt mit dem klaren fachlichen wie auch gesetzlichen Anspruch an, zu individuell abgestimmten Unterstützungsleistungen zu kommen – und dies unabhängig vom Ort der Leistungserbringung. Die Kritik richtet sich nicht nur auf die hospitalisierende Praxis großer stationärer Heime, sondern an alle Dienste und Einrichtungen in allen Arbeitsfeldern. Individuelle, dialogische Teilhabeplanung muss folglich bisherige gruppen- oder einrichtungsbezogene Betreuungs- und Begleitungsroutinen „verstören“ und auf eine ziel- und ergebnisoffene Planung von Assistenzleistungen bestehen.

Wenn jedoch Ziele und Wünsche in Instrumenten aufgeschrieben werden - und sich daraus keine konkrete Planung von Unterstützungsleistungen in der Bedarfsermittlung ergeben - werden die Chancen des neuen Eingliederungshilferechts vertan.

Fehlende Sinnhaftigkeit und Zukunftsorientierung von professionellen Trainingsmaßnahmen sind für Betroffene deutliche Barrieren (vgl. dazu auch die evidenzbasierte S 3 Leitlinie Psychosoziale Therapien, DGPPN 2015), deshalb ist die Orientierung an „eigenen“ Zielen besonders wichtig für Motivation und Selbstwirksamkeitserfahrungen. Teilhabeplanverfahren sollten diesen Kernprozess „Zielorientierung“ nicht nur durch das Festhalten von Zielen und ihren Anzeigern in allen Lebensbereichen verfolgen, sondern auch durch eine Auswertung der Ziele und Zielanzeiger. Dies ist verbindlich vorzunehmen, bevor ein neuer Planungsprozess beginnt. Das Lernen aus Erfahrung, die dialogische Reflexion von Erfolgen, die Auswertung von erfolgten Umorientierungen, fehlenden Rahmenbedingungen

wie Misserfolgen ist das Kernstück einer persönlichen wie professionellen Weiterentwicklung.

Erfahrungen bei den bisherigen Einführungsprojekten zeigen, dass die Beteiligung von Betroffenen deutlich gestützt werden muss, insbesondere was die Formulierung von eigenen Zielen betrifft (vgl. dazu Budinger/Sylupp 2015). Eine methodische Hilfe hierzu stellt eine „Teilhabekiste“ in einfacher Sprache dar, die im Rahmen des Projekts „Wie misst man Teilhabe in der Eingliederungshilfe“ von Nutzern selbst entwickelt wurde (vgl. BAG Wohlfahrt 2014 und Lück/Gromann 2015). In der Praxis kommt es zu selten zur Auswertung von Erfahrungen mit den geplanten Unterstützungen. Dabei wird die wesentliche Chance, zu Selbstwirksamkeitserfahrungen zu kommen, vertan.

Das traditionelle System der Eingliederungshilfe (einrichtungsbezogene Finanzierung über Platzzahlen, Zuweisung von Klienten in strukturell und konzeptionell definierte Leistungsformen) soll sich nach dem BTHG deutlich verändern. Bei dieser Umstellung von einrichtungsbezogenen zu personenbezogenen Konzepten muss sich sowohl die Finanzierung (Ablösung der Anreize stationärer Erbringung durch ein einheitliches Finanzierungssystem unabhängig von Ort und Art der Leistungserbringung) als auch die Steuerung und Qualitätssicherung wandeln. Durchaus unterschiedlich wird dabei jedoch eingeschätzt, ob damit der weiter zu erwartenden Kostenanstieg der Eingliederungshilfe begrenzt werden kann. Aktuell erleben wir eine Renaissance eines Steuerungsmodells, das auf sozialbehördliche Übernahme der Teilhabepflicht im Einzelfall setzt (vor allem bei „Neu-Antragstellern“). Einzelfallsteuerung durch den Leistungsträger soll das System kostengünstiger gestalten. Damit verbunden soll die Direktionsmacht zur Ausgestaltung von Leistungen und zur Platzierung an die Kostenzusage geknüpft werden. Angesichts der komplexen Verhältnisse von Interessen und regionalen Strukturen wie den Bedingungen der Leistungserbringung individueller Teilhabeunterstützung, der Notwendigkeit intensiver Beratungs- und Begleitungsprozesse meist unbekannter Klientinnen und Klienten sind hier umfangreiche neue Personalressourcen erforderlich.

Insgesamt ist festzuhalten, dass für eine Bedarfsfeststellung das Finalitätsprinzip von hoher Bedeutung ist: Es geht hier nicht um eine vollständige Beschreibung der Probleme von Antragstellern und auch nicht um eine Diagnostik mit lediglich den ICF Codes der Aktivitäten und Teilhabe, sondern um eine Einschätzung von Ausgangslage, eine kooperative Zielvereinbarung und die Berücksichtigung von Beeinträchtigungen und Fähigkeiten bei der Planung von Unterstützungsleistungen, die zentral für das Erreichen von Zielen (auch

Erhaltungszielen) sind. Nicht allein in den einzelnen Prozessen der Hilfeplanung, sondern auch in der Region kommt es auf die Umsetzung und Wirkung von Teilhabe an.

Als Fazit wäre festzuhalten: Integrierte, übergreifende und prozessorientierte Bedarfsfeststellungsverfahren sind unverzichtbar für Teilhabeentwicklung – die Auswirkungen ihrer Einführung auf Klienten, Fachkräfte, Leistungserbringer und Leitungsträger sind jedoch in ihrer Komplexität nicht zu unterschätzen.

Literatur:

BAG Wohlfahrt (2014): „Wie misst man Teilhabe in der Eingliederungshilfe“ Projekt <https://www.bagfw.de/qualitaet/wie-misst-man-teilhabe-in-der-eingliederungshilfe/> (Zugriffsdatum: 28.11.2018).

Budinger, Klaus; Sylupp, Ariane (2015): „Ziele für sich alleine festlegen und nicht mehr für andere“. In: Gromann, Petra (Hrsg.) (2015): Teilhabeorientierte Steuerung, Bonn, Psychiatrie-Verlag.

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) (2014): S3 Leitlinie: Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen. <http://www.dgppn.de/dgppn/struktur/referate/versorgung0/s3-leitlinie-psychosoziale-therapien-bei-schweren-psychischen-erkrankungen.html>

DIMDI (2005): Deutsches Institut für medizinische Diagnostik : Internationale Klassifikation der Funktionen. Deutschsprachige Fassung der ICF. www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/downloadcenter/icf/endaussage/icf_endaussage-2005-10-01.pdf

Gromann, Petra (2015): Wissenschaftlicher Abschlussbericht: Wie misst man Teilhabe in der Eingliederungshilfe www.bagfw.de/fileadmin/user_upload/Qualitaet/WmmTWissenschaftlicher_Abschlussbericht_IPH.pdf (Zugriffsdatum 10.11.2018).

Lück, Tanja; Gromann, Petra (2015): Teilhabepläne selbst erarbeiten – Projektbericht zur Entwicklung barrierearmer Software „mein ITP“ und der Bedeutung der Ergebnisse für Menschen mit psychischen Erkrankungen. In: Gromann, Petra (Hrsg.) (2015): Teilhabeorientierte Steuerung, Bonn, Psychiatrie-Verlag.

ThAVEL (2017): Thüringer Antragssystem für Verwaltungsdienstleistungen. https://www.thueringen.de/mam/th7/tmsfg/soziales/infoblatt_3_-_thavel-verfahren_und_itp-app.pdf (Zugriffsdatum: 21.11.2018).