

Bernd Giraud, Carola Penstorf

## BERATEN IM REHA-PROZESS

Das Bundesteilhabegesetz verändert die Beratungslandschaft

► Mit dem Bundesteilhabegesetz (BTHG) sind zum 1. Januar 2018 verbindlichere Regelungen zur Zusammenarbeit der Rehabilitationsträger im Reha-Prozess in Kraft getreten. Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) hat dazu einen Arbeitsentwurf einer Gemeinsamen Empfehlung „Reha-Prozess“ vorgelegt. In Verbindung mit der Ausrichtung dieses Prozesses an der Person, dem Menschen mit Behinderung, erhöht sich auch der Stellenwert guter Reha-Beratung. Dazu wurden bereits im Vorfeld trägerübergreifende Beratungsstandards bei der BAR entwickelt, die als eine fachliche Grundlage für die Beratung bei Rehabilitationsträgern wirken und insgesamt als Orientierung genutzt werden können.

Mit dem BTHG verändert sich die Beratungslandschaft. Am 1. Januar 2018 sind offiziell die Beratungsangebote der Ergänzenden unabhängigen Teilhabeberatung gestartet. Neu geregelt ist auch die Benennung so genannter Ansprechstellen der Rehabilitationsträger. Die Rechtsgrundlagen Gemeinsamer Servicestellen entfallen dagegen zum Jahresende 2018.

### I. EINFÜHRUNG

Hätten Sie es gewusst? Seit dem 1. Januar 2018 haben Leistungsberechtigte Anspruch auf einen Teilhabeplan. Sie können außerdem vorschlagen, dass im Reha-Prozess eine Teilhabeplankonferenz stattfindet. Der für den Teilhabeplan verantwortliche Träger kann von diesem Vorschlag unter bestimmten Voraussetzungen abweichen.<sup>1</sup> Er muss begründen und die Leistungsberechtigten informieren und anhören, wenn er vom Vorschlag einer Teilhabekonferenz abweichen will. Bei Leistungen an Mütter und Väter mit Behinderungen, die diese für die Versorgung und Betreuung ihrer Kinder beantragt haben, kann er nicht von dem Vorschlag abweichen.<sup>2</sup>

Und wie steht es damit: In der Sozialversicherung gilt, dass über den Wunsch des Menschen mit Behinderung hinaus,

ein Teilhabeplan (nur) erstellt werden muss, wenn Leistungen verschiedener Leistungsgruppen oder mehrerer Rehabilitationsträger erforderlich sind.<sup>3</sup> Dagegen ist in der Eingliederungshilfe für wesentlich behinderte Menschen das Gesamtplanverfahren regelhaft durchzuführen.<sup>4</sup>

Man kann es schon ahnen: Die Lebenswirklichkeiten von Menschen mit Behinderung können dazu führen, dass sowohl Leistungen der Eingliederungshilfe als auch weitere Teilhabeleistungen von Sozialversicherungsträgern, z.B. einer Krankenkasse, notwendig werden. Denn die Bedarfe von Menschen mit Behinderung sind nicht danach sortiert, wer mit welcher Leistung welchen dieser Bedarfe wie abdecken kann. Auch dafür bietet das neue Reha- und Teilhabe-recht gesetzliche Regelungen.<sup>5</sup> Und: wer die neuen Regelungen des BTHG kennt, kann gut beraten und ist gut beraten.

Das Beispiel mit dem Teilhabeplan soll zeigen, dass Reha- und Teilhabeberatung auch und gerade mit dem Bundesteilhabegesetz (BTHG) eine entscheidende Funktion einnimmt. Ihre zentrale Stellung im Reha-Prozess wird sich also bei der schrittweisen Umsetzung der Neuregelungen erst noch so richtig zeigen. Die Liste der Beispiele lässt sich fortsetzen und führt zu weiteren Fragen, etwa: Wie kommen wir zu einem guten Antrag und was bedeutet dabei das Prinzip der Meistbegünstigung<sup>6</sup>? Oder: Wie sichern wir die Nachhaltigkeit von Teilhabeerfolgen und berücksichtigen dabei, dass es in der Eingliederungshilfe oft Menschen mit lebenslangen Bedarfslagen gibt, während in der Sozialversicherung oft Teilhabeziele bestehen können, nach deren Erreichen dann zu einem bestimmten Zeitpunkt keine weiteren Leistungen mehr erforderlich sind?

Woran kann also die Bedeutung guter Beratung festgemacht werden? Was folgt daraus für Beratungsangebote? Und welche Faktoren sind entscheidend, damit diese Veränderungen zu einem insgesamt leistungsfähigeren System mit einer deutlich erhöhten „Teilhabeproduktion“ führen können?

Die folgenden Ausführungen wollen diese Fragestellungen konkretisieren und mögliche Antworten skizzieren. Dazu werden die beiden Konstrukte

- **Reha-Prozess** und
- **Trägerübergreifende Beratungsstandards**

erläutert und ansatzweise in Verbindung gebracht. Vorgestellt werden außerdem die Veränderungen, die sich ergeben aus:

- dem Wegfall der Rechtsgrundlage für die Gemeinsamen Servicestellen,
- der Benennung von Ansprechstellen,
- der Einführung einer ergänzenden unabhängigen Teilhabeberatung sowie
- den anspruchsvolleren Beratungsaufgaben als Folge der verbindlicheren Regelungen zur Zusammenarbeit der Rehabilitationsträger im neuen SGB IX.

## II. DER NEUE REHA-PROZESS

Mit dem Bundesteilhabegesetz hat der Gesetzgeber das zuvor auf Ebene der BAR in einer Gemeinsamen Empfehlung entwickelte Konstrukt „Reha-Prozess“ aufgegriffen. Die BAR und ihre Mitglieder haben wiederum diese Gemeinsame Empfehlung mit Inkrafttreten des neuen Reha- und Teilhaberechtes überarbeitet und erweitert. Inzwischen liegt ein Arbeitsentwurf vor.<sup>7</sup> Danach besteht der Reha-Prozess aus folgenden insgesamt sieben Phasen/Elementen (vgl. Abbildung 1):

- Bedarfserkennung
- Zuständigkeitsklärung
- Bedarfsermittlung und Bedarfsfeststellung
- Teilhabeplanung
- Leistungsentscheidung
- Durchführung von Leistungen
- Aktivitäten zum bzw. nach Ende einer Leistung zur Teilhabe

Für ein neues und umfassendes Verständnis des Reha-Prozesses integriert der Arbeitsentwurf die Zuständigkeitsklärung nach § 14 ff. SGB IX und entwickelt die Grundsätze der Instrumente

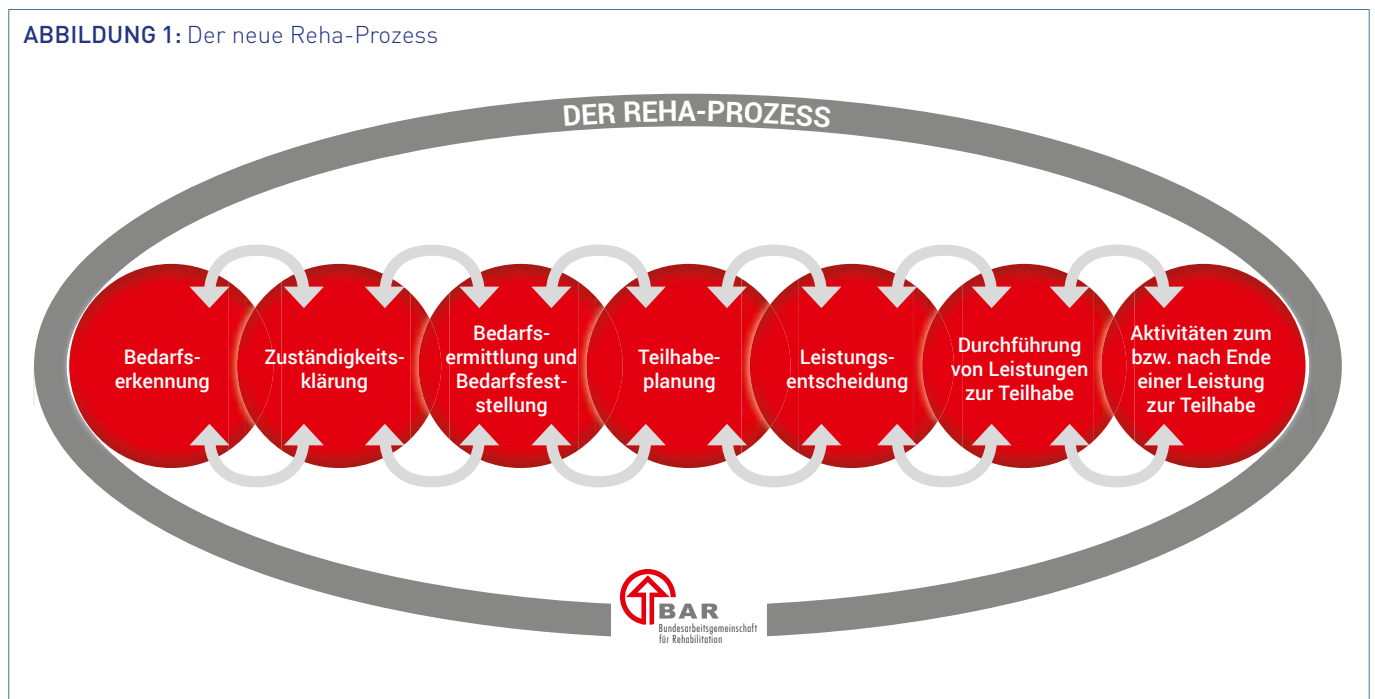
der Bedarfsermittlung nach § 13 SGB IX direkt im Kontext des Reha-Prozesses.

Wichtig für das Grundverständnis ist, den Reha-Prozess nicht als einmalig ablaufendes, lineares Modell bzw. als Prozesskette mit streng getrennten Prozessphasen zu betrachten. Der Arbeitsentwurf legt Wert darauf, dass diese Phasen bzw. Elemente oftmals ineinander greifen und verbindet so kausale Betrachtungen mit Wechselwirkungen:

„So können sich insbesondere die Bedarfserkennung, die Bedarfsermittlung wie auch die Änderung/Fortschreibung des Teilhabeplans über alle jeweils nachfolgenden Phasen erstrecken. Auch ist die Teilhabeplanung teilweise ein Aspekt der Bedarfsfeststellung. Entstehen im Verlauf des Rehabilitationsprozesses, insbesondere im Rahmen der Leistungsdurchführung oder der Aktivitäten zum/nach Leistungsende, Hinweise auf einen möglichen weiteren oder darüber hinausgehenden Bedarf an Leistungen zur Teilhabe, folgt erneut die Phase der Bedarfserkennung, ggf. der Antragstellung, der Bedarfsermittlung und -feststellung sowie ggf. der Teilhabeplanung“.<sup>8</sup>

Mit einem solchen Verständnis stellen dann z.B. Anpassungen eines Teil-

ABBILDUNG 1: Der neue Reha-Prozess



habepans keine Störungen im Prozess dar, sondern sind Ausdruck der Möglichkeit auf veränderte Lebenssituationen und Bedarfslagen von Menschen mit Behinderung adäquat zu antworten.

Es liegt auf der Hand: Ein solcher Reha-Prozess ist vor allem ein ständiger Kommunikationsprozess, dessen Gelingen auch von erfolgreicher Kommunikation und qualifizierter Beratung abhängt. Und tatsächlich sind die neuen Regelungen im SGB IX voll von Informations-, Kontakt-, Beteiligungs- und Beratungspflichten. Dies betrifft den gesamten Reha-Prozess<sup>9</sup>, u.a. mit dem Ziel, dass

- Bedarfe möglichst früh erkannt werden und es dafür eine systematische gegenseitige Information und Kooperation aller Akteure<sup>10</sup> sowie eine gezielte und frühzeitige Betreuung und Begleitung der Menschen mit Behinderung gibt,<sup>11</sup>
- bei der Prüfung der Zuständigkeit nach Antragstellung mögliche Unklarheiten im Dialog mit dem Antragsteller geklärt werden können,<sup>12</sup>
- bei der funktionsbezogenen Bedarfsermittlung und Bedarfsermittlung insbesondere strukturierte Gespräche unter Berücksichtigung des biopsychosozialen Modells durchgeführt werden,<sup>13</sup>
- der Leistungsberechtigte unter Berücksichtigung seiner individuellen kommunikativen Erfordernisse bei der Erstellung, Änderung und Fortschreibung des Teilhabepans zu beraten und aktiv mit einzubeziehen ist und sich die Qualität der Beratung insbesondere in dieser Phase verdeutlicht,<sup>14</sup>
- Konstellationen vermieden werden können, die eine Selbstbeschaffung von Leistungen durch den Antragsteller notwendig werden lassen,<sup>15</sup>
- bei der Durchführung von Leistungen z.B. auf die Verzahnung von medizinischen Rehabilitationsleistungen und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben geachtet wird und durch gezielte Beratung die Wieder-

eingliederung in das Erwerbsleben ermöglicht wird,<sup>16</sup>

- zum Ende des Reha-Prozesses der Erfolg nachhaltig gesichert wird und die Motivation des Menschen mit Behinderung zur Inanspruchnahme nachgehender Leistungen gefördert wird.<sup>17</sup>

Diese Beispiele sollen deutlich machen, dass Teilhabeerfolge von Menschen mit Behinderung von guter Beratung im gesamten Reha-Prozess und damit in allen seinen Phasen/Elementen profitieren. Doch was bedeutet „gute Beratung“? Was macht Beratung im Kontext von Rehabilitation und Teilhabe zu einer „guten“ Beratung?

### III. TRÄGERÜBERGREIFENDE BERATUNGSSTANDARDS

Als eine fachliche Grundlage für die Beratungsfachkräfte aller Rehabilitationsträger haben die Rehabilitationsträger gemeinsam mit Verbänden für Menschen mit Behinderung und weiteren Organisationen auf Ebene der BAR trägerübergreifende Beratungsstandards entwickelt.<sup>18</sup> Die formulierten Standards beziehen sich auf die Beratung durch Rehabilitationsträger. Dort gelten sie sowohl für trägerspezifische als auch für trägerübergreifende Beratungsfälle und damit für alle Reha-Beratungen bei Rehabilitationsträgern. Sie sollen mit Blick auf die gesetzlichen Neuregelungen im Reha- und Teilhaberecht und auf ein neues, erweitertes Verständnis des „Reha-Prozesses“ vorgestellt werden.

Im Mittelpunkt des Reha-Prozesses und der Beratung steht der Mensch mit Behinderung. Beratung kann in jeder Phase des Prozesses erfolgen, die folgenden Inhalte der Trägerübergreifenden Beratungsstandards stellen dabei für jede Phase den Hintergrund dar, vor dem der Reha-Prozess stattfindet (vgl. Abbildung 2):

- Beratungsauftrag und Rahmenbedingungen
- Beratungsverständnis

- Ethische Grundprinzipien
- Kompetenzprofil der Beratungsfachkräfte
- Kriterien zur Sicherstellung guter Beratung

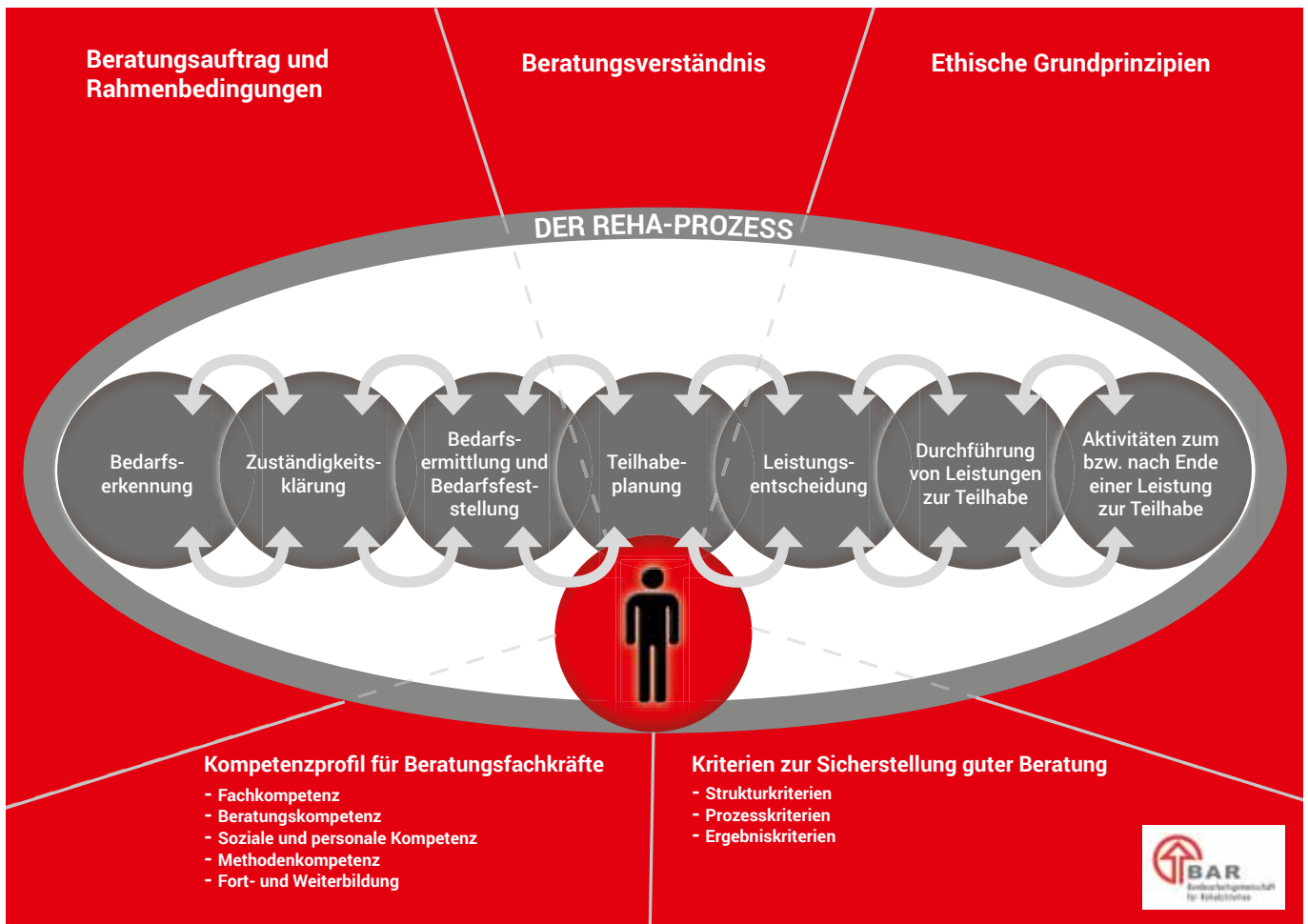
### 1. Beratungsauftrag und Rahmenbedingungen

Reha-Beratung bewegt sich im sozialrechtlichen Dreiecksverhältnis zwischen Leistungsberechtigten, Leistungsträgern und Leistungserbringern. Rehabilitationsträger beraten den Ratsuchenden bzw. Leistungsberechtigten nicht nur, sondern finanzieren auch die erforderlichen Leistungen. Diese wiederum werden von Leistungserbringern ausgeführt, die teilweise auch selbst Beratungsangebote vorhalten. Dazu kommt die seit dem 1. Januar 2018 in § 32 SGB IX geregelte ergänzende unabhängige Teilhabeberatung mit dem Ziel der (möglichst weitgehenden) Unabhängigkeit von Leistungsträgern und Leistungserbringern. Inwieweit die Ansprechstellen nach § 12 SGB IX auch beraten oder (nur) Informationsangebote vermitteln ist noch nicht absehbar.

Die genannten Aspekte belegen die Notwendigkeit, das Profil von Reha-Beratung durch die Rehabilitationsträger mit Blick auf den Ratsuchenden, die eigene Organisation und auf andere Beratungsangebote zu schärfen und dadurch klar erkennbar zu machen. Dies kann geschehen, in dem die jeweiligen Zugänge und das jeweilige Selbstverständnis deutlicher herausgestellt werden, die Transparenz des Beratungsangebotes erhöht wird, Ähnlichkeiten und Unterschiede in der Vielzahl der Beratungsangebote nachvollziehbarer werden, Schnittstellen minimiert werden und die Zusammenarbeit verbessert wird.

Trotz standardisierter Vorgaben für den gesamten Reha-Prozess wird die Beratung individuell gestaltet und orientiert sich am Bedarf des Ratsuchenden. Dieser oft befürchtete, scheinbare Widerspruch lässt sich in der Form aufheben, dass die individuelle Beratung als solche zum Standard erhoben wird. Dies

ABBILDUNG 2: Reha-Prozess und Trägerübergreifende Beratungsstandards



wird deutlich durch die Grundhaltung der Adressatenorientierung. Die Interessen und das Wohl der Adressaten sowie deren Selbstbestimmung stehen dabei im Mittelpunkt.

## 2. Beratungsverständnis

Ein gemeinsames Verständnis von guter Reha-Beratung stellt sowohl für den Ratsuchenden als auch für die Rehabilitationsträger und für die Gesellschaft einen Mehrwert dar.

- *Die Ratsuchenden* erhalten alle Informationen, die sie für ihre Entscheidungsfindungen benötigen. Das gibt ihnen Sicherheit, fördert ihre Motivation und führt zu einem nachhaltigen Rehabilitationserfolg und einer höheren Zufriedenheit.

- *Die Rehabilitationsträger* können den Reha-Prozess flexibler planen und transparenter gestalten. Eine ganzheitliche, lebenslagenorientierte, trägerübergreifende und prozessbezogene Betrachtungsweise in der Beratung, führt zu einer besseren Passgenauigkeit der Leistungen, einer Vermeidung von Fehlentscheidungen und Maßnahmeabbrüchen. Hierdurch werden die Leistungen auch wirtschaftlicher erbracht.
- Aus der *gesellschaftlichen Perspektive* fördert und unterstützt gute Reha-Beratung die Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderung und ihre Teilhabe am gesellschaftlichen Leben. Mit dieser vollen Teilhabe ist auch aus wirtschafts- und arbeitsmarktpolitischer Sicht ein hoher Nutzen für alle Beteiligten verbunden.

## 3. Ethische Grundprinzipien und Spannungsfelder

Die ethischen Grundprinzipien beschreiben die Grundlagen für ein verantwortungsbewusstes Handeln in der Beratung. Als Selbstverständnis und Selbstverpflichtung der Beratungsfachkräfte in der Rehabilitation sind sie für eine gute Beratung unerlässlich, ziehen sich durch die gesamten Beratungsstandards hindurch und wirken auf verschiedenen Ebenen. Sie orientieren sich an der UN-BRK und am SGB IX.

Damit die Beratungsstandards umgesetzt werden und Wirkung entfalten, braucht es für das Handeln der Beratungsfachkräfte ein entsprechendes Bewusstsein und eine daraus resultierende Haltung. Gleichzeitig ist das Beratungshandeln von bestimmten Rahmenbe-

dingungen der Organisation abhängig. Deutlich werden dabei die Wechselwirkungen zwischen dem Handeln von Personen, den organisatorischen Rahmenbedingungen und dem gesellschaftlichen Kontext, in dem dieses Handeln stattfindet und organisatorische Rahmenbedingungen sich entwickeln.

Zu den **ethischen Grundsätzen für die Beratungsfachkräfte** gehört z.B. Meinungs- und Lebensstilvielfalt zu akzeptieren sowie Werthaltungen zu reflektieren, genau wie Einstellungen und die eigene Rolle. **Ethische Grundsätze für die Organisationen (Rehabilitationsträger)** beinhalten z.B. Möglichkeiten für Reflexion zu schaffen, Verantwortung für Beratungsfachkräfte zu übernehmen und die Bedeutung guter Reha-Beratung auch als Teil der Unternehmenskultur zu verdeutlichen.

Mit einem an ethischen Grundprinzipien orientierten Handeln bewegen

sich Beratungsfachkräfte in *Spannungsfeldern*. Häufig betrifft dies das Spannungsfeld zwischen Adressatenorientierung und Trägerinteressen. Während Beratungsfachkräfte sich durch ihre Tätigkeit und Haltung stärker am Adressaten orientieren, gilt dies für eine Organisation in ihrer jeweiligen Logik oft nur bedingt. Sofern es nicht möglich ist, diese Spannung z.B. aufgrund von (externen) Vorgaben oder übergeordneten Interessen aufzuheben, so erläutern die Beratungsfachkräfte dies dem Ratsuchenden nachvollziehbar und versetzen ihn in die Lage einen selbstverantwortlichen Umgang damit zu finden. Inwieweit die seit 2018 verbindlich in § 32 SGB IX verankerte unabhängige Beratung dazu beiträgt, dieses Spannungsfeld aufzulösen, bleibt abzuwarten.<sup>19</sup>

Auch können *Rollenkonflikte* entstehen. So werden an die Beratungsfachkräfte von den Ratsuchenden und von

der Organisation, bei denen sie tätig sind, unterschiedliche, teils sich widersprechende Erwartungen gestellt, denen sie sich bewusst sein müssen.

## 4. Kompetenzprofil der Beratungsfachkräfte

Gute Reha-Beratung erfordert fachliche und soziale Kompetenzen, die durch Aus-, Fort- und Weiterbildungen erworben werden können (vgl. Abbildung 3).

Mit dem Kompetenzprofil sollen die Kompetenzen, die Beratungsfachkräfte für ihre Tätigkeit und Aufgaben benötigen, identifiziert, beschrieben und transparent gemacht werden. Die Beratungsstandards bilden das Fundament der beraterischen Kompetenz und damit auch einer professionellen Beratung. Sie sind Voraussetzung, um individuelles Handeln der Beratungsfachkräfte zu ermöglichen. Der Inhalt beraterischen

ABBILDUNG 3: Kompetenzprofil für Beratungsfachkräfte der Rehabilitationsträger





Handeln bezieht sich dabei immer auf den Einzelfall und ist nur hinsichtlich bestimmter Faktoren wie Strukturen und Prozesse standardisierbar.

Welche Grundqualifikation benötigt wird, um die Tätigkeit einer Beratungsfachkraft ausüben zu können, regeln die jeweiligen Rehabilitationsträger. Dabei sollte sichergestellt werden, dass die in den Trägerübergreifenden Beratungsstandards beschriebenen Kompetenzen Anwendung finden und durch die Teilnahme an Fort- und Weiterbildungen gesichert bzw. ausgebaut werden.

## 5. Kriterien zur Sicherstellung guter Beratung

Mit definierten Kriterien zur Sicherstellung guter Beratung soll eine hohe Qualität der Reha-Beratung erreicht und die kontinuierliche Weiterentwicklung der Beratungsangebote unterstützt werden. Eine hohe Qualität der Reha-Beratung hat dabei positive Auswirkungen auf die Zufriedenheit der Ratsuchenden, der Beratungsfachkräfte und die Organisation. Grundlage bilden hier die vorhergehend beschriebenen Aspekte der Reha-Beratung. Diese werden konkretisiert und damit eine Umsetzung der Beratungsstandards sichergestellt.<sup>20</sup>

Die erarbeiteten Kriterien werden kategorisiert in:

- *Strukturkriterien* als Anforderungen an die personelle, räumliche, barrierefreie und materielle Ausstattung sowie an die Struktur des Beratungsangebots,
- *Prozesskriterien* als Anforderungen an den Ablauf und die Durchführung der Reha-Beratung sowie
- *Ergebniskriterien* als Anforderungen an das Ergebnis der Reha-Beratung.

Wir können zusammenfassen: gute Reha-Beratung stellt den Menschen in den Mittelpunkt, nimmt ihre Rolle in der Begleitung und Gestaltung des Reha-Prozesses aktiv wahr und fördert die Zusammenarbeit und Vernetzung aller am Reha-Prozess beteiligten Akteure.

## IV. INFORMIEREN, BERATEN UND UNTERSTÜTZEN – BERATUNGSSTRUKTUREN VERÄNDERN SICH

### 1. Wegfall der Rechtsgrundlage für Gemeinsame Servicestellen

Mit dem Bundesteilhabegesetz entfallen nach § 241 Abs. 7 SGB IX die Rechtsgrundlagen für die „Gemeinsamen Servicestellen“ als trägerübergreifendes Beratungs- und Unterstützungsangebot spätestens zum 31. Dezember 2018. Damit hat die deutliche Kritik am insgesamt unbefriedigenden Umsetzungsstand dieses Angebotes, nicht zu einer Initiative für die Überwindung von strukturellen „Webfehlern“, sondern zum Wegfall ihrer rechtlichen Grundlagen geführt.

Wie wichtig die in einigen Regionen bzw. bei einigen Trägern gewonnenen Erfahrungen aus dem engagierten Betrieb einzelner Gemeinsamer Servicestellen sind, wird sich mit den anspruchsvollen Aufgaben zeigen, die sich aus den Neuregelungen zu §§ 14 ff. SGB IX beispielsweise unter den Überschriften Leistungsverantwortung und Teilhabeplanung ergeben. Denn eines liegt auf der Hand: ein solch komplexes Verfahren braucht einen Ort und eine Struktur vor Ort, um in der Praxis Wirkung entfalten zu können. Und es ist ein Zeichen der Zeit, dass mit dem BTHG wesentliche Verfahrensregelungen zum (trägerübergreifenden) Persönlichen Budget in ähnlicher Art und Weise in die Sachleistung eingeführt und damit umfassend gültig werden, während einer „getrennten Leistungserbringung“ immer engere Grenzen gesetzt werden.

### 2. Ansprechstellen nach § 12 SGB IX

Mit dem Bundesteilhabegesetz hat der Gesetzgeber alle Rehabilitationsträger verpflichtet, ab dem 1. Januar 2018 Ansprechstellen nach § 12 SGB IX zu benennen. Diese neue Verpflichtung besteht auch für Jobcenter, Integrationsämter und Pflegekassen. Die Aufgabenstellung

der Ansprechstellen umfasst die Unterstützung bei der frühzeitigen Bedarfserkennung und dem Hinwirken auf eine Antragstellung insbesondere durch Informationsangebote an

- Leistungsberechtigte,
- Arbeitgeber und
- andere Rehabilitationsträger.

Für diese drei Zielgruppen haben sie Informationen über Inhalte, Ziele und Verfahren zu Leistungen zur Teilhabe und außerdem über das Persönliche Budget und andere Beratungsangebote wie z.B. die ergänzende unabhängige Teilhabeberatung bereitzustellen und zu vermitteln. Dafür ist ein Austausch zwischen den Akteuren unumgänglich, der durch den Bezug auf § 15 Abs. 3 SGB I als Pflicht zur Zusammenarbeit gesetzlich hinterlegt ist.

Der Gesetzgeber hat in seiner Begründung zu § 12 SGB IX darauf hingewiesen, dass „durch die konkrete Benennung von organisationsinternen Ansprechpartnern anstelle der bisherigen Gemeinsamen Servicestellen [...] ein wirksamerer und effizienterer Informationsaustausch sichergestellt“<sup>21</sup> ist.

Ob Ansprechstellen auch beratende Funktionen übernehmen, ist zurzeit noch nicht klar und wird zunächst vom jeweiligen Träger zu entscheiden sein. Überwiegend werden Ansprechstellen nicht in der Nachfolge der Gemeinsamen Servicestellen gesehen. Nach den ersten Entwicklungen scheinen unterschiedliche Strategien in den einzelnen Trägerbereichen bzw. in den Regionen zu unterschiedlichen Ausprägungen dieses Angebotes zu führen. Eine trägerübergreifende Verständigung und gemeinsame Aktivitäten können dann auf diesen Entwicklungen aufsetzen bzw. ihnen folgen. Eine wegweisende Möglichkeit wird darin liegen, die Ansprechstellen auch für eine bessere Vernetzung der Rehabilitationsträger untereinander zu nutzen. Das kann sich schon bei einfachen Fragen lohnen, z.B. wie finden sich eine Ersatzkasse mit Sitz in Hamburg und ein Träger der Einglie-

derungshilfe in einem Bezirk in Bayern, um mit einem Menschen mit Behinderung gemeinsam eine Teilhabeplanung durchzuführen?

### 3. Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung nach § 32 SGB IX

Mit der ergänzenden unabhängigen Teilhabeberatung (EUTB) nach § 32 SGB IX wurde 2018 ein weiteres Informations- und Beratungsangebot eingeführt. Es soll bereits im Vorfeld der Beantragung von Leistungen (vgl. dazu das Modell des Reha-Prozesses) zur Verfügung stehen und über Teilhabeleistungen nach dem SGB IX informieren und beraten. Dieses zusätzliche Beratungsangebot folgt ursprünglich aus der Aufhebung des sozialrechtlichen Leistungsdreiecks im Recht der Eingliederungshilfe und den daraus resultierenden Unterstützungsbedarfen von Menschen mit Behinderung gegenüber dem Träger (der Eingliederungshilfe). Für Selbsthilfe- und Selbstvertretungsverbände erfüllt sich damit im Ansatz die langjährige Forderung nach einer Finanzierung ihrer Beratungsangebote. Denn das Peer Counseling (Betroffene beraten Betroffene) soll bei der ergänzenden unabhängigen Teilhabeberatung besonders berücksichtigt werden. So werden Menschen mit Behinderung zu Experten „in eigener Sache“ und unterstützen Ratsuchende dabei, ihre Fähigkeiten und Ressourcen für eine selbstbestimmte Teilhabe zu nutzen. Die Beratung erfolgt zu allen Fragen der Rehabilitation und Teilhabe vor allem im Vorfeld einer Beantragung von Leistungen. Die Beratung soll wohnortnah und zeitnah erfolgen, ist kostenlos und nicht an eine Mitgliedschaft geknüpft. Eine rechtliche Begleitung im Widerspruchs- und Klageverfahren ist allerdings ausgeschlossen.

Finanziell fördert der Bund diese Beratungsform zunächst befristet über fünf Jahre mit jährlich 58 Mio. Euro ab 2018. Eine wesentliche Rolle bei der Verteilung der jeweiligen Länderanteile an die zu fördernden Beratungsstellen

haben die Bundesländer eingenommen. So sollen Doppelstrukturen vermieden, Fördermittel optimal verteilt und eine flächendeckende Angebotsstruktur sichergestellt werden. Insgesamt können ca. 550 Vollzeitstellen finanziert werden, die voraussichtlich mit ca. 800 Beratungskräften in Voll- bzw. Teilzeit besetzt werden. Angestrebt werde ein möglichst flächendeckendes Angebot mit bis zu drei Vollzeitäquivalenten an einem Standort. Die Anbieter müssen gewisse Rahmenbedingungen im Hinblick auf die Öffnungszeiten, Flexibilität und Auslastung erfüllen. Letztendlich stehe aber weniger die Auslastung, sondern insbesondere die Beratungsqualität im Vordergrund. Hierfür sollen auch bundesweite Qualitätsstandards entwickelt werden.

Umfassende Vorarbeiten haben dazu geführt, dass noch in 2017 mit Blick auf das Inkrafttreten der Neuregelungen zum 1. Januar 2018 folgende Umsetzungsschritte erfolgt sind:

- Die Förderrichtlinie zur Durchführung der EUTB wurde am 30. Mai 2017 im Bundesanzeiger veröffentlicht.
- Nach einer europaweiten Ausschreibung wurde die Gesellschaft für soziale Unternehmensberatung mbH (gsub) als Dienstleister für die Umsetzung der Förderrichtlinie und die Antragsberatung vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) verpflichtet.
- Die Antragsfrist für die erste Förderperiode ab 1. Januar 2018 ist am 31. August 2017 abgelaufen, die Antragsfrist für die zweite Förderperiode am 31. November 2017. Möglichst bis zum 1. April 2018 sollen bundesweit alle EUTB ihre Arbeit aufnehmen.
- In Abstimmung mit den Ländern erfolgte die Auswahl geeigneter Antragsteller der ersten Förderperiode durch das BMAS. Die Erteilung von Förderbescheiden hatte ebenfalls noch in 2017 begonnen.
- Die Gesellschaft für soziale Unternehmensberatung (gsub) ist zusammen mit der Selbstbestimmt Leben UG und der Humboldt-Universität Berlin, Abteilung Deaf Studies vom

BMAS inzwischen mit der Einrichtung und dem Betrieb der Fachstelle Teilhabeberatung (FTB) beauftragt worden. Sie wird als Dienstleister die bundesweiten Beratungsangebote im Rahmen der EUTB fachlich und organisatorisch unterstützen, die Vernetzung der EUTB untereinander und mit anderen Beratungsangeboten fördern, die Beraterinnen und Berater qualifizieren und die Qualitätssicherung unterstützen. Sie wurde am 1. Dezember 2017 eröffnet.

- Von der FTB wurden unter Hinzuziehung von Expertinnen und Experten aus verschiedenen Bereichen bundesweite Qualitätsstandards und Schulungskonzepte entwickelt. Mitte März beginnen die verpflichtenden 32-stündigen Grundqualifizierungen der Beraterinnen und Berater, ein Train the trainer hierzu hat bereits stattgefunden.
- Eine barrierefreie Homepage mit Informationen zu den Beratungsstellen und einem internen Bereich für Beraterinnen und Berater der EUTB wurde am 2. Januar 2018 online gestellt.<sup>22</sup> Hier werden demnächst z. B. ein Beratungsatlas und ein Wörterbuch der Teilhabe zu finden sein. Im geschützten Bereich soll es E-Learning-Angebote, Feedbackbögen für beratene Personen und eine Austauschplattform für Berater geben. Darüber hinaus werden im geschützten Bereich Musterformulare zur Beratungsdokumentation und zum Datenschutzkonzept veröffentlicht werden.

Die Einführung der EUTB ist im Zusammenhang mit dem Wegfall der Rechtsgrundlage Gemeinsamer Servicestellen sowie der Etablierung von Ansprechstellen der Rehabilitationsträger zu sehen. Auch die inzwischen greifbarer werdenden Beratungsaufgaben der Reha-Träger aus den verbindlicheren Neuregelungen zu ihrer Zusammenarbeit nach Kapitel 4 SGB IX und deren Umsetzung in einer Gemeinsamen Empfehlung werden inzwischen immer deutlicher. Zudem haben die Reha-Träger in der direkten Zusammenarbeit mit der EUTB

TABELLE 1: Leistungsgruppen und die dafür zuständigen Träger

Rehabilitationsträger	Leistungen zur medizinischen Rehabilitation	Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben	Unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen	Leistungen zur Teilhabe an Bildung	Leistungen zur sozialen Teilhabe
Träger der gesetzlichen Krankenversicherung	•		•		
Bundesagentur für Arbeit		•	•		
Träger der gesetzlichen Unfallversicherung	•	•	•	•	•
Träger der gesetzlichen Rentenversicherung	•	•	•		
Alterssicherung der Landwirte	•		•		
Träger der Kriegsopferversorgung und der Kriegsopferfürsorge	•	•	•	•	•
Träger der öffentlichen Jugendhilfe	•	•		•	•
Träger der Eingliederungshilfe	•	•		•	•
Integrationsämter*		•			

\* nicht Reha-Träger, aber Sozialleistungsträger

neue gesetzliche Regelungen zu beachten, die sich durch den Reha-Prozess ziehen und z. B. die Verpflichtung enthalten, auf diese Angebote hinzuweisen.<sup>23</sup>

Neben der Vermeidung von (reinen) Umfinanzierungen bereits vorhandener Angebote werden die Herausforderungen zunächst in der flächendeckenden Versorgung und im Verhältnis von Nähe und Distanz zu Leistungsträgern und Leistungserbringern liegen. Aus trägerübergreifender Sicht ist die Kooperation der Akteure in einer veränderten Beratungslandschaft von besonderer Bedeutung. Dazu braucht es Standards und Qualität und vor allem die Bereitschaft und Fähigkeit zu vernetztem Arbeiten bei allen Beteiligten.

Für die Zusammenarbeit der Beratungsangebote der Rehabilitationsträger mit den EUTB braucht es Begegnung und ein sich Kennenlernen von Beratungsfachkräften und weiteren Zielgruppen wie z.B. deren Führungskräfte und den Verantwortlichen in den je-

weiligen Organisationen. Die Akteure kommen dabei aus unterschiedlichen Kontexten, haben unterschiedliche Rollenverständnisse, verschiedene Erfahrungshintergründe und vielfältige formale Qualifikationen. Diesen Aspekt wird auch das BAR-Fachgespräch am 5. und 6. Juni 2018 in Kassel aufgreifen und die Gemeinsamkeiten, Unterschiede und möglichen Ausgestaltungsverhältnisse der verschiedenen Beratungsangebote thematisieren.

### V. AUSBLICK

Auch in Zukunft werden wir weiterhin in einem gegliederten Sozialleistungssystem unterwegs sein, dessen Komplexität sich mit dem Bundesteilhabegesetz eher erhöht hat,<sup>24</sup> denn

- die Matrix der Zuständigkeiten für Teilhabeleistungen vergrößert sich mit der Einführung einer neuen Leis-

tungsgruppe (Teilhabe an Bildung) auf fünf Leistungsgruppen und neun Leistungsträgerbereiche (Tabelle 1),

- ausdifferenzierte Regelungen des Vor- und Nachrangs bleiben notwendig, um Schnittstellen im System zu definieren,
- unterschiedliche Versorgungsniveaus mit spezifischen Zugangsvoraussetzungen existieren weiterhin.<sup>25</sup>

Gleichzeitig macht die Beibehaltung des Anspruches „Leistungen wie aus einer Hand“ sowie die dazu neu formulierte und notwendige Vorstellung „Ein Antrag für Alles“ deutlich, dass es folgerichtig war, die Regelungen zur Zusammenarbeit der Träger zu schärfen.<sup>26</sup> Denn was der Gesetzgeber im neuen Kapitel 4 zur Koordinierung der Leistungen doppelt abweichungsfest im SGB IX hinterlegt hat,<sup>27</sup> ist Mittel zum Zweck. Und der Zweck lautet: die Selbstbestimmung und die volle, wirksame und gleichberechtigte Teilhabe von Menschen mit Behinderung zu fördern.



Gute Beratung kann hier einen erheblichen Beitrag leisten und zu einem erfolgreichen Reha-Prozess und zur Verwirklichung von Teilhabe führen. Hierfür braucht es kompetente Berater, die Zugriff auf die erforderlichen Informationen haben und die Fähigkeit besitzen, Netzwerkarbeit zu leisten. Die verschiedenen Beratungsangebote müssen ineinandergreifen und miteinander das Ziel der Teilhabe verfolgen. Umso voraussetzungsvoller ist daher das Ziel, eine gute Beratung von Menschen mit Behinderung sicherzustellen, umso notwendiger ist es, konkurrierende oder gar konfrontative Ansätze im Verhältnis zukünftiger Beratungsangebote zu verhindern bzw. zu minimieren.

## LITERATUR

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (2014). Gemeinsame Empfehlung „Reha-Prozess“.

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (2015). Trägerübergreifende Beratungsstandards. Handlungsempfehlungen zur Sicherstellung guter Beratung in der Rehabilitation.

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (2018). Arbeitsentwurf einer Gemeinsamen Empfehlung „Reha-Prozess“ vom 12. Januar 2018.

- <sup>11</sup> Vgl. Arbeitsentwurf § 12 Abs. 1.
- <sup>12</sup> Vgl. Arbeitsentwurf § 20 Abs. 2.
- <sup>13</sup> Vgl. Arbeitsentwurf § 36 Abs. 3.
- <sup>14</sup> Vgl. Arbeitsentwurf § 49 Abs. 1 und § 50.
- <sup>15</sup> Vgl. § 18 SGB IX.
- <sup>16</sup> Vgl. Arbeitsentwurf § 81.
- <sup>17</sup> Vgl. Arbeitsentwurf § 85 Abs. 2.
- <sup>18</sup> Trägerübergreifende Beratungsstandards. Handlungsempfehlungen zur Sicherstellung guter Beratung in der Rehabilitation vom 1. November 2015.
- <sup>19</sup> Erste Hinweise zur Wirkung und zu Gelingensfaktoren einer unabhängigen Beratungsform, dem Peer Counseling, finden sich bei Braukmann/Heimer/Jordan/Maetzel/Schreiner/Wansing (2017), Evaluation von Peer Counseling im Rheinland. Endbericht, abrufbar unter [http://www.lvr.de/media/wwwlvrde/soziales/menschenmitbehinderung/wohnen/dokumente\\_232/peer\\_counseling/170717\\_Peer\\_Counseling\\_Endbericht.pdf](http://www.lvr.de/media/wwwlvrde/soziales/menschenmitbehinderung/wohnen/dokumente_232/peer_counseling/170717_Peer_Counseling_Endbericht.pdf), zuletzt geprüft am 29.01.2018.
- <sup>20</sup> Eine vollständige Übersicht über die Kriterien ist in den Trägerübergreifenden Beratungsstandards enthalten.
- <sup>21</sup> BT-Drucksache 18/9522 Seite 231.
- <sup>22</sup> [www.teilhabeberatung.de](http://www.teilhabeberatung.de).
- <sup>23</sup> Z.B. § 12 Abs. 1 Nr. 4 SGB IX.
- <sup>24</sup> So gesteht auch der Gesetzgeber bzw. das BMAS zu, dass mit dem BTHG die Neuregelungen zur Zusammenarbeit der

Rehabilitationsträger komplexer und aufwändiger wurden. Bereits in der Gesetzesbegründung Drucksache 18/9522 wurden z.B. auf die Aspekte zusätzliches Personal für die Bearbeitung komplexer Leistungsfälle (S. 214) sowie auf den finanziellen Erfüllungsaufwand durch Teilhabeplan-Konferenzen oder die Beteiligung weiterer Rehabilitationsträger bei Trägermehrheit hingewiesen (S. 366).

- <sup>25</sup> Beispielhaft veranschaulicht an den Fallkonstellationen: Unfall bei der Arbeit, Unfall während der Phase der Erwerbstätigkeit, Unfall nach dem Ende der Erwerbstätigkeit.
- <sup>26</sup> BT-Drucksache 18/9522, Seite 192 der Gesetzesbegründung.
- <sup>27</sup> Nach § 7 Abs. 2 SGB IX kann von Kapitel 4 im Allgemeinen Teil des SGB IX weder in den Leistungsgesetzen der jeweiligen Rehabilitationsträger noch durch Landesrecht abgewichen werden.

<sup>1</sup> § 20 Abs. 1 S. 3 Nr. 1 bis 3 SGB IX.

<sup>2</sup> § 20 Abs. 1 und Abs. 2 SGB IX.

<sup>3</sup> § 19 Abs. 1 SGB IX.

<sup>4</sup> § 104 Abs. 1 S. 2 SGB IX.

<sup>5</sup> Insbesondere § 21 S. 1 und § 119 Abs. 3 SGB IX.

<sup>6</sup> Einen Anhaltspunkt bieten die Ausführungen im Arbeitsentwurf der neuen GE Reha-Prozess. Vgl. dort § 5.

<sup>7</sup> Gemeinsame Empfehlung „Reha-Prozess“ vom 1. August 2014 sowie Arbeitsentwurf einer Gemeinsamen Empfehlung „Reha-Prozess“ vom 12. Januar 2018.

<sup>8</sup> Vgl. dazu Arbeitsentwurf der Gemeinsamen Empfehlung Reha-Prozess vom 12. Januar 2018.

<sup>9</sup> Vgl. Arbeitsentwurf § 6 Abs. 3.

<sup>10</sup> Vgl. Arbeitsentwurf § 10 Abs. 2.

Die Autoren:

**BERND GIRAUD**  
Fachbereichsleiter Programme und Produkte, Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V. (BAR), Frankfurt



**CAROLA PENSTORF**  
Fachreferentin im Team „Entwicklung und Ausgestaltung des Reha-Prozesses“, Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V. (BAR), Frankfurt

