

Abschlussbericht

zum

Projekt

„Prüfung von aktuellem Stand und Potential
der Bedarfsermittlung von Leistungen zur
Teilhabe am Arbeitsleben unter
Berücksichtigung der ICF
(Machbarkeitsstudie)“

Gefördert durch:



Bundesministerium
für Arbeit und Soziales

Autorinnen und Autoren

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e. V. (BAR)

Dr. Michael Schubert

Carola Penstorf

Dr. Helga Seel

Hochschule Magdeburg-Stendal

Prof. Dr. Matthias Morfeld

Svea Bade

Dorit Gleisberg

Lioba Jonßon

Bundesarbeitsgemeinschaft der Berufsbildungswerke e. V. (BAG BBW)

Rainer Lentz

Dr. Katja Robinson

Stand: August 2014

Danksagung

Die Autorinnen und Autoren bedanken sich bei allen Mitwirkenden an dieser Studie inkl. den Mitgliedern der projektbegleitenden Arbeitsgruppen von Leistungsträgern und Leistungserbringern. Gedankt wird ferner Frau Dr. Larissa Beck, die an dieser Studie im Zeitraum von April 2012 bis März 2013 mitwirkte, sowie dem BMAS für die Projektförderung und fachliche Begleitung.

Inhaltsverzeichnis

0. ZUSAMMENFASSUNG	5
1. HINTERGRUND	12
1.1. LEISTUNGEN ZUR TEILHABE AM ARBEITSLEBEN	13
1.2. KONZEPTUALISIERUNG VON BEDARF UND BEDARFSERMITTLUNG	14
1.3. DIE INTERNATIONALE KLASSIFIKATION DER FUNKTIONSFÄHIGKEIT, BEHINDERUNG UND GESUNDHEIT (ICF)	18
1.4. AKTEURE DER BERUFLICHEN REHABILITATION	19
1.4.1 LEISTUNGSTRÄGER	19
1.4.2 LEISTUNGSERBRINGER	22
1.4.3 MENSCHEN MIT BEHINDERUNG UND INTERESSENVERBÄNDE	27
2. FRAGESTELLUNGEN	29
3. METHODIK	31
3.1. LITERATURRECHERCHE	31
3.2. EXPERTENWORKSHOP BERLIN UND FACHTAGUNG STENDAL	31
3.3. SCHRIFTLICHE BEFRAGUNG VON LEISTUNGSTRÄGERN UND -ERBRINGERN	32
3.3.1 MESSINSTRUMENTE	32
3.3.2 STICHPROBENBESCHREIBUNG	35
3.3.3 DATENANALYSE	36
3.3.4 GEWICHTUNG	37
3.4. SCHRIFTLICHE BEFRAGUNG BEI LEISTUNGSBERECHTIGTEN	38
3.4.1 FRAGEBOGENENTWICKLUNG	38
3.4.2 STICHPROBENBESCHREIBUNG	39
3.4.3 ZUGANGSWEG UND RÜCKLAUF	39
3.4.4 BEFRAGUNG VON BESCHÄFTIGTEN IN WERKSTÄTTEN FÜR MENSCHEN MIT BEHINDERUNG	41
3.5. FOKUSGRUPPEN UND DISKUSSIONEN	42
3.5.1 FOKUSGRUPPE MIT LEISTUNGSBERECHTIGTEN	42
3.5.2 FOKUSGRUPPE MIT VERTRETER/-INNEN VON VERBÄNDEN	43
3.5.3 DISKUSSION MIT DEM UNTERNEHMENSFORUM „FÜR MEHR INTEGRATION BEHINDERTER MENSCHEN IN DIE WIRTSCHAFT“	44
4. ERGEBNISSE	45
4.1. AKTUELLER STAND DER BEDARFSERMITTLUNG IN DER BERUFLICHEN REHABILITATION	45
4.1.1 DER BEDARFSBEGRIFF AUS DER PERSPEKTIVE DER AKTEURE	45
4.1.2 ZUGANG ZU UND TRÄGER VON LEISTUNGEN ZUR TEILHABE AM ARBEITSLEBEN	47
4.1.3 VERFAHREN UND INSTRUMENTE DER BEDARFSERMITTLUNG	55
4.1.4 KOMMUNIKATION DER AKTEURE	65
4.1.5 STELLENWERT VON NEIGUNGEN UND FÄHIGKEITEN VON LEISTUNGSBERECHTIGTEN BEI DER BEDARFSERMITTLUNG	71
4.1.6 BEKANNTHEIT UND NUTZUNG DER ICF	73
4.1.7 ZUSAMMENFASSUNG: AKTUELLER STAND DER BEDARFSERMITTLUNG	86

4.2. OPTIMIERUNGSPOTENZIALE DER BEDARFSERMITTLUNG IN DER BERUFLICHEN REHABILITATION	90
4.2.1 DIE BEDARFSERMITTLUNG IM KONTEXT SOZIALRECHTLICHER NORMIERUNG	91
4.2.2 BEDARFSERMITTLUNG IM REHA-PROZESS	94
4.2.3 VERFAHREN UND INSTRUMENTE DER BEDARFSERMITTLUNG	102
4.2.4 PASSGENAUIGKEIT DER LTA DURCH PASSGENAUE BEDARFSERMITTLUNG	104
4.2.5 MÖGLICHKEITEN UND POTENZIALE DER ICF	107
4.2.6 ZUSAMMENFASSUNG: OPTIMIERUNGSPOTENZIALE DER BEDARFSERMITTLUNG	116
5. DISKUSSION UND SCHLUSSFOLGERUNGEN	120
6. PERSPEKTIVEN	135
7. METHODISCHE LIMITATIONEN	137
8. LITERATUR	139
9. ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS	145
10. ABBILDUNGSVERZEICHNIS	147
11. TABELLENVERZEICHNIS	149
ANLAGEN	151
Anlage I: Fragebogen „Bedarfsermittlung Berufliche Rehabilitation“ für Leistungsträger	152
Anlage II: Ausfüllhilfe zum Fragebogen für Leistungsträger	169
Anlage III: Fragebogen „Bedarfsermittlung Berufliche Rehabilitation“ für Leistungserbringer	171
Anlage IV: Ausfüllhilfe zum Fragebogen für Leistungserbringer	191
Anlage V: Übersicht der potenziellen Verfahren/Instrumente zur Bedarfsermittlung in der beruflichen Rehabilitation	193
Anlage VI: Fragebogen für Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben	195
Anlage VII: Benannte Verfahren und Instrumente, die im Rahmen der Bedarfsermittlung genutzt werden – Gesamt und differenziert nach Leistungserbringer und Leistungsträger	209
Anlage VIII: Gesamtliste der von Leistungserbringern benannten Verfahren/ Instrumenten, zu denen Informationen zum jeweiligen Einsatzkontext mitgeteilt wurden	224
Anlage IX: Benannte Verfahren und Instrumente, die im Rahmen der Bedarfsermittlung genutzt werden – differenziert nach Leistungsträgern und -erbringer sowie nach Phase des Rehabilitationsprozesses	228
Anlage X: Abkürzungsverzeichnis der genannten Verfahren und Instrumente	253
Anlage XI: Ergebnisthesen, Schlussfolgerungen und Perspektiven zur Machbarkeitsstudie	257

0. ZUSAMMENFASSUNG

Hintergrund

Effiziente Rehabilitationsprozesse beginnen mit einer gezielten und systematischen Ermittlung des individuellen Teilhabebedarfs. Durch eine individuelle Bedarfsermittlung kann der Rehabilitationsprozess passgenau gestaltet werden, wodurch zur wirksamen und wirtschaftlichen Verwendung der für entsprechende Leistungen zur Teilhabe eingesetzten Mittel beigetragen wird. Zudem ist die Bedarfsermittlung eine zentrale Voraussetzung für adäquate Leistungsentscheidungen sowie erfolgreiche Rehabilitationsprozesse.

Unter „Bedarfsermittlung“ wird dabei dasjenige Vorgehen verstanden, das auf individueller Ebene Informationen zur Prüfung bzw. Konkretisierung eines potenziell vorliegenden Teilhabebedarfs vor dem Hintergrund individuell zu bestimmender Teilhabeziele erhebt, bündelt und auswertet. Deren Ergebnisse sind Grundlage von Auswahlentscheidungen zu individuell geeigneten und erforderlichen Leistungen für die Erreichung der jeweiligen Teilhabeziele (Leistungsauswahl). Sie dient Leistungsträgern zur Konkretisierung von Ansprüchen auf Leistungen zur Teilhabe und Leistungserbringern als Grundlage zur individuellen Anpassung bzw. Ausgestaltung von Leistungen zur Teilhabe und damit insgesamt zur Erreichung definierter Teilhabeziele.

Fragestellung

Die hier vorgelegte Studie beschäftigt sich mit der Analyse von Ansätzen der Ermittlung von Bedarf an Leistungen zur Teilhabe. Dies geschieht für den Bereich der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und mit Fokus auf Qualifikations- und Integrationsleistungen. Gegenstand ist eine erstmalige, leistungsträger- und leistungserbringerübergreifende sowie empirisch fundierte Bestandsaufnahme von derzeit eingesetzten Verfahren/Instrumenten¹ zur Bedarfsermittlung sowie eine Analyse von Möglichkeiten einer zukünftig noch gezielteren und damit effizienteren Erbringung von Leistungen zur Teilhabe. Hierbei wird im Besonderen untersucht, inwiefern die ICF ein geeignetes Mittel zur Optimierung darstellt und welche Perspektiven sich für Weiterentwicklungsprozesse bei der Bedarfsermittlung ergeben. Mit einer Gesamtdauer von 21 Monaten ist diese Studie in ihrer inhaltlichen Zielstellung, Ausrichtung und Tiefe als Machbarkeits- bzw. Vorstudie angelegt.

Methodik

Die Studie basiert auf einem multiperspektivischen Untersuchungsansatz. Dazu wurde, neben einer Literaturrecherche, eine umfassende bundesweite Befragung aller Leistungsträger (DRV, BA, DGUV, SVLFG, Sozialhilfe, Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen) sowie zentraler Leistungserbringer (BFW, BBW, BTZ, RPK, IFD, Phase-II-Einrichtungen, WfbM) im Bereich der Leis-

¹ Die Termini „Verfahren“ und „Instrumente“ werden in diesem Bericht quasi synonym verwandt. Im hier genutzten Verständnis sind beides Mittel, um Informationen zu erheben, die zu einer Einschätzung individuell bestehender Bedarfe beitragen. In der Regel nicht umfasst sind organisationale Aspekte zu Prozessabläufen im Rahmen der Bedarfsermittlung.

tungen zur Teilhabe am Arbeitsleben mittels Fragebogen (mit geschlossenen, halboffenen und offenen Fragentypus) durchgeführt. Die Rücklaufquote bei Leistungsträgern (n=68) und -erbringern (n=190) lag bei je knapp 30 %. Darüber hinaus wurden Leistungsberechtigte (Teilnehmer) schriftlich mittels Fragebogen (Rücklauf: 82 %; n=212) und i. R. je einer Fokusgruppe mit Menschen mit Behinderung sowie mit deren Verbände in die Untersuchung einbezogen. Die Datenauswertung erfolgte unter Nutzung etablierter qualitativer wie quantitativer Methoden.

Ergebnisse

Der Leistungsbereich der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben ist in verschiedener Hinsicht durch Heterogenität geprägt. Diese Heterogenität kennzeichnet sich insbesondere durch die Vielfaltigkeit a) der Personengruppen, deren individuelle Bedarfslagen (Teilhabebeeinträchtigungen) und deren Teilhabeziele, b) der möglichen Leistungsträger und Leistungserbringer sowie c) die Art und den Umfang der Leistungen und deren spezifische Zielstellungen. Sie ist dabei auch Folge des differenzierten Leistungsrechts im gegliederten Sozialsystem sowie einer bestehenden Zielgruppen-, Leistungs- und Anbieterdifferenzierung.

Empirisch bildet sich die Heterogenität u. a. in Analysen zum Zuweisungsgeschehen von Leistungsträgern und der Leistungsträgerschaften bei Leistungserbringern ab. Einrichtungsbezogen betrachtet weist die Deutsche Rentenversicherung (DRV) Leistungsberechtigte insbesondere den Berufsförderungswerken (33 %) und freien Bildungsträgern (20 %) zu, bei Integrationsämtern/Hauptfürsorgestellen spielen (erwartungsgemäß) v. a. Integrationsfachdienste (IFD) als Leistungserbringer eine bedeutsame Rolle (28 %) und i. R. d. Sozialhilfe kommt (gleichfalls erwartungsgemäß) Werkstätten für behinderte Menschen eine zentrale Bedeutung zu (95 %). Auf der anderen Seite sind für die Leistungserbringer jeweils verschiedene Leistungsträger besonders wesentlich: z. B. für Berufsbildungswerke (BBW) die Bundesagentur für Arbeit sowie für BFW und Einrichtungen zur Rehabilitation Psychisch Kranker (RPK) die DRV. Alle der untersuchten sieben Leistungserbringertypen geben dabei mindestens drei relevante Leistungsträger an.

Aus Leistungserbringerperspektive spielen als Zugangswege neben den sicherlich zentralen Leistungsträgern aber auch weitere Akteure eine wesentliche Rolle. Sei es durch Information und Beratung (z. B. Beratungsstellen/Selbsthilfe), sei es durch spezifische Antragsunterstützung (z. B. niedergelassene Haus-/Fachärzte) oder durch Initiative für bzw. gemeinsam mit den Betroffenen (z. B. Angehörige/Gesetzliche Betreuer). Diese Zugangswege treten folglich zu den vielfältigen Beziehungen zwischen Leistungsträgern und Leistungserbringer hinzu.

Verfahren und Instrumente der Bedarfsermittlung

Im Rahmen der Befragung von Leistungsträgern und -erbringern konnten aus über 1100 Einzelnennungen 429 unterschiedliche Verfahren/Instrumenten ermittelt werden, die aktuell eingesetzt werden.

Die identifizierten Verfahren und Instrumente im Kontext einer Bedarfsermittlung reichen von kompakten Screenings und Standardtestverfahren (AVEM oder CFT-20/R) bis zu komplexen Verfahren wie Assessments oder speziellen Maßnahmeformen (DIA-AM). Daneben wurden auch spezifische Verfahren/Instrumente zur Planung bzw. Dokumentation wie auch Konzepte benannt. Eine Reihe

von Verfahren werden durch Leistungsträger bei Dritten in Auftrag gegeben (sozialmedizinische Gutachten, Arbeitserprobungen usw.).

Bei allen Akteuren haben diagnostische Verfahren/Instrumente (z. B. mit berufs- und arbeitspsychologischer Ausrichtung) eine hohe Bedeutung. Jedoch lassen sich nur wenige Verfahren/Instrumente herausarbeiten, die von den Akteursgruppen gleichermaßen benannt werden. Hierzu zählen HAMET und MELBA, die in allen drei Phasen des Rehabilitationsprozesses (Initiierung, Durchführung, Abschluss) zur Bedarfsermittlung Einsatz finden. Bei den Leistungsträgern greifen zwei von fünf Organisationen auf den HAMET sowie den MELBA zurück. Demgegenüber nutzen in jeder Phase des Reha-Prozesses sechs von sieben Leistungserbringern den HAMET und vier bzw. fünf von sieben den MELBA.

Die Analyse der benannten Verfahren und Instrumente ergibt entsprechend wesentliche Unterschiede zwischen den beiden Akteursgruppen: Bei Leistungserbringern kommen z. B. in der Initiierungsphase mit 80 % primär diagnostische Verfahren/Instrumente zum Einsatz; demgegenüber setzen die Träger diagnostische Verfahren/Instrumente zu 41 % ein. Neben diesen nutzen die Leistungsträger z. B. Verfahren/Instrumente zur Messung funktioneller Leistungsfähigkeit. Im Gegensatz dazu fallen die funktionellen Verfahren/Instrumente bei den Leistungserbringern kaum ins Gewicht.

Insgesamt betrachtet besteht eine ausgeprägte Varianz bei den genutzten Verfahren/Instrumenten, insbesondere auf Seiten der Leistungserbringer. Damit lässt sich der bisweilen formulierte Praxiseindruck bestätigen, dass aktuell nicht von einem einheitlichen Vorgehen ausgegangen werden kann, sondern vielmehr von einem heterogenen Einsatz von Verfahren und Instrumenten in der Bedarfsermittlung. Differenzen zwischen den Verfahren/Instrumenten bestehen dabei u. a. in der Dauer und im Umfang des Verfahrens/Instrumentes und der Art des methodischen Ansatzes (z. B. psychometrischer Test vs. Gespräch).

Die Ergebnisse der Aufbereitung der Verfahren und Instrumente weisen in verschiedener Hinsicht auf erhebliche Unterschiede hin, die in ihrer Gesamtheit als „Diversifikation“ beschrieben werden können. Diversifikation meint dabei nicht allein das Bestehen mehrerer Instrumente/Verfahren, deren Berechtigung sich aus verschiedenen Begründungssträngen ergeben kann, sondern insbesondere die Frage nach der Bezogenheit und Anschlussfähigkeit der Instrumente zueinander. Die derzeitige Kompatibilität der Verfahren/Instrumente einschließlich der Ergebnisdarstellung scheint dabei als gering einzuschätzen zu sein. Dazu ist die These zu entwickeln, dass spezifische Instrumente für spezifische Zielgruppen zweifelsohne bedeutsam sind, aber ebenso – vor dem Hintergrund der sozialrechtlichen Normierungen von UN-BRK und SGB IX – einheitliche Grundlagen und Maßstäbe für Verfahren und Instrumente erforderlich sind, was derzeit jedoch nicht erkennbar ist.

Diese These schließt auch an die empirischen Rückmeldungen zu Optimierungsmöglichkeiten bei Verfahren/Instrumenten an, welche sich im Kontext der Verfahren/Instrumente wesentlich auf eine stärkere Vereinheitlichung bzw. Konvergenz beziehen. Dies wird von Leistungsträgern wie -erbringern gleichermaßen eingebracht und umfasst auch sowohl die (übergreifende) Verwendung von einheitlichen Verfahren/Instrumenten. Von Seiten der Werkstätten für behinderte Menschen gibt es – trotz der schon bestehenden Vielzahl der ermittelten Verfahren und Instrumente – aber auch den Hinweis auf partiell fehlende Verfahren bzw. einen bestehenden Bedarf der Weiterentwicklung für definierte Personengruppen.

Kommunikation

Im Reha-Prozess bestehen vielfältige Kommunikations- und Interaktionsnotwendigkeiten zwischen Leistungsträgern und -erbringern. Diese ergeben sich insbesondere bei Übergängen: zum einen beim Übergang von der Initiierungsphase (Leistungsentscheidung LT) zur Durchführungsphase (Leistungserbringung LE); zum anderen aber auch innerhalb der Initiierungsphase, bei der partiell Leistungserbringer von Leistungsträgern mit der Durchführung von Leistungen beauftragt werden (z. B. Arbeitserprobung/Eignungsabklärung), die dem Ziel der leistungsträgerseitigen Bedarfsfeststellung dienen.

Dies untermauert auch die empirische Analyse, nach der von einer Vielzahl der Leistungserbringer entsprechende fachliche Kontakte zu den Rehabilitationsträgern berichtet werden. Während jeweils mehr als 90 % der Leistungserbringer solche zur Arbeitsverwaltung (BA/ARGE/Jobcenter) und zur Deutschen Rentenversicherung angeben, sind diese zu anderen Leistungsträgern teils auch geringer (z. B. zur Sozialhilfe; 35 %), was sich durch die unterschiedlichen Zuständigkeiten im System der Rehabilitation und Teilhabe plausibilisiert. In gleicher Weise berichten auch Leistungsträger häufig über bestehende fachliche Kontakte zu den verschiedenen Leistungserbringertypen, wobei hier Werkstätten für behinderte Menschen (95 %) und Integrationsfachdienste (84 %) am häufigsten genannt werden, neben Berufsförderungswerken (71 %) und Betrieben (75 %). Darüber hinaus zeichnen sich in bedeutsamer Weise zugleich auch Interaktionsnotwendigkeiten zwischen Leistungsträgern und zwischen Leistungserbringern ab. Nicht zuletzt bestehen auch Kommunikationserfordernisse innerhalb der Organisationen, deren Institutionalisierung sich häufig in etablierten, regelmäßigen internen Fallkonferenzen abbildet (LT: 61%; LE: 96 %). Für dreiviertel der befragten Organisationen (Leistungsträger wie Leistungserbringer) bilden zudem regelmäßige externe Fallkonferenzen etablierte Kommunikationsformen zur gegenseitigen Verständigung und Abstimmung (78 % bzw. 76 %). Zwischen den verschiedenen Trägern bzw. Erbringern gibt es wesentliche Unterschiede.

Zwar berichten eine Vielzahl der befragten Leistungsträger und -erbringer von gelingender Kommunikation und Zusammenarbeit bei LTA, jedoch werden gleichwohl in diesem Bereich auch weitere Optimierungsmöglichkeiten seitens der Befragten formuliert. Hier konnten insbesondere Aspekte zur Kommunikation, zum Informationsfluss und zur Zusammenarbeit zwischen und unter Leistungsträgern und -erbringern herausgearbeitet werden. Bedeutsam sind dabei beispielsweise Aspekte zu Inhalt und Qualität der Informationen als auch zur Geschwindigkeit der Informationsübermittlung. Aber auch Ansätze einer verbesserten Zusammenarbeit wurden genannt. Einige Leistungsträger wie -erbringer formulieren den Wunsch nach einem verstärkten Austausch und einer besseren Vernetzung. Als hierbei bedeutsam werden auch Herausforderungen, die sich mit datenschutzrechtlichen Vorgaben verbinden, benannt. Gemeinsam ist vielen Optimierungsvorschlägen, dass eine verbesserte Kommunikation und Kooperation aller zu Beteiligten zu erwarten ist, wenn gemeinsame Grundlagen für die Bedarfsermittlung sowie die Verlaufs- und Ergebnisdokumentation existieren.

Im Blick auf die Anschlussfähigkeit der Verfahren/Instrumente zueinander ist zu konstatieren, dass die Nutzung verschiedener Bedarfsermittlungsverfahren mit jeweils z.T. unterschiedlichen Begrifflichkeiten und Systematiken z. B. in den häufig stattfindenden internen oder externen regelmäßigen Fallkonferenzen eine akteursübergreifende Kommunikation bei und zwischen Leistungsträgern und -erbringern über die Ergebnisse der Bedarfsermittlung erschwert. Leistungsträger wie Leis-

tungserbringer formulieren hierzu gleichermaßen, dass gemeinsame Begrifflichkeiten zu einer Verbesserung der jeweiligen Kommunikation beitragen können („gemeinsame Sprache“). Eine Optimierung und Konvergenz zu einheitlichen Anforderungen an die Prozesse und Ergebnisse der Bedarfsermittlung kann hier zu einer höheren Effizienz beitragen.

Passgenauigkeit

Individuell passgenaue Leistungen zur Teilhabe sind für eine erfolgreiche Rehabilitation und damit das Erreichen des Ziels der Teilhabe am Arbeitsleben von besonderer Bedeutung. Zur Herstellung einer solchen Passgenauigkeit ist die Betrachtung der Individualität und Spezifik des Einzelfalls aber auch der Anforderungen des Arbeitsmarktes unabdingbar. Im Kontext der Befragung nach Optimierungspotenzialen sehen einige Leistungserbringer, aber auch Leistungsträger solche in stärker ganzheitlich ausgerichteten Bedarfsermittlungsprozessen. Demnach sind insbesondere Kontextfaktoren und deren Bedeutung für das Erreichen von Teilhabezielen systematisch mit zu betrachten. Leistungsträger und -erbringer formulieren hierzu in der Fragebogenerhebung Handlungsbedarf und merken an, dass derzeit diese Kontextfaktoren nicht ausreichend berücksichtigt werden.

Eng mit dem Aspekt der Ganzheitlichkeit verknüpft ist der von einigen Leistungserbringern benannte Ansatz der Personenzentrierung, welcher zu stärken sei. Neben der gezielten Berücksichtigung von und Orientierung an individuellen Ressourcen und Kompetenzen einer Person ist hiermit auch eine, von den Befragten formulierte, stärkere Berücksichtigung der jeweils individuellen Neigungen und Fähigkeiten verbunden. Vereinzelt wird von Seiten der Leistungserbringer auch eine Stärkung des Wunsch- und Wahlrechts der Menschen mit Behinderung sowie deren Beteiligung bei der Bedarfsermittlung als Optimierungspotential benannt.

Aus einer ganzheitlichen Betrachtung individueller Bedarfslagen leitet sich ab, dass weitere Bedarfslagen, die über die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben hinausgehen, im Prozess der Bedarfsermittlung berücksichtigt werden müssen (z. B. soziale und/oder psychosoziale Hilfen), was insbesondere von Leistungserbringern angeführt wird. Dies ist insbesondere dann unablässig, wenn das Erfordernis weiterer Unterstützungsbedarfe (z. B. im Bereich sozialer Teilhabe) die Zielerreichung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben durch bestehende Wechselwirkungen (z. B. zwischen sozialer Stabilität und beruflicher Teilhabe) beeinflussen kann. Es stellt sich damit hier die Frage, welche über die Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben im Einzelfall hinausgehenden Leistungen erforderlich sein kann, um das (mit dieser) intendierte Rehabilitationsziel zu erreichen oder dessen Erreichung zu sichern. Ort zur Erhebung möglicher entscheidungsrelevanter Aspekte ist die Bedarfsermittlung.

ICF

Als Klassifikationssystem kann die ICF Krankheitsfolgen und Behinderung zwar nicht unmittelbar messen, aber als Ausgangspunkt für deren Erhebung dienen. Sie ist aktorsübergreifend als bedeutsame Referenz im Bereich von Rehabilitation und Teilhabe anerkannt, insb. im medizinischen Sektor. So geben auch in der Befragung die meisten Leistungsträger und Leistungserbringer an, dass ihnen die ICF bekannt ist (80 % der Leistungsträger und 92 % der Leistungserbringer). Gleichwohl ist der Nutzungsgrad unterschiedlich, wobei von einer aktuellen Nutzung im Arbeitsall-

tag nur von jedem fünften Leistungsträger (21 %) und etwa jedem dritten Leistungserbringer (32 %) berichtet wird.

Besonders zu betrachten ist hier der alltagsbezogene Nutzungskontext und Nutzungsumfang. Sofern die ICF bei Leistungsträgern im Arbeitsalltag Verwendung findet, erfolgt dies insbesondere in spezifischen fachlichen Kontexten, wie i. R. d. Begutachtung bzw. bei Fachdiensten und zumeist ausschließlich auf Ebene des bio-psycho-sozialen Modells (73 %).

Die praktische ICF-Nutzung auf Item-Ebene bei Leistungserbringern (46 %) stützt sich im Wesentlichen auf einige wenige Eigenentwicklungen im Kontext von Projekten, die einzelne Leistungserbringer in den vergangenen Jahren selbständig initiiert und durchgeführt haben (RPK, BTZ, BBW, WfbM). Im Bereich der RPK-Einrichtungen stellt die ICF-Nutzung mittlerweile einen anerkannten Standard dar. Aus den Untersuchungsergebnissen ergeben sich mit Ausnahme einzelner Hilfeplanverfahren im Rahmen der Eingliederungshilfe keine Anhaltspunkte für vergleichbare Nutzungsansätze der Item-Ebene auf Seiten der Leistungsträger.

Eine breite, insbesondere akteurs- und phasenübergreifende Verwendung der ICF (bio-psycho-soziales Modell als auch Item-Ebene), ist derzeit als Grundlage von Bedarfsermittlungsprozessen im Bereich der beruflichen Rehabilitation nicht auszumachen. Eine (explizite) Verbindungslinie zwischen der ICF (Item-Ebene als auch bio-psycho-soziales Grundmodell) und den im Kontext der Bedarfsermittlung eingesetzten Instrumenten ist derzeit nur in Einzelfällen vorhanden und nutzbar.

Im Hinblick auf Möglichkeiten und Potenziale der ICF bei LTA waren nachfolgende Aspekte durch die Befragten zu beurteilen:

- a) Eine Weiterentwicklung der ICF ist aus meiner Sicht notwendig.
- b) Eine ICF-Nutzung verbessert aus meiner Sicht die Identifikation von Bedarfen.
- c) Eine ICF-Nutzung verbessert aus meiner Sicht die Prozesssteuerung von Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation.
- d) Die ICF bildet die Grundlage, Verfahren zur Bedarfsermittlung zu entwickeln, die träger- und erbringerübergreifend benutzt werden können.
- e) Die Potentiale der ICF zur Nutzung innerhalb der LTA sind aus meiner Sicht bisher noch kaum ausgeschöpft.

Wird das Antwortverhalten von Leistungsträgern und -erbringern gegenübergestellt, findet sich eine durchgehend höhere Zustimmungsrates der Leistungserbringer, was einen dort bestehenden größeren Optimismus in Bezug auf bestehende Potenziale der ICF im Bereich Bedarfsermittlung vermuten lässt. So bejahen jeweils etwa die Hälfte der antwortenden Leistungserbringer die einzelnen Bewertungsaspekte, während dies bei Leistungsträgern meist deutlich seltener der Fall ist. Leistungsträger stimmen den Aussagen am häufigsten teilweise zu. Gleichwohl wird der Sachverhalt, dass die ICF als Grundlage für Verfahren zur erbringer- sowie trägerübergreifenden Bedarfsermittlung entwickelt und genutzt werden kann (d) sowohl von Leistungsträgern wie -erbringern vergleichbar eingeschätzt: Werden zustimmende und ambivalente (teils/teils) Antworten zusammengefasst, so ergibt sich auf Ebene der Leistungsträger ein Anteil von 64,7 %, der der Auffassung ist, hier vertieft Potentiale im Bereich der Bedarfsermittlung zu sehen; bei Leistungserbringern von 83,8 %.

Nutzbares Potenzial wird der ICF auch bei der Überwindung von Kommunikations- und Schnittstellenproblemen bei der Bedarfsermittlung zugeschrieben. Vorauszusetzen ist hierbei jedoch, dass die ICF akteursübergreifend als Referenz zur inhaltlichen und formalen Strukturierung der Bedarfsermittlungsprozesse genutzt wird, um eine systematische Kompatibilität verschiedener Verfahren/Instrumente zu ermöglichen. Sie stellt für die unterschiedlichen Akteure der beruflichen Rehabilitation und über die verschiedenen Phasen des Rehabilitationsprozesses hinweg gemeinsame Begrifflichkeiten zur Verfügung, die Basis einer erleichterten akteursübergreifenden Verständigung sein können.

Im Blick auf Potenziale zur Nutzung der ICF kann die Ebene des bio-psycho-sozialen Modells (ICF-Komponenten) und die zusätzliche Nutzung von Items/Einzelkategorien (inkl. Kodierungen) unterschieden werden:

- Zum bio-psycho-sozialen Modell: Als gemeinsame Referenzstruktur ist das bio-psycho-soziale Modell geeignet, eine akteursübergreifende Grundlage der Bedarfsermittlung zu bilden und Prozesse und Ergebnisse der Bedarfsermittlung (inkl. kommunikativer Anforderungen) einheitlicher zu strukturieren und ganzheitlicher zu gestalten.
- Zur Item-Ebene der ICF: Hinsichtlich der Frage eines möglichen Einsatzes der ICF im Bereich der beruflichen Rehabilitation sind für den Bereich der zusätzlichen Nutzung von Items in Teilbereichen wesentliche fachwissenschaftliche Weiterentwicklungsnotwendigkeiten zu konstatieren. Derzeit sind die erheblichen strukturellen und qualitativen Anforderungen zur akteursübergreifenden Nutzung der ICF auf Item-Ebene nicht sinnvoll zu lösen. Daher ist bei der ICF-Nutzung ein übergreifender, umfassender Ansatz unter Einbeziehung der Item-Ebene aktuell nicht absehbar.

Perspektiven

Insgesamt lässt sich festhalten, dass derzeit einheitliche Grundlagen für Verfahren und Instrumente der Bedarfsermittlung in der beruflichen Rehabilitation fehlen. Einheitliche Grundlagen können dabei Bedarfsermittlungsprozesse effektiver gestalten und zu einer Verbesserung der Kommunikation beitragen. Solche Grundlagen sollten Bezugspunkte für praktisches Handeln formulieren, gemeinsame Anforderungen der Akteure an die Bedarfsermittlung beschreiben und die Durchführung von Bedarfsermittlungsprozessen unterstützen.

1. HINTERGRUND

In Deutschland leben nach Angaben des Statistischen Bundesamts 9,6 (12 %) Millionen Menschen mit einer anerkannten Behinderung, der größte Teil davon (7,1 Millionen, entspricht 74 %) ist schwerbehindert (Statistisches Bundesamt 2011). Die Erwerbsbeteiligung von Menschen ohne Behinderung (53 % der Frauen, 71 % der Männer) ist mehr als doppelt so hoch wie die von Menschen mit Behinderung (23 % der Frauen, 30 % der Männer). Dabei sind insbesondere ältere schwerbehinderte Menschen häufiger arbeitslos als gleichaltrige Menschen ohne Behinderung (BMAS 2011)¹.

Die Teilhabe am Arbeitsleben nimmt eine zentrale Stellung in unserer Gesellschaft ein, auch da sie die Teilhabe an anderen Lebensbereichen maßgeblich beeinflussen kann (Bieritz-Harder, 2009). Kaum eine andere Aktivität ist so vielfältig und komplex in ihrer psychologischen, sozialen und materiellen Bedeutung als Arbeit und strukturierte Beschäftigung (BAR 2013a; Bieker 2005). So bedeutet Arbeit u. a.

- eine Möglichkeit, sich in einer gesellschaftlich anerkannten Funktion zu betätigen und wirkt auf den sozialen Status und die Identität,
- ein Gefühl der Wertschätzung durch die gelungene Bewältigung äußerer Anforderungen und die Erfüllung der Erwartung anderer sowie
- finanzielle Anerkennung sowie wirtschaftliche Eigenständigkeit durch Entlohnung
- als sozialversicherungspflichtige Beschäftigung Grundlage der Finanzierung des Systems der sozialen Sicherung und individuelle Absicherung gegen sozioökonomische Risiken.

Aufgrund der häufig behinderungsbedingt erschwerten Erwerbspartizipation (z. B. Grobe/Schwartz 2003; Holleder 2002; Pfaff 2006) ist die Sicherstellung bzw. Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben von Menschen mit Behinderung eine wichtige sozialpolitische und gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Folgerichtig stellen Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben ein wichtiges Instrument dar, durch welches – wenn notwendig – Menschen mit Behinderung bei der Erlangung und Ausübung einer Erwerbstätigkeit auf dem Arbeitsmarkt durch spezifische Hilfen unterstützt und gefördert werden.

Allein die Bundesagentur für Arbeit hat im Jahr 2012 über 2,3 Milliarden Euro für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben aufgewendet, davon lediglich 5 % für Ermessensleistungen. Hinzu kommen die Ausgaben anderer Träger. Für die Gesetzliche Rentenversicherung beispielsweise waren dies in 2011 rund 1,2 Mrd. für LTA, für die Gesetzliche Unfallversicherung 185 Mio. € für LTA. Darüber hinaus wendete die Sozialhilfe 2012 i. R. v. Eingliederungshilfeleistungen 219 Mio. € für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und 3,9 Mrd. € für Leistungen in Werkstätten für Menschen mit Behinderung auf (BAR 2014c).

¹ Der Teilhabebericht der Bundesregierung (BMAS 2013, 44) schätzt die Zahl erwachsener Menschen mit Beeinträchtigungen in Privathaushalten auf Basis des Sozioökonomischen Panels, Befragungswelle 2010, (SOEP, www.diw.de) auf 16,8 Millionen, von denen 9,6 Millionen Menschen schwerbehindert sind. Noch unberücksichtigt sind hier Menschen, die in stationären Wohnformen leben (z. B. Pflegeheime) sowie Kinder und Jugendliche. Die Konstruktion des Merkmals „Beeinträchtigung“ erfolgt im Teilhabebericht anhand mehrerer Indikatoren (ebd., 43).

Um die wirksame und wirtschaftliche Verwendung der für entsprechende Leistungen zur Teilhabe eingesetzten Mittel sicher zu stellen, muss deren Initiierung und Durchführung zielgerichtet und effektiv erfolgen. Dabei ist es notwendig, einen potenziellen Bedarf frühzeitig zu erkennen und zielgerichtet zu ermitteln, entsprechende Teilhabeziele festzulegen und den Rehabilitationsprozess von Beginn an daran auszurichten. Im Folgenden werden zunächst theoretische und anschließend praktische Hintergründe in Bezug auf die Bedarfsermittlung dargestellt.

1.1. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Rechtlich kodifiziertes gemeinsames Ziel aller Leistungen zur Teilhabe ist es, Menschen mit Behinderung oder drohender Behinderung die Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu ermöglichen sowie eine Benachteiligung zu vermeiden oder ihr entgegenwirken (§ 1 SGB IX). Jede Teilhabeleistung (§ 4, 5 SGB IX), „sei sie medizinischer, beruflicher, schulischer oder sozialer Art, ist Teil dieser Gesamtaufgabe“ (BAGüS 2009, 5). Für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben ergibt sich hierbei das spezifizierte Ziel der Erhaltung, Verbesserung, Herstellung oder Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit des Einzelnen entsprechend seiner Leistungsfähigkeit, um auf diese Weise die berufliche Teilhabe möglichst auf Dauer zu sichern bzw. zu unterstützen (§ 33 SGB IX).

Für Menschen mit Behinderung sollen mittels beruflicher Rehabilitationsleistungen sowohl die individuellen Voraussetzungen für eine Erwerbsarbeit (Erwerbsfähigkeit) als auch die Chancen der beruflichen Partizipation unterstützt und verbessert werden. Zugleich haben sie die Aufgabe, präventiv Teilhabestörungen zu verhindern, denn „der präventive Ansatz des Gesetzes (ist) vielmehr so stark ausgebildet, dass in vielen Situationen die Vermeidung von Behinderungen frühzeitig ansetzen soll“ (Kothe 2005; Welti 2006, 42).

Behinderte und von Behinderung bedrohte Menschen haben nach SGB IX auf eine Vielzahl unterschiedlicher Leistungen Anspruch, wenn diese zum Erreichen des Teilhabeziels erforderlich sind. So umfassen LTA gemäß § 33 SGB IX eine breite Palette von Angeboten für Jugendliche und Erwachsene mit Behinderung oder drohender Behinderung, die individuell und flexibel erbracht werden sollen. Dazu können u. a. Berufsvorbereitungsmaßnahmen, einzelne Qualifizierungsangebote, Unterstützte Beschäftigung, passgenaue Arbeitsplatzgestaltung sowie weitere Hilfen zur Erhaltung oder Erlangung eines Arbeitsplatzes zählen. Im Einzelfall sind auch medizinische, psychologische oder pädagogische Hilfen möglich, um das Ziel der Eingliederung in eine Erwerbstätigkeit zu erreichen. Nach § 39 SGB IX können zudem Leistungen in Werkstätten für behinderte Menschen erbracht werden. Wesentlich dabei ist, dass für die Auswahl und Durchführung von LTA die Kenntnisse und Fähigkeiten (Eignung) sowie die Neigungen der Rehabilitanden ebenso zu berücksichtigen sind wie die bisherige berufliche Tätigkeit und die Lage und Entwicklung auf dem Arbeitsmarkt (§ 33 Abs. 4 SGB IX).

Im gegliederten deutschen Sozialsystem können für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben – abhängig von jeweils spezifischen Voraussetzungen und Zuständigkeiten – verschiedene Rehabilitationsträger zuständig sein (siehe Kapitel 1.4.1). Das SGB IX steht dabei für die Aufgabe einen einheitlichen Leistungsrahmen und einheitliche Handlungsgrundsätze, bei gleichzeitig bestehenden trägerspezifischen Rechtsgrundlagen, festzuschreiben und ständig weiterzuentwickeln. Mit der

Zielvorgabe an die Leistungsträger (LT), für Leistungsberechtigte „Leistungen wie aus einer Hand“ zu erbringen, werden im SGB IX auch die erforderlichen Instrumente der Koordination und Kooperation zwischen den Leistungsträgern sozialrechtlich ausgestaltet. Darüber hinaus sind in Abhängigkeit vom im Einzelfall zuständigen Leistungsträger die Regelungen der jeweiligen Leistungsgesetze der Rehabilitationsträger maßgeblich (SGB II, III, VI, VII, VIII und XII).

Die Weiterentwicklung von Leistungen zur Teilhabe und die Förderung ihrer Koordinierung ist Aufgabe der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e. V. (BAR), in der die Vereinigungen der Rehabilitationsträger, die Bundesagentur für Arbeit und die Spitzenverbände der Sozialpartner auf der Grundlage der Selbstverwaltung gemeinsam mit Bund und Ländern repräsentiert sind. Einen ersten Ansatz zur Konkretisierung hierzu bieten die Gemeinsamen Empfehlungen nach § 13 SGB IX, die auf Ebene der BAR trägerübergreifend erarbeitet werden.

Die vorliegende Studie fokussiert innerhalb der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben den Leistungsbereich der Qualifikations- und Integrationsmaßnahmen. Diese werden im Auftrag der Rehabilitationsträger durch Leistungserbringer (LE) erbracht. Zu diesen zählen insbesondere Einrichtungen nach § 35 Abs. 1 SGB IX, wie Berufsbildungswerke, Berufsförderungswerke und vergleichbare Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation. Zu den von Leistungserbringern angebotenen LTA gehören berufliche Anpassungs- und Qualifizierungsmaßnahmen wie auch Leistungen zur Erst- bzw. Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt (siehe Kapitel 1.4.2).

Individuelle Rehabilitationsprozesse werden hier – aufbauend auf eine trägerübergreifend entwickelte Terminologie zu den Phasen des Rehabilitationsprozesses (BAR 2014a; Giraud/Schubert 2014) – verdichtend in drei Phasen unterschieden: Initiierung, Durchführung und Abschluss (Abbildung 1). Die Bedarfsermittlung findet bei Leistungen zur Teilhabe mehrfach sowie über den gesamten Rehabilitationsprozess und nicht allein in einer dieser Phasen des Rehabilitationsprozesses statt. Insbesondere zu Beginn des Rehabilitationsprozesses (Initiierungsphase) erfolgt eine Bedarfsermittlung, die jedoch in Abhängigkeit vom Einzelfall über den Gesamtprozess wiederholt erforderlich sein kann.

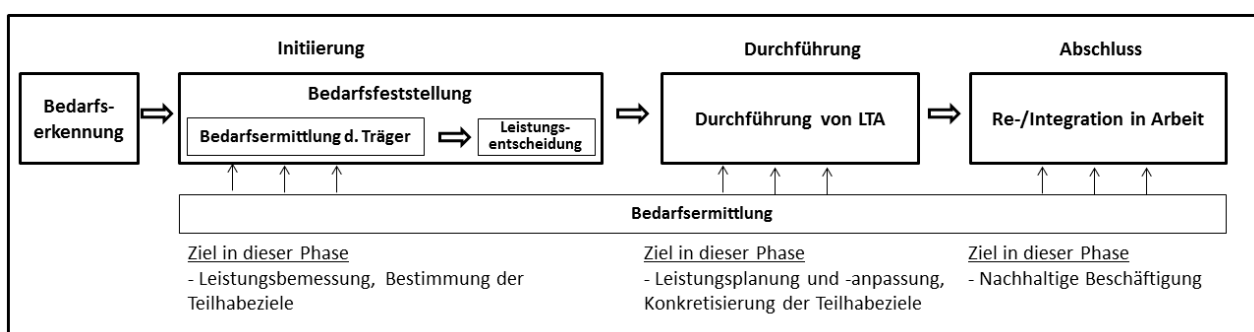


Abbildung 1: Bedarfsermittlung in den Phasen des Rehabilitationsprozesses (modellhafte Darstellung)

1.2. Konzeptualisierung von Bedarf und Bedarfsermittlung

Eine gesetzliche Definition von Bedarf an Teilhabeleistungen oder eine für alle Sozialgesetzbücher einheitliche Festlegung von Anforderungen, Instrumenten oder Verfahren der Bedarfsermittlung existiert bisher nicht (Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge 2009). Auch in der Pra-

xis werden die Begriffe „Bedarf“, „Bedürftigkeit“, „Bedarfsermittlung“, „Bedarfsabklärung“, „Bedarfs- erfassung“, „Bedarfsfeststellung“ etc. bislang zum Teil unterschiedlich verwendet.

Nach Raspe (2004) ist ein Leistungsbedarf dann gegeben, wenn eine Behinderung vorliegt oder zu entstehen droht und eine spezifische Leistung geeignet erscheint, die Möglichkeiten zur Teilhabe (Ziel) „ausreichend günstig zu beeinflussen“. Raspe (2004, 447) definiert den Bedarfsbegriff in An- lehnung an die Feststellung des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Ge- sundheitswesen, indem er ausführt: „Bedarf an Leistungen ist im Kontext einer sozialrechtlich ver- fassten Solidargemeinschaft zu erkennen, wenn

- ein Versicherter an einer nicht-trivialen Gesundheitsstörung leidet bzw. einem nicht-trivialen Gesundheitsrisiko unterliegt und
- die Leistung geeignet ist, die Störung/ das Risiko im Vergleich zum natürlichen Verlauf aus- reichend günstig zu beeinflussen.“

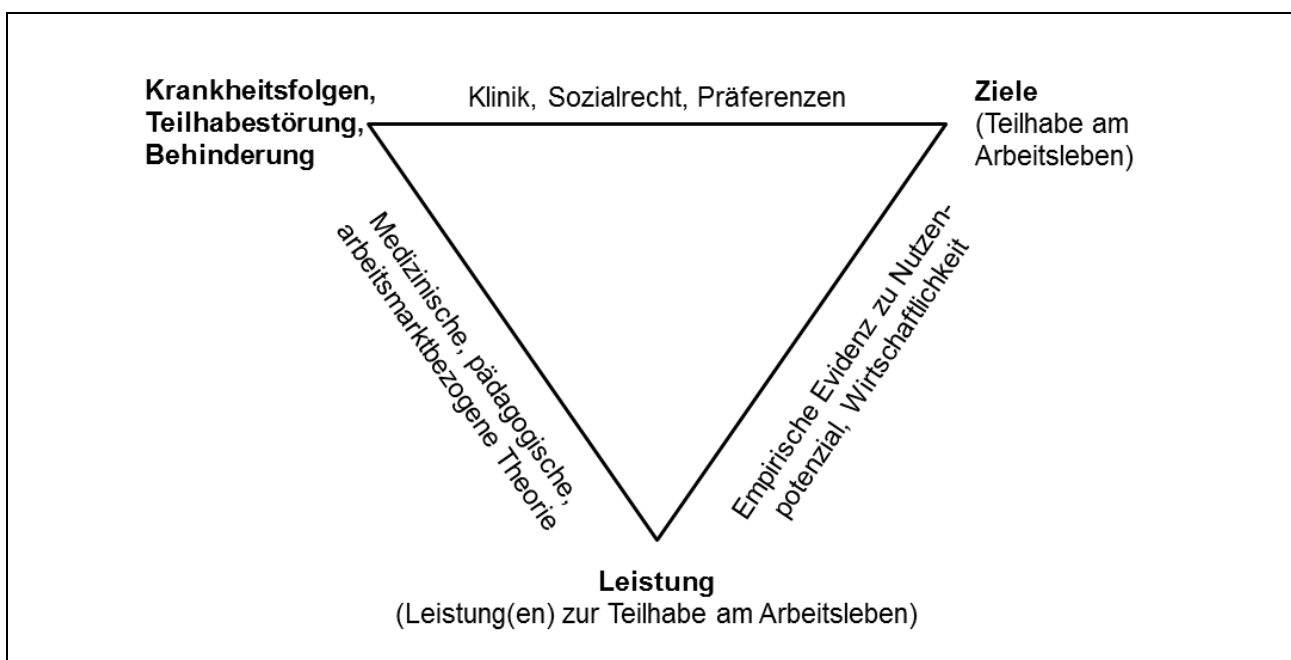


Abbildung 2: Für LTA adaptiertes Modell zur Bestimmung von Bedarf nach Raspe (2007)

Inhaltlicher Kern der Bedarfsermittlung ist für (Raspe 2007) die Herstellung „eine(r) begründbare(n) Verbindung“ zwischen dem Dreiecksverhältnis von „Gesundheitsstörung, Leistungsziel und rehabilitativer Leistung“ (Abbildung 2). Als Ziel der Bedarfsermittlung ist festzustellen, ob und mit welchen Unterstützungsleistungen die berufliche Teilhabe eines Menschen mit Behinderung individuell verbessert werden kann. Dabei kommt insbesondere der näheren Bestimmung der Gesundheitsstörung und deren Auswirkungen, wie auch der Bestimmung des individuellen Teilhabeziels (auf Basis der Ziele nach § 33 Abs. 1 SGB IX) wesentliche Bedeutung zu. Aufbauend auf die Ergebnisse der Bedarfsermittlung können für den Einzelfall begründete Entscheidungen zur Erforderlichkeit und Auswahl bzw. Ausgestaltung der rehabilitativen Leistung getroffen werden.

Auslöser für die Erforderlichkeit solcher Leistungen im Einzelfall sind gesundheitsbedingte Teilhabebeeinträchtigungen, die sich negativ auf die Teilhabemöglichkeiten im gesellschaftlich bedeutsamen Bereich der Arbeit und Beschäftigung auswirken. Als „Bedarfsermittlung“ wäre dabei das Vorgehen beschreibbar, das auf individueller Ebene Informationen zur Prüfung bzw. Konkretisie-

rung eines potenziell vorliegenden Teilhabebedarfs vor dem Hintergrund individuell zu bestimmender Teilhabeziele erhebt, bündelt und auswertet. Deren Ergebnisse sind direkte Grundlage von Auswahlentscheidungen zu individuell geeigneten und erforderlichen Leistungen für die Erreichung der jeweiligen Teilhabeziele (Leistungsauswahl).

Die Frage danach, welche Leistungen im Rahmen einer Rehabilitation als geeignet angesehen werden können, ist dabei komplex. Für Raspe (2004) setzt Bedarf ein zielorientiertes Nutzenpotenzial (ability to benefit) der Leistung im Verhältnis zum zu erreichenden Leistungsziel voraus, d. h. die Leistung muss die in sie gesetzten Ziele mit einer überwiegenden Wahrscheinlichkeit erreichen können. Dazu ist zu bedenken, dass eine Intervention wirksam ist, wenn diese nachweislich positive Effekte erzeugt, die sich relevant von Effekten der Kontrollbedingung unterscheiden (Raspe 2004, 454). Die Intervention ist allerdings erst dann zweckmäßig, wenn diese Effekte auf die Erreichung des definierten Ziels, hier die Teilhabe am Arbeitsleben, positive Wirkung entfalten kann (ebd.). Dies führt Raspe zur Definition des Nutzens einer Rehabilitation: „Eine Rehabilitation wäre erst dann nützlich, wenn der Zweck in ausreichendem Ausmaß, ausreichend häufig und für eine ausreichend lange Zeit erreicht würde.“ (ebd.). Im Rahmen der Bedarfsermittlung sind somit relevante Informationen zu sammeln und zu bewerten, um zweckmäßige und möglichst effektive Leistungen zu ermöglichen. Die anzustrebende Dauer des Effekts ist dabei für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sozialrechtlich festgeschrieben, geht es doch darum, die „Teilhabe am Arbeitsleben möglichst auf Dauer zu sichern“ (§ 33 Abs. 1 SGB IX)².

Der Bedarf bzw. die Notwendigkeit der Bedarfsermittlung hängt dabei von verschiedenen individuellen Faktoren ab, beispielsweise vom Alter, dem bisherigen Erwerbsstatus oder der Ursache der Behinderung sowie auch wirtschaftlichen, soziokulturellen oder gesetzlichen Rahmenbedingungen (Abbildung 3) und Merkmalen des jeweiligen Sozialraums.

In Abhängigkeit von Art und Schwere der mit einer Behinderung verbundenen Beeinträchtigungen kann eine Bedarfsermittlung hinsichtlich des notwendigen Umfangs variieren. Während früher vor allem mehrtägige Assessmentverfahren angewendet wurden, die vor allem bei erheblichen Leistungseinschränkungen und umfassender beruflicher Neuorientierung sinnvoll sind³, ist in den letzten Jahren – insbesondere im Zusammenhang mit der medizinisch-beruflichen Orientierung (MBO) – der Einsatz kurzer Screening-Verfahren hinzugekommen, um potentielle Bedarfslagen frühzeitig zu erkennen (z. B. Bürger/Deck 2009; Streibelt et al. 2007; Wolf 2006).

Diese kommen im Gegensatz zu den umfassenderen Assessments, die i. d. R. in Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation angewendet werden, fast ausschließlich in Kliniken während einer medizinischen Rehabilitation als Instrumente der differentiellen Zuweisung zu arbeits- und berufsspezifischen Interventionen zum Einsatz. In der beruflichen Rehabilitation, in der im Vergleich zur überwiegend dreiwöchigen medizinischen Rehabilitation meist deutlich längere Leistungen durchgeführt werden, wurden in jüngster Zeit vereinzelt auch prozessorientierte Instrumente entwickelt, die v. a. individuelle Kompetenzen erfassen (z. B. Aachener Profilmodul „ProMo“ (Kleon et al. 2009)).

² Der Gesetzesterminus „auf Dauer“ wird in der Praxis meist als „mindestens 6 Monate“ operationalisiert.

³ z. B. EFL, (Kaiser et al. 2000b); ERGOS (Kaiser/Kersting/Schian 2000a); IMBA (Greve/Jochheim/Schian 1997); HAMET 2 (Pfeiffer/Tress/Goll 2003)

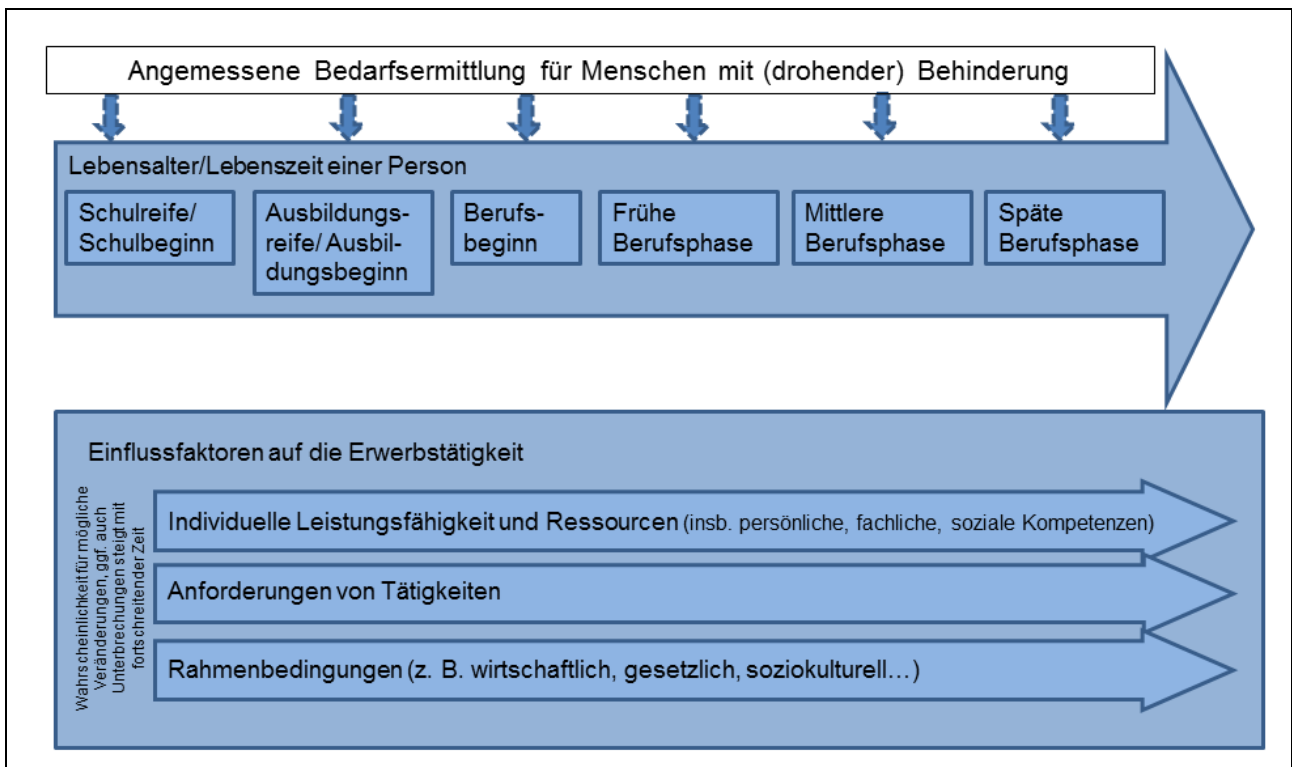


Abbildung 3: Schematische Darstellung potentiell erforderlicher individueller Bedarfsermittlung zur Teilhabe am Arbeitsleben

Weiterhin wurden im Rahmen der Eingliederungshilfe teils segmentübergreifende Verfahren⁴ zur Bedarfsermittlung und Hilfeplanung diskutiert, die den Aspekt der Teilhabe am Arbeitsleben mit berücksichtigen bzw. aktuelle Fähigkeiten und Beeinträchtigungen für den Bereich Arbeit erfassen (Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge 2009). Bei diesen Verfahren handelt es sich allerdings häufig um regional begrenzte Modellprojekte.

Insgesamt sind zwar einige erprobte und evaluierte Screening-Verfahren und Instrumente zur Bedarfsermittlung betreffend die Teilhabe am Arbeitsleben publiziert worden bzw. im Einsatz, es fehlt jedoch ein umfassender, systematisierter Überblick über die bundesweite Verfahrenspraxis bei den verschiedenen Akteuren der beruflichen Rehabilitation. Die Entwicklung der Verfahren erfolgte teilweise bereits vor dem Hintergrund der ICF, insbesondere die älteren (umfassenderen) Verfahren sind jedoch vor 2001, also noch vor Publikation der deutschsprachigen Version der ICF entwickelt worden.

⁴ z. B. der „Integrierte Behandlungs- und Integrationsplan“ (IBRP) und die „Individuelle Hilfeplanung des Landschaftsverbandes Rheinland (IHP)“

1.3. Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF)

Die von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) im Jahr 2001 verabschiedete "Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit" (engl. „International Classification of Functioning, Disability and Health“, kurz ICF) ist ein umfassendes Klassifikationssystem zur Beschreibung von Gesundheitsproblemen und ihren Folgen in einer einheitlichen Sprache. Sie beruht auf der Grundlage des bio-psycho-sozialen Modells der WHO (Abbildung 4), das als Basis auch in das SGB IX (vgl. § 2 SGB IX) eingeflossen ist (BAR 2006). Der Gesetzgeber stellt in seiner Begründung zum SGB IX klar, dass das Ziel der Teilhabeleistungen die Förderung der Selbstbestimmung und gleichberechtigten Teilhabe behinderter oder von Behinderung bedrohter Menschen am Leben in der Gesellschaft sein soll und zwar ausdrücklich „in Anlehnung an das ‚Partizipationsmodell‘“ der ICF⁵. Die Orientierung am Konzept der ICF bzw. dem zu Grunde liegenden bio-psycho-sozialen Modell setzt sich folgerichtig auch bei der Bedarfsfeststellung fort mit der Verpflichtung zur „funktionsbezogenen“ Feststellung des Bedarfs und der (Teilhabe-)Leistungen in § 10 SGB IX.

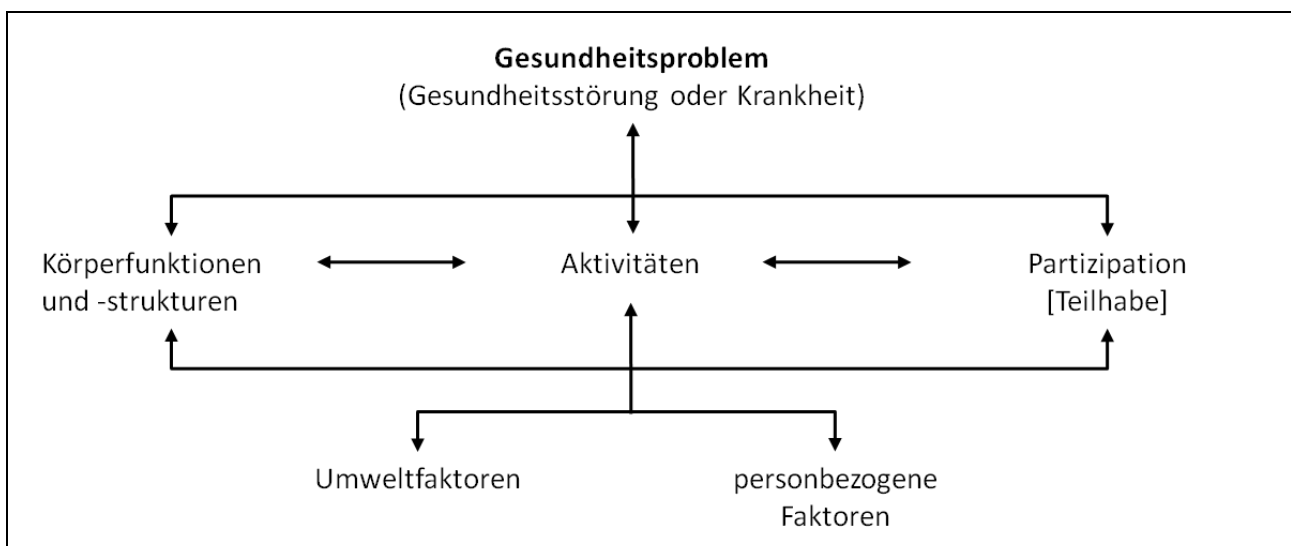


Abbildung 4: Bio-psycho-soziales Modell der WHO und Wechselwirkung zwischen den Komponenten der ICF (WHO 2005)

Nach der ICF stellt eine Behinderung die negative Wechselwirkung zwischen gesundheitlichen Beeinträchtigungen und Kontextfaktoren dar, die zu Einschränkungen der Teilhabe eines Menschen mit einem Gesundheitsproblem führt (Abbildung 4; siehe auch Präambel e) UN-BRK). Diese Wechselwirkung beschreibt die ICF nach verschiedenen Lebensbereichen und legt das Augenmerk dabei insbesondere auf die Aktivitäten und die Teilhabe einer Person. Sie erweitert dabei den Blick auf vorhandene Förderfaktoren und Barrieren des Kontextes.

⁵ Drucksache 14/5074 des Deutschen Bundestages, S. 94 sowie sinngemäß S. 98

Die ICF hat mehrere Ebenen und gliedert sich in

- zwei Teile mit je 2 Komponenten
 - Teil 1: Körperfunktionen und -strukturen sowie Aktivitäten und Partizipation
 - Teil 2: Umweltfaktoren und personbezogene Faktoren (welche nicht Teil des Gesundheitsproblems sind),
- fünf bis acht Kapitel/Domänen pro Komponente (z. B. Körperfunktionen → mentale Funktionen; Aktivitäten und Partizipation → Selbstversorgung),
- hinter denen insgesamt 1.424 Items/Einzelkategorien stehen (z. B. b7601 Kontrolle komplexer Willkürbewegungen; d6501 Wohnung und Möbel instand halten).

Die ICF ergänzt damit die ICD-10 (Klassifikation der Krankheiten und Gesundheitsprobleme). Analog zur ICD-10 besteht jedes Item der ICF aus einem Titel und einem Kode. Zur Abbildung des Schweregrades von Beeinträchtigungen kann jeder Item-Kode um ein entsprechendes Beurteilungsmerkmal (5 mögliche Stufen) ergänzt werden (Kodierung; z. B. b7601.2). Wie eine Einschätzung des Schweregrades vorgenommen werden soll (Operationalisierung), wird in der ICF nicht ausgeführt.

Bemühungen zur Umsetzung der ICF erfolgen in Deutschland bisher vor allem im Rahmen der medizinischen Rehabilitation und in Form von Modellprojekten (Ewert/Cieza/Stucki 2002; Fries/Lössl/Wagenhäuser 2007; Rentsch/Bucher 2006).

Bei der Anwendung bzw. Nutzung der ICF bestehen nach bisherigen Erfahrungen auch Grenzen (BAR 2006). So versucht man in der Rehabilitationswissenschaft beispielsweise aufgrund des Umfangs der ICF, in Abhängigkeit von der konkreten Zielfragestellung bzw. Indikation sogenannte „Core Sets“ (ausgewählte relevante Items der ICF) zu definieren, um die Praktikabilität der Anwendung zu verbessern (Cieza et al. 2004).

Insgesamt sind nach der Ansicht von Experten die Nutzungsmöglichkeiten der ICF wie auch die Chancen, die sich damit eröffnen, bei weitem noch nicht ausgeschöpft (BAR 2010a). Das gilt insbesondere für den Bereich der beruflichen Rehabilitation (DVFR 2009). Auch international wird die umfassende Anwendung der ICF zwar befürwortet, ist jedoch noch nicht ausreichend erprobt (Morfeld/Friedrichs/Stritter 2011).

Bislang noch offen ist, wie eine konzeptionelle Ausrichtung der Bedarfsermittlung an der ICF praktikabel und handhabbar ausgestaltet werden kann, um auf diesem Weg die Erbringung von LTA zu optimieren.

1.4. Akteure der beruflichen Rehabilitation

1.4.1 Leistungsträger

In Deutschland ist seit Ende des 19. Jahrhunderts mit dem System der sozialen Sicherung historisch auch ein gegliedertes System der Rehabilitation entstanden, d. h. es gibt unterschiedliche Leistungsträger im Feld der Leistungen zur Teilhabe. Als Rehabilitations- oder Leistungsträger werden die Organisationen bezeichnet, die nach sozialrechtlichen Vorschriften staatliche Leistungen der Sozialen Sicherheit für behinderte oder von Behinderung bedrohte Menschen, so genann-

ten Leistungen zur Teilhabe, erbringen. Diese Leistungen werden von den Rehabilitationsträgern nach § 6 SGB IX erbracht. Für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sind dies⁶:

- die Bundesagentur für Arbeit
- die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung
- die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung
- die Träger der öffentlichen Jugendhilfe
- die Träger der Sozialhilfe und
- die Träger der Kriegsopferversorgung und Kriegsopferfürsorge im Rahmen des Rechts der sozialen Entschädigung.

Weitere Hilfen im Arbeitsleben werden durch die Integrationsämter erbracht.

Bundesagentur für Arbeit

Die Bundesagentur für Arbeit (BA) erbringt als Rehabilitationsträger ausschließlich Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und ist zuständig für die Ersteingliederung von Jugendlichen und jungen Menschen mit Behinderung, die nach Beendigung der Schule oder Ausbildung vor der ersten Aufnahme einer Beschäftigung oder Ausbildung stehen. Auch für die Wiedereingliederung von Arbeitnehmern, die aufgrund einer Behinderung oder Erkrankung ihre berufliche Tätigkeit nicht mehr ausüben können und nicht die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen anderer Leistungsträger erfüllen, ist die Bundesagentur für Arbeit zuständig (BAR 2009). Insgesamt gibt es bundesweit aktuell 156 Agenturen für Arbeit, die die Aufgaben der Bundesagentur für Arbeit auf örtlicher Ebene umsetzen.

Träger der gesetzlichen Unfallversicherung

Zu den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung (UV) gehören die gewerblichen Berufsgenossenschaften, die landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften⁷ und die öffentlichen Unfallkassen (§ 114 Abs. 1 SGB VII). Versichert sind in der gesetzlichen Unfallversicherung neben Arbeitnehmern u. a. auch Schüler, Studierende, ehrenamtlich Tätige und Hilfeleistende. Bei Arbeits- und Schulunfällen, Wegeunfällen und Berufskrankheiten sind die Unfallversicherungsträger zuständig. Diese arbeiten nach dem Grundsatz „Alles aus einer Hand“, d. h. alle Leistungen der Prävention, Rehabilitation und finanzielle Leistungen liegen bei einem Leistungsträger (BAR 2009).

Träger der gesetzlichen Rentenversicherung

Die Gesetzliche Rentenversicherung ist als Rehabilitationsträger für medizinische Rehabilitation und LTA zuständig, wenn die persönlichen und versicherungsrechtlichen Voraussetzungen erfüllt sind. Die persönlichen Voraussetzungen sind nach § 10 SGB VI erfüllt, wenn die Erwerbsfähigkeit erheblich gefährdet oder gemindert ist, bei erheblicher Gefährdung der Erwerbsfähigkeit eine Min-

⁶ Die gesetzliche Krankenversicherung zählt ebenfalls zu den Rehabilitationsträgern, ist aber nicht für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben zuständig.

⁷ Träger für die landwirtschaftliche Sozialversicherung und zuständig für die Durchführung der landwirtschaftlichen Unfallversicherung, der Alterssicherung der Landwirte, der landwirtschaftlichen Krankenversicherung und der landwirtschaftlichen Pflegeversicherung, ist die Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG).

derung der Erwerbsfähigkeit angenommen werden kann, eine geminderte Erwerbsfähigkeit wesentlich gebessert werden kann oder bei teilweiser Erwerbsminderung der Arbeitsplatz durch die Leistungen erhalten werden kann. Die gesetzliche Rentenversicherung arbeitet nach dem Grundsatz „Reha vor Rente“ (vgl. § 8 SGB IX; § 9 Abs. 1 SGB IV). Zu den Trägern der gesetzlichen Rentenversicherung gehören die Deutsche Rentenversicherung Bund, die Regionalträger der deutschen Rentenversicherung, die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See und die landwirtschaftlichen Alterskassen (BAR 2009) (nachfolgend zusammenfassend: DRV).

Träger der öffentlichen Jugendhilfe

Die Träger der öffentlichen Jugendhilfe sind als Rehabilitationsträger für seelisch behinderte oder von einer seelischen Behinderung bedrohte Kinder und Jugendliche zuständig und erbringen Leistungen der Eingliederungshilfe (BAR 2009). Die öffentliche Jugendhilfe ist nur in seltenen Fällen für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben zuständig; i. d. R. übernimmt die Bundesagentur für Arbeit diese Leistungen.

Träger der Sozialhilfe

Auch die Träger der Sozialhilfe (nachfolgend teils verwendete Kurzform: SozH) erbringen im Rahmen der Eingliederungshilfe nach § 54 SGB XII Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben. Eingliederungshilfe erhalten „Personen, die durch eine Behinderung im Sinne von § 2 Abs. 1 Satz 1 des Neunten Buches wesentlich in ihrer Fähigkeit, an der Gesellschaft teilzuhaben, eingeschränkt oder von einer solchen wesentlichen Behinderung bedroht sind [...]“ (§ 53 SGB XII). Die Sozialhilfe ist nachrangiger Rehabilitationsträger und erbringt nur dann Leistungen, wenn kein anderer Träger zuständig ist.

Träger der Kriegsopferversorgung und Kriegsopferversorgung im Rahmen des Rechts der sozialen Entschädigung

Wer einen gesundheitlichen Schaden erleidet, für den die Gemeinschaft in besonderer Weise einstehen muss, hat Anspruch auf soziale Entschädigung (BAR 2009). Anspruch auf diese Leistungen haben u. a. Opfer des Krieges, Bundeswehrsoldaten, Wehrdienstleistende, Zivildienstleistende, Bundesgrenzschutzbeschäftigte, Impfgeschädigte, Opfer von Gewalttaten und Opfer rechtsstaatswidriger Entscheidungen und Strafverfolgungsmaßnahmen sowie deren hinterbliebene Ehe- und Lebenspartner (ebd.). Die Leistungen der sozialen Entschädigung richten sich nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG). Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben im Rahmen der sozialen Entschädigung werden von den Trägern der Kriegsopferversorgung erbracht. Örtliche Träger der Kriegsopferversorgung (KOF) sind die Landkreise und kreisfreien Städte und überörtliche Träger die Hauptfürsorgestellen. Die Hauptfürsorgestellen haben sich in der Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen (BIH) mit den Integrationsämtern zusammengeschlossen.

Integrationsämter

Weitere begleitende Hilfen im Arbeitsleben erbringen die Integrationsämter (nachfolgend teils verwendete Kurzform: InA). Ziel ist „das Recht schwerbehinderter Menschen auf Teilhabe am Arbeitsleben zu verwirklichen“ (BAR 2009, 71). Auf dieses Ziel wirken die Integrationsämter mit finanziel-

len Leistungen und Beratungsleistungen für Menschen mit Behinderung und deren Arbeitgeber hin. Integrationsämter erbringen, im Gegensatz zu oben genannten Rehabilitationsträgern, keine Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben.

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation

Um zu gewährleisten, dass Leistungen möglichst „wie aus einer Hand erbracht“ und die Ziele des SGB IX erreicht werden, ist eine enge Zusammenarbeit der Rehabilitationsträger untereinander und mit den Leistungserbringern notwendig (Schliehe/Sulek 2007). Auf Ebene der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR), der gemeinsamen Repräsentanz der Rehabilitationsträger, erfolgt die nötige Koordination und Kooperation insbesondere durch Gemeinsame Empfehlungen gemäß § 13 SGB IX. An diesen wirken ebenfalls Leistungserbringer und ihre Verbände sowie Interessenverbände behinderter Menschen mit (Schliehe/Sulek 2007).

1.4.2 Leistungserbringer

Bei Leistungserbringern handelt es sich, um juristische oder natürliche Personen sowie um Organisationen, die im Auftrag eines Rehabilitationsträgers Leistungen erbringen. Hierzu werden beispielsweise Krankenhäuser und Kliniken, Bildungseinrichtungen, spezielle Einrichtungen der Rehabilitation sowie medizinische, soziale und psychologische Berufsgruppen oder Dienste gezählt, aber auch Betriebe, bei denen Menschen mit Behinderung Leistungen in Anspruch nehmen können (vgl. Zelfel 2007,17). Qualifikations- und Integrationsleistungen bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, auf die sich diese Studie beschränkt (siehe Kapitel 2), werden von entsprechend geeigneten Anbietern erbracht. Im Rahmen dieser Untersuchung wurden nachfolgende Leistungserbringer einbezogen:

- Berufsbildungswerke
- Berufliche Trainingszentren
- Berufsförderungswerke
- Einrichtungen zur Rehabilitation psychisch Kranker
- Werkstätte für behinderte Menschen
- Integrationsfachdienste und
- Einrichtungen der medizinisch-beruflichen Rehabilitation (mbR) Phase II.

Darüber hinaus gibt es weitere, nach § 35 SGB IX vergleichbare Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation gemeinnütziger oder freier Träger⁸, die nicht in die Studie mit einbezogen wurden.

Berufsbildungswerke

Die Berufsbildungswerke (BBW) in Deutschland sind Einrichtungen zur Vorbereitung und Durchführung von Berufsausbildungen für junge Menschen mit Behinderung, für die keine geeigneten betrieblichen Ausbildungsplätze zur Verfügung stehen und die i. d. R. besonderer Hilfen bei der

⁸ vgl. Drucksache 17/14374 des Deutschen Bundestages

Berufsausbildung bedürfen. Teilweise sind die Einrichtungen berufsfachlich oder behinderungsspezifisch ausgerichtet.

Das Leistungsspektrum umfasst bundesweit mehr als 230 unterschiedliche Ausbildungsberufe und richtet sich an junge Menschen mit den unterschiedlichsten Teilhabebeeinträchtigungen, darunter ca. 48 % mit Lernbehinderung (Eigenerhebung der BAG BBW 2013). In der Regel sind einem BBW eine Berufsschule sowie ein Internat angegliedert. Die Ausbildung hat die anschließende Integration in Arbeit zum Ziel und wird zunehmend in enger Kooperation mit regionalen Betrieben durchgeführt. Falls zwischen Schulabgang und einer anschließenden Berufsausbildung eine qualifizierte Vorbereitung erforderlich ist, bieten die BBW berufsvorbereitende Bildungsmaßnahmen (BvB) an, die bis zu 11 Monate dauern. Ist die Ausbildungsreife gegeben, erfolgt anschließend die Ausbildung, die bis zu 3,5 Jahren dauern kann. 2012 haben 12.340 junge Menschen eine Ausbildung in einem BBW in Anspruch genommen⁹.

Die 52 BBW, die über ganz Deutschland verteilt sind und sich in unterschiedlicher Einrichtungsträgerschaft befinden, haben sich in der Bundesarbeitsgemeinschaft der Berufsbildungswerke e. V. (BAG BBW) zusammengeschlossen.

Berufliche Trainingszentren

Schwerpunkt der Arbeit der beruflichen Trainingszentren (BTZ) ist die Wiedereingliederung von Menschen mit einer psychischen/seelischen Erkrankung in den Arbeitsmarkt¹⁰. Leistungen der BTZ richten sich an erwachsene Menschen mit psychischen Erkrankungen, die größtenteils bereits über berufliche Qualifikationen und Erfahrungen verfügen und auf eine Phase der Erwerbstätigkeit zurückblicken können.

Die BTZ helfen – unter Berücksichtigung der individuellen psychosozialen Einschränkungen – beim (Wieder-) Einstieg in das Berufsleben. Sie unterstützen bei der Klärung realistischer beruflicher Perspektiven (Arbeitserprobung, Berufsfindung), der Wiedereingliederung in den allgemeinen Arbeitsmarkt (Anpassungsqualifizierung) sowie ggf. bei der Stabilisierung im Vorfeld einer Umschulung oder Ausbildung (vorbereitende Maßnahmen auf Ausbildung oder Umschulung). Im Jahr 2009 nahmen 1.625 Rehabilitand/-innen BTZ-Leistungen in Anspruch.

Als regionale Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation arbeiten die BTZ eng mit Betrieben aus Industrie, Handel, Dienstleistungen und Handwerk zusammen sowie auch mit den in der Region bestehenden psychiatrischen Einrichtungen und Diensten. Häufigste Leistungsform stellt das berufliche Training dar, welches in der Regel ca. 11 Monate umfasst und mehrere betriebliche Phasen beinhaltet.

Die über Deutschland verteilten 19 BTZ (teilweise mit zusätzlichen Zweigstellen) gehören zu unterschiedlichen Einrichtungsträgern und haben sich in der Bundesarbeitsgemeinschaft der Beruflichen Trainingszentren e. V. (BAG BTZ) zusammengeschlossen.

⁹ Eigenerhebung der BAG BBW 2013

¹⁰ Ein Wechsel des Berufsfeldes, verbunden mit einem neuen beruflichen Abschluss erfolgt in der Regel nicht in einem BTZ, sondern in einem BFW.

Berufsförderungswerke

Berufsförderungswerke (BFW) bieten berufliche Bildungsmaßnahmen für Erwachsene an, die ihren bisherigen Beruf auf Grund einer Erkrankung oder eines Unfalls nicht mehr ausüben können. Dabei stehen fachlich orientierte Fort- und Weiterbildungen sowie Umschulungen im Vordergrund. Die Bildungsmaßnahmen werden im Auftrag der zuständigen Rehabilitationsträger durchgeführt. Ein Teil der BFW hat sich auf bestimmte Behinderungsarten spezialisiert (bspw. Querschnittslähmung, Sehbehinderung). Die Einrichtungsträgerschaft der einzelnen Bildungseinrichtungen liegt in öffentlichen wie auch privaten Händen. Ein Teil der BFW ist in Trägerschaft der DRV selbst.

Derzeit bieten die Berufsförderungswerke ein Spektrum von ca. 400 verschiedenen Berufen bzw. Teilqualifikationen an. Das Angebot reicht dabei von Berufsausbildungen mit anerkannten Abschlüssen über kurzzeitige Qualifizierungen mit Zertifikat bis hin zu individuellen Anpassungen an die Erfordernisse des Arbeitsmarktes bzw. Arbeitsplatzes. Betriebliche Praktika gehören grundsätzlich zu jeder Qualifizierung bei einem BFW. Zielsetzung von Training und Qualifizierung ist die anschließende passgenaue Integration in den ersten Arbeitsmarkt. Vorwiegende Leistungsformen sind dabei Reha-Vorbereitungslehrgänge (3 Monate) sowie Umschulungen (verkürzte Ausbildungsdauer 2 Jahre) mit anerkannten Berufsabschlüssen.

In der Arbeitsgemeinschaft „Die Deutschen Berufsförderungswerke“ sind 28 Berufsförderungswerke organisiert. Im Bundesarbeitskreis Berufsförderungswerke (BAK BFW) finden sich weitere sechs staatlich anerkannte Berufsförderungswerke in privater Trägerschaft. Zu den Hauptstandorten gehören weitere rund 70 Außenstellen.

Einrichtungen zur Rehabilitation psychisch Kranker (RPK)

Zielsetzung von Einrichtungen zur Rehabilitation psychisch Kranker (RPK) ist die nachhaltige Stabilisierung der Lebenssituation von Menschen mit psychischen Einschränkungen als vorbereitender Schritt für die anschließende berufliche Integration. Die Einrichtungen bilden das Bindeglied zwischen (akuter) medizinisch-psychiatrischer Rehabilitation und beruflicher Rehabilitation, da beide Leistungsarten „unter einem Dach“ angeboten werden. In dieser Funktion arbeiten sie überwiegend einzelfallbezogen.

Die Rehabilitationseinrichtungen bieten therapeutische, psychosoziale und berufliche Betreuung in Form von Komplexleistungen, die nahtlos in den meist kleineren Einrichtungen (10 bis max. 50 Plätze) zusammengefasst sind. Die Angebote sind stark personen- und prozessorientiert ausgerichtet. Zur Rehabilitation arbeiten die Einrichtungen mit weiteren sozialpsychiatrischen Akteuren im jeweiligen Sozialraum zusammen.

Die Leistungsdauer in der stärker medizinisch orientierten Eingangsphase beträgt bis zu 12 Monate. Die sich nahtlos anschließende Folgephase, die stärker an der Förderung der beruflichen Leistungsfähigkeit orientiert ist, umfasst ebenfalls bis zu 12 Monate. Umfang und Dauer der jeweils erforderlichen Leistung werden individuell ermittelt und mit den Leistungsträgern vereinbart. Da es sich um Komplexleistungen handelt, sind hierbei in der Regel mehrere Leistungsträger gleichzeitig beteiligt.

In Deutschland gibt es insgesamt 46 RPK-Einrichtungen, die sich in unterschiedlichster Trägerschaft befinden und regional unterschiedlich verteilt sind (überwiegend im Süden und Westen). Die

Einrichtungen haben sich unter dem Dach der Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation psychisch kranker Menschen e. V. (BAG RPK) zusammengeschlossen.

Werkstätten für behinderte Menschen

Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM) sind überbetriebliche Einrichtungen zur Teilhabe von Menschen Behinderung am Arbeitsleben. Das Angebot der WfbM richtet sich an Personen, die wegen der Art oder Schwere ihrer Behinderung keine oder noch keine Arbeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt finden können. Neben der zeitlich befristeten Eingangs- (max. 3 Monate) und Berufsbildungsphase (max. 2 Jahre), liegt eine Besonderheit der Werkstätten darin, dass diese im sogenannten Arbeitsbereich dauerhafte Arbeitsplätze für Menschen mit Behinderung anbieten.

Die Werkstattbeschäftigten werden von pädagogischen, sozialen, psychologischen, medizinischen, pflegerischen und therapeutischen Fachkräften begleitet. Auch schwerstbehinderte Menschen können dadurch am Arbeitsleben teilnehmen. Um die Leistungsfähigkeit der Beschäftigten zu erhalten und zu entwickeln, steht ein breites Spektrum an Arbeiten und unterschiedlichen Trainings- und Produktionsbereichen zur Verfügung. Zum Arbeitsbereich einer Werkstatt gehören häufig auch sogenannte Außenarbeitsplätze. Dort werden direkte Teilaufgaben betrieblicher Wertschöpfungsprozesse in der Produktion, im Handel oder bei Dienstleistungen übernommen.

Mit ca. 300.000 Beschäftigten in den Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM) stellen die Werkstätten den größten Sektor der beruflichen Rehabilitation dar. Etwa 33.000 Beschäftigte befinden sich im Berufsbildungsbereich der Werkstätten und ca. 250.000 im Arbeitsbereich. Dazu kommen mehr als 15.000 Personen, die so schwer behindert sind, dass sie einer besonderen Betreuung, Förderung und Pflege bedürfen (BAG WfbM 2013).

Rund die Hälfte der Werkstattbeschäftigten kommt erst im Erwachsenenalter in eine WfbM (z. B. nach schwerer Krankheit, Unfall o. ä.), die andere Hälfte sind junge Menschen nach Abschluss der Schulzeit (meist Förderschule o. ä.). Zur Aufgabe einer WfbM gehört auch die Förderung des Übergangs geeigneter Personen auf den allgemeinen Arbeitsmarkt durch geeignete Maßnahmen. Der Status eines Beschäftigten im Arbeitsbereich einer Werkstatt verändert sich im Laufe der Zeit in der Regel jedoch kaum. Übergänge in den ersten Arbeitsmarkt sind eher selten.

Die insgesamt rund 700 Werkstätten mit 2.500 zugehörigen Betriebsstätten verteilen sich über ganz Deutschland und gehören zu unterschiedlichen Organisationen. Der Eingangs- sowie Berufsbildungsbereich der WfbM wird überwiegend durch die Bundesagentur für Arbeit finanziert, der Arbeitsbereich sowie die oftmals zugehörigen Wohn-, Freizeit- und Pflegeeinrichtungen durch die Sozialhilfeträger (SGB XII) und einzelfallbezogen auch durch Renten- und Unfallversicherung.

Zur gemeinsamen Interessenvertretung sind die Träger von Werkstätten über Landesarbeitsgemeinschaften (LAG) sowie über die Bundesarbeitsgemeinschaft Werkstätten für behinderte Menschen e. V. (BAG WfbM) organisiert.

Integrationsfachdienste

Integrationsfachdienste (IFD) sind Dienstleistungsunternehmen, die die Teilhabe von Menschen mit Behinderungen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt unterstützen. Sie sind für die (Wieder-) Eingliederung am Arbeitsplatz, die Vermittlung geeigneter Arbeitsplätze wie auch die anschließende Berufsbegleitung zuständig. In Deutschland gibt es knapp 300 IFD, die sich i. d. R. in der Trä-

gerschaft freier, gemeinnütziger Einrichtungsträger befinden. Die Finanzierung und Steuerung der IFD erfolgt durch die Integrationsämter im Rahmen der Strukturverantwortung (vgl. §§ 109 ff. SGB IX)

Im Rahmen der IFD-Arbeit ist die Unterstützte Beschäftigung (UB) eine besondere, stark einzel-fallbezogene Leistungsform, für Menschen mit Behinderung, die einen besonderen Unterstützungsbedarf haben und einen sozialversicherungspflichtigen Arbeitsplatz anstreben, aber nicht die besonderen Leistungen der Werkstätten für behinderte Menschen benötigen. Die Unterstützung richtet sich dabei gleichermaßen an den Betrieb wie den Menschen selbst. Wesentliches Prinzip der UB ist „erst platzieren, dann qualifizieren“. UB-Leistungen werden durch die Bundesagentur für Arbeit – als Leistungsträger – regional ausgeschrieben. In den Jahren 2009-2012 wurden knapp 6.500 Teilnehmerplätze von der Bundesagentur für Arbeit bundesweit ausgeschrieben.

Im Jahr 1994 wurde die Bundesarbeitsgemeinschaft für Unterstützte Beschäftigung (BAG UB e. V.) gegründet. Als Verband vertritt die BAG UB auch die Interessen der IFD in Deutschland.

Einrichtungen der medizinisch-beruflichen Rehabilitation (mbR) Phase II

Die medizinisch-berufliche Rehabilitation stellt das Bindeglied dar zwischen der medizinischen Rehabilitation (Phase I) und berufsfördernden Leistungen (Phase III). Ziel der medizinisch-beruflichen Rehabilitation in Phase II ist es, die Voraussetzungen für die Wiedereingliederung der Rehabilitanden in Familie, Schule, Ausbildung, Gesellschaft und Beruf zu schaffen. Die Rehabilitanden sollen als Ergebnis der mbR befähigt werden, bspw. einen Schulabschluss zu erwerben, eine Ausbildung oder Weiterbildung aufzunehmen oder eine Erwerbstätigkeit (wieder) auszuüben, die dem jeweiligen Leistungsbild entspricht.

Kennzeichnend für die mbR-Einrichtungen ist, dass diese eine Vielzahl diagnostischer und therapeutischer Leistungen unter einem Dach anbieten, um Menschen mit schweren krankheitsbedingten Leistungseinschränkungen, Lernstörungen sowie Störungen des Sozial- oder Arbeitsverhaltens individuell zu fördern. Die Leistungen gliedern sich in vorwiegend medizinische sowie schulisch-berufliche Leistungen und werden flexibel und individuell durch das jeweilige Rehabilitationsteam erbracht, teilweise auch in teilstationärer Form. Als Anbieter von Komplexleistungen arbeiten die mbR-Einrichtungen fallbezogen häufig mit mehreren Leistungsträgern parallel zusammen.

In der Bundesarbeitsgemeinschaft medizinisch-beruflicher Rehabilitationseinrichtungen e. V. (Phase II) (BAG MBR Phase II) sind 30 Einrichtungen zusammengeschlossen, die sich in unterschiedlicher öffentlicher und privater Einrichtungsträgerschaft befinden. Hierzu zählen, neben vielen Schwerpunkteinrichtungen, diverse neurologische Rehabilitationszentren in Deutschland.

1.4.3 Menschen mit Behinderung und Interessenverbände

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben richten sich an behinderte oder von Behinderung bedrohte Menschen (§ 1 SGB IX). Die Bedeutung der vollen und wirksamen Teilhabe dieser Menschen an allen Lebensbereichen ist mit Verabschiedung der UN-BRK unterstrichen worden. Das Konsultationsprinzip in Art. 4 Absatz 3 der UN-BRK verlangt die Einbeziehung und Mitwirkung von Betroffenen (Partizipation) sowie ggf. auch repräsentativer Organisationen bei Entscheidungsprozessen, die Menschen mit Behinderung betreffen.

Im Unterschied zu Leistungsträgern und -erbringern ist der Organisationsgrad der Teilnehmenden in Rehabilitationsmaßnahmen (häufig abstrakt mit Leistungsberechtigte oder Leistungsnehmer bezeichnet) jedoch sehr gering.

Dies ist zum einen begründet durch den i. d. R. befristeten Status als Rehabilitanden bzw. Leistungsberechtigten, zum anderen durch die gesundheitlichen Einschränkungen. Erkrankung und Behinderung erschweren oftmals eine über das jeweilige individuelle Anliegen hinausgehende Interessenvertretung. Eine zentrale Interessenvertretung von Rehabilitanden ist daher bis heute nicht über allgemein anerkannte Vertretungsorgane gewährleistet. Vielmehr erfolgt diese über verschiedene Wege:

- a) Ein Teil der Einrichtungen (insbesondere diejenigen mit einer längeren Verweildauer von Teilnehmenden von mehr als 12 Monaten) verfügen über *lokale Vertretungsorgane*, welche Aufgaben übernehmen, die mit einer Schülerselbstverwaltung oder einer Ausbildungsvertretung vergleichbar sind. Teilweise sind diese Organe untergesetzlich geregelt. Zu solchen Einrichtungen zählen BBW, BFW und WfbM.
- b) Die *Werkstatträte* der WfbM haben sich auf Landesebene in verschiedenen Landesarbeitsgemeinschaften (LAG WR) sowie auf Bundesebene zur Bundesvereinigung der Landesarbeitsgemeinschaften der Werkstatträte e. V. (BVWR) zusammengeschlossen. Im Bereich der Werkstätten ist damit erstmalig eine Basis für eine gemeinsame Interessenvertretung vorhanden.
- c) Ehemalige Teilnehmende an beruflichen Rehabilitationsmaßnahmen haben 2012 den Verein *Interessenvertretung berufliche Rehabilitation e. V. (IbR)* mit dem Motto „von Rehabilitanden für Rehabilitanden“ gegründet. Die IbR hat sich zum Ziel gesetzt, Interessierte zu beraten und ihr Erfahrungswissen weiterzugeben und die Interessen von Rehabilitanden gegenüber anderen Akteuren wie Leistungsträgern und erbringern und der Politik zu vertreten.
- d) Zudem gibt es eine Reihe von Organisationen auf unterschiedlichen Ebenen wie bspw. Beauftragte für die Belange behinderter Menschen, Selbsthilfegruppen oder Behindertenräte, die partiell auch die Interessen von Teilnehmenden an beruflichen Rehabilitationsmaßnahmen vertreten.

Interessenverbände

Es gibt in Deutschland zahlreiche Verbände, die die Interessen von Menschen mit Behinderung auf unterschiedlichen Ebenen politisch vertreten. Hierzu zählen Einzelverbände von Selbsthilfegruppen und Organisationen wie auch bundesweite Dachverbände.

Zu den überregional tätigen Dachverbänden gehören z. B. der Deutsche Behindertenrat¹¹, die BRK-Allianz¹², der Allgemeine Behindertenverband in Deutschland (ABiD) sowie die Interessenvertretung Selbstbestimmt Leben in Deutschland (ISL) und Weibernetz e. V. Ferner treten auch große Sozialverbände wie der VdK, SoVD, AWO, Volkssolidarität, Paritätischer Wohlfahrtsverband u. a. für die Belange von Menschen mit Behinderung ein.

Die Einzelverbände sind meist in Form von Selbsthilfeorganisationen entlang spezifischer Diagnosegruppen oder Behinderungsarten organisiert und vertreten die Interessen bspw. von blinden und sehbehinderten, körperbehinderten oder hör- bzw. sprachbehinderten Menschen bzw. Menschen mit chronischen Erkrankungen (z. B. Aids, Morbus Crohn, Rheuma).

In Einzelfällen gibt es auch Interessenüberschneidungen in der Form, dass Verbände sowohl die Interessen der Betroffenen (bzw. die der Angehörigen) vertreten, gleichzeitig aber auch selbst Träger entsprechender Einrichtungen sind (z. B. Lebenshilfe).

Die Selbsthilfeverbände und Initiativen haben in den vergangenen Jahren viel dazu beigetragen, dass sich der Blickwinkel verschoben hat. Künftig sollen weniger die „Maßnahmen“ (Leistungsformen) und „Zuständigkeiten“ (Organisationen) im Mittelpunkt stehen, sondern die Förderung umfassender Teilhabemöglichkeiten des Einzelnen mit einer konsequenten Orientierung am individuellen Selbstbestimmungsrecht.

¹¹ ein Aktionsbündnis, in dem rund 50 Verbände und Interessenvertretungen zusammengeschlossen sind

¹² Zusammenschluss 78 zivilgesellschaftlicher Organisationen für einen koordinierten Parallelbericht zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention

2. FRAGESTELLUNGEN

Die vorstehende Beschreibung verdeutlicht die heterogene und differenziert zu betrachtende Situation von Menschen mit Behinderung bzw. drohender Behinderung sowie die Vielfalt der Akteure im Bereich der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben.

Die hier vorgelegte Studie beschäftigt sich mit dem Themenfeld der Ermittlung von Teilhabebedarf bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben. Mit einer Gesamtdauer von 21 Monaten ist sie in ihrer inhaltlichen Zielstellung, Ausrichtung und Tiefe als Machbarkeits- bzw. Vorstudie angelegt, was eine entsprechende Begrenzung in der Untersuchung des Themenfeldes erfordert.

Aufbauend darauf ist das Ziel der Studie die Analyse von Ansätzen der Ermittlung von Teilhabebedarf bei Menschen mit Behinderung. Dies geschieht für den Bereich der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben mit Fokus auf Qualifikations- und Integrationsleistungen, die von den Leistungserbringern für jugendliche oder erwachsene Menschen mit (drohender) Behinderung angeboten und von den Rehabilitationsträgern beauftragt und finanziert werden. Gegenstand ist eine erstmalige, empirisch fundierte Bestandsaufnahme von derzeit eingesetzten Verfahren/Instrumenten¹⁴ zur Bedarfsermittlung sowie eine Analyse von Möglichkeiten einer zukünftig noch gezielteren und damit effizienteren Erbringungen von Leistungen zur Teilhabe.

Besondere Berücksichtigung finden die verschiedenen Phasen des Rehabilitationsprozesses: Initiierung, Durchführung und Abschluss. Aus dieser am Gesamtprozess der Rehabilitation ausgerichteten Zielstellung ergibt sich insbesondere das Erfordernis, Leistungsträger wie Leistungserbringer als zentrale organisationale Akteure der Rehabilitation in der Untersuchung gleichermaßen zu berücksichtigen. Zudem sind die Einbeziehung der Perspektive von Menschen mit Behinderung und deren Verbände von wesentlicher Bedeutung.

Aufbauend auf dieser Zielstellung ergeben sich drei Untersuchungsbereiche:

1. Analyse des Ist-Zustands: Welche Verfahren und Instrumente zur Bedarfsermittlung betreffend die Teilhabe am Arbeitsleben werden auf den unterschiedlichen Akteurebenen im Verlauf des Rehabilitationsprozesses eingesetzt, um Menschen mit bestehender oder drohender Behinderung in den Arbeitsmarkt zu (re-)integrieren?

Hierbei sind bei der Beantwortung folgende Subfragen einzubeziehen

- a. Wie und wodurch entsteht Bedarf? Was sind auslösende Ereignisse? Welche Zugangswege erfolgen i. d. R., welche sind Ausnahmen?
- b. Welche Schnittstellen im Rehabilitationsprozess gibt es im Hinblick auf die (konkretisierten) Phasen von Initiierung, Durchführung und Abschluss? Welche Schnittstellen zwischen verschiedenen Akteursgruppen gibt es?
- c. Wie wird Bedarf erfasst bzw. festgestellt? Welche Verfahren werden unter welchen Bedingungen genutzt? Welche Akteure werden wann und wie konkret eingebunden?

¹⁴ Die Termini „Verfahren“ und „Instrumente“ werden in diesem Bericht quasi synonym verwandt. Im hier genutzten Verständnis sind beides Mittel, um Informationen zu erheben, die zu einer Einschätzung individuell bestehender Bedarfe beitragen. In der Regel nicht umfasst sind organisationale Aspekte zu Prozessabläufen im Rahmen der Bedarfsermittlung.

2. Analyse des Soll-Zustands: Welche Optimierungspotentiale bestehen, um den Rehabilitationsprozess über die Bedarfsermittlung besser zu gestalten und zu steuern, eine angemessene Ressourcenverteilung angesichts knapper Mittel zu erreichen und eine zielführende Leistung zur richtigen Zeit im angemessenen Umfang und mit erforderlichem Aufwand zu erbringen?

Diese globale Frage ist wie folgt differenzierbar:

- a. Welche Anforderungen müssen Verfahren zur Bedarfsermittlung erfüllen? Wie umfassend sollte eine Bedarfsermittlung sein? Wie neutral bzw. unabhängig kann/soll eine Bedarfsermittlung erfolgen?
 - b. Wie kann hier die Steuerung der Leistungserbringung insb. hinsichtlich bestehender Schnittstellen weiterentwickelt werden?¹⁵
3. Hinsichtlich möglicher bestehender Differenzen zwischen dem aktuellen Stand der Bedarfsermittlung (Ist) und bestehenden Optimierungspotenzialen (Soll) wird darüber hinaus gefragt, inwiefern die ICF hierbei ein geeignetes Mittel zur Weiterentwicklung sein kann. Dabei werden Möglichkeiten und Grenzen der ICF diese Differenzen zu beheben, gleichermaßen in den Blick genommen.
 - a. Wie verbreitet ist die ICF bzw. wie bekannt innerhalb verschiedener beteiligter Akteursgruppen? Inwiefern wird sie bei der Bedarfsermittlung genutzt?
 - b. Wie kann ein konzertiertes Vorgehen bei Entwicklung und Etablierung der ICF in der Beruflichen Rehabilitation gelingen?

Mit Bezug auf die konkrete berufliche Teilhabe im Einzelfall werden dabei die Orientierung an individuellen Teilhabezielen einerseits und der Bezug zu betrieblichen Anforderungen andererseits beachtet, um damit grundlegende Erkenntnisse zur Schaffung eines inklusiven Ausbildungs- und Arbeitsmarktes zu gewinnen. Bei der Erarbeitung von Empfehlungen für weiterführende Schritte werden Aspekte der Praktikabilität einbezogen.

Diese Studie soll Grundlagen für eine weitere, differenzierte Befassung mit der Bedarfsermittlung im Bereich der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und deren Optimierungsmöglichkeiten legen. Weder leistbar noch Projektgegenstand ist dabei die konkrete Entwicklung von Instrumenten oder ein ausgearbeitetes Konzept zur Nutzung möglicher Potenziale der ICF.

¹⁵ Im Rahmen der hier vorgelegten Studie sollte über die benannten Fragestellungen hinaus der Versuch unternommen werden, zwei weitere korrespondierende Unterfragestellungen aus Ist (Welche Teilhabeziele werden auf der Grundlage des Bedarfs definiert, und wie verteilen sich diese über die Gesamtheit der Leistungsberechtigten? Welche Teilhabeziele sind Standard, welche Ausnahme?) und Soll (Inwiefern kann der Sozialraum i.S. Förderfaktor oder Barriere sein und wie kann er gestaltet werden, um ihn als Ressource zu nutzen?) untersucht werden. Ergebnisse zur erstgenannten Fragestellung wurden dabei in andere Untersuchungszugänge integriert bzw. es wurde im Projektverlauf deutlich, dass diese ohne erhebliche Vorarbeiten nicht ohne weiteres beantwortet werden können. Begrenzende Rahmenbedingungen ergaben sich dabei auf den folgenden Ebenen: Der Feldzugang zu Leistungsberechtigten war mit erheblichen Herausforderungen verbunden hier einen angemessenen Zugang zu realisieren. Gleichwohl wurden zwar substantielle Befragungen durchgeführt, diese wurden aber zur Sicherung einer sinnvollen Bearbeitbarkeit des Befragungsinstruments für die Teilnehmer und im Blick auf die Hauptfragestellungen des Projektes im Wesentlichen auf Fragen der Bedarfsermittlung auf den einzelnen Ebenen des LTA-Prozesses konzentriert. Somit wurde vor allem auf das Teilhabeziel Integration in Arbeit fokussiert und die dabei auftretenden Barrieren bzgl. der Bedarfsermittlung. Weitere Teilhabeziele wie beispielsweise den dauerhaften Verbleib in Arbeit aber auch die Rolle des Sozialraums mit seinen unterschiedlichen hoch ausdifferenzierten Teilhabearten konnten in der hier berichteten Studie nicht weiter untersucht werden und bedürfen einen weiterreichenden Untersuchungszugang.

3. METHODIK

Im Zuge der Bearbeitung der o. a. Fragestellungen wurde ein multiperspektivisches Vorgehen gewählt:

- Grundlage bildet eine umfassende Literaturrecherche,
- den gesamten Studienprozess haben Expertinnen und Experten begleitet, u. a. im Rahmen von projektbegleitenden Gremien und Fachveranstaltungen im Rahmen des Projekts,
- im Mittelpunkt der Studie steht eine umfassende empirische Analyse der drei Fragestellungen mittels einer quantitativ und qualitativ orientierten Fragebogenerhebung, die sich an alle im Projekt beteiligten Leistungsträger und Leistungserbringer richtete. Zusätzlich wurden eine Fragebogenerhebung mit Teilnehmenden in LTA sowie Fokusgruppen mit Menschen mit Behinderung und Vertreter/-innen von Verbänden durchgeführt. Darüber hinaus wurde auch die Perspektive von Arbeitgebern im Projekt berücksichtigt.

3.1. Literaturrecherche

Erster methodischer Baustein der Untersuchung und Grundlage für die empirischen Erhebungen ist eine durchgeführte systematische, sukzessive Literaturrecherche in den Datenbanken PubMed, PsyContent, PSYINDEX, SpringerLink, im Bibliothekskatalog (OPAC) der Hochschule Magdeburg-Stendal, sowie der Suchmaschine Google Scholar. Darüber hinaus wurden zwei Seminarreihen mit Gegenstand ICF unter der Leitung von Prof. Dr. Morfeld an der Hochschule Magdeburg-Stendal zur weiteren Literaturrecherche und zur Recherche und Aufbereitung von Verfahren/Instrumenten genutzt. Zusätzlich finden die Literaturhinweise der projektbegleitenden Gremien der BAG BBW sowie der BAR grundlegende Berücksichtigung.

3.2. Expertenworkshop Berlin und Fachtagung Stendal

Mit dem Ziel, eine erste Sondierung und Festlegung des Studiengegenstandes vorzunehmen, wurde in einem Expertenworkshop („*Bedarf und ICF in der beruflichen Rehabilitation*“) im Mai 2012 (Berlin) über das Vorgehen im Rahmen der Studie sowie über die verschiedenen Zugänge diskutiert. Ergebnisse aus dieser ersten Expertenrunde flossen in die Fachtagung sowie in die Konzeptionierung der empirischen Erhebungen ein.

Am 28. Juni 2012 fand an der Hochschule Magdeburg-Stendal die Fachtagung „*Die Bedarfsermittlung und ICF in der beruflichen Rehabilitation – aktuelle Situation aus unterschiedlichen Perspektiven*“ mit rund 60 ausgewählten Vertreter/-innen verschiedener Akteursgruppen aus dem System der beruflichen Rehabilitation statt. Repräsentiert waren Leistungsträger, Leistungserbringer, Menschen mit Behinderungen, Arbeitgeber sowie die Wissenschaft. Im Anschluss an einleitende Impuls-Vorträge zu systemischen Rahmenbedingungen, sozialrechtlichen Aspekten und praktischen Erfahrungen diskutierten die Expertinnen und Experten in insgesamt sieben parallelen Workshops über den aktuellen Stand der Bedarfsermittlung bei LTA. Die Diskussionen wurden ausführlich

dokumentiert, elektronisch aufgezeichnet und transkribiert. Aufbauend auf diesen Ergebnissen der Fachtagung wurden Fragebögen für die verschiedenen Akteure entwickelt.

3.3. Schriftliche Befragung von Leistungsträgern und -erbringern

Empirischer Hauptschritt der Untersuchung ist eine Fragebogenerhebung, die sich an Leistungsträger und -erbringer von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben richtete. Diese wurde im Zeitraum von November 2012 bis Februar 2013 durchgeführt.

3.3.1 Messinstrumente

Die Fragebögen wurden auf Basis einer vorangestellten systematischen Literaturanalyse und unter Berücksichtigung der Ergebnisse eines Expertenworkshops sowie einer Fachtagung entwickelt (vgl. 3.2). Die gewonnenen Erkenntnisse führten zu einem modularen Erhebungsinstrument, das in korrespondierender Form sowohl für die Leistungserbringer als auch Leistungsträger konzipiert wurde. In die Hauptbefragung sind darüber hinaus Optimierungsvorschläge eingearbeitet, die sich zum einen aus dem Pretest im Oktober 2012 bei 18 ausgewählten Einrichtungen der Leistungserbringer sowie zum anderen aus dem projektbegleitenden Gremium der BAR für die Leistungsträger ergaben. Die Adressaten der Studie wurden in den inhaltskonformen Fragebögen (Anlage I und III) speziell zu verschiedenen Themenbereichen befragt. Besonderer Schwerpunkt der Erhebung war die erstmalige systematische Ermittlung eingesetzter Verfahren und Instrumente zur Bedarfsermittlung bzw. Prozesssteuerung. Darüber hinaus waren folgende Themenbereiche abgebildet:

- Zugang und Entstehung von Bedarf
- LTA-Maßnahmen und entsprechende Zugangswege
- Kommunikation/Vernetzung
- Personenbezug
- Integration in Arbeit
- Anwendung/Einschätzung zur ICF
- Optimierungspotentiale

Mit Blick auf diesen breiten Untersuchungsansatz wurde die Bearbeitung bzw. das Ausfüllen des Fragebogens in einem multiprofessionellen Team in der jeweiligen Einrichtung empfohlen. Zur Orientierung sowie zur Klärung von verwendeten Begrifflichkeiten waren dem Erhebungsinstrument sowohl eine Ausfüllhilfe (Anlage II und IV) als auch eine Auflistung möglicher eingesetzter psychologischer Verfahren bzw. Instrumente in der beruflichen Rehabilitation beigelegt von denen auszugehen war, dass sie Einsatz bei der Bedarfsermittlung finden (Anlage V).

Die Fragebogenerhebung richtete sich bei den Leistungserbringern an die Einrichtungen der Berufsbildungswerke (BBW), Berufsförderungswerke (BFW), Beruflichen Trainingszentren (BTZ), Integrationsfachdienste (IFD), Einrichtungen zur Rehabilitation Psychisch Kranker (RPK), Phase-II-Einrichtungen und der Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM). Bis auf den Bereich der WfbM wurden alle Leistungserbringer angeschrieben (Vollerhebung). Aufgrund der großen Zahl

der WfbM wurde sich auf eine Stichprobe von 25 % der Einrichtungen (n=170) beschränkt. Die Stichprobenauswahl erfolgte selektiv und geschichtet. Damit sollte der Größe der Grundgesamtheit (N>1000 Einrichtungen) sowie der in Teilen schwer nachvollziehbaren Struktur von einzelnen Einrichtungen mit unterschiedlichen Betriebsteilen Rechnung getragen werden. Die Auswahl erfolgte durch den Vertreter der BAG WfbM im Koordinatorenkreis der BAG BBW mit begleitender wissenschaftlicher Expertise nach folgenden Gesichtspunkten:

- a) Regionalität: pro Bundesland ca. 10 Einrichtungen unterschiedlicher Spitzenverbände und Größe (Ausnahme: Stadtstaaten mit nahezu allen Einrichtungen sowie Nordrhein-Westfalen und Niedersachsen mit je ca. 20 Einrichtungen),
- b) Feldzugang: Einrichtungen die durch Vorstandsmitglieder der BAG WfbM sowie des Facharbeitskreises Bildung repräsentiert wurden und
- c) Fachlichkeit: Einrichtungen die sich mit der ICF auseinandergesetzt haben bzw. bereits an spezifischen Projekten mit der ICF als Gegenstand teilnehmen.

Diese Auswahl ist nicht im statistischen Sinne repräsentativ, sondern wurde vor allem aus regionalen und inhaltlichen Aspekten zusammengesetzt, um so eine möglichst breite inhaltliche Repräsentativität zu gewährleisten.

Im Rahmen der Leistungsträgerbefragung wurden

- die Bundesagentur für Arbeit (BA),
- die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung (DRV),
- die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung (UV/BG) inkl. der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG), handelnd als landwirtschaftliche Unfallversicherung,
- die Träger der Kriegsopferversorgung und -fürsorge im Rahmen des Rechts der sozialen Entschädigung und die Integrationsämter (InA/Hauptf.) über die Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen (BIH) und
- die überörtlichen Träger der Sozialhilfe (SozH) über die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe (BAGüS)

in die Studie einbezogen. Auf die Einbindung der gesetzlichen Krankenkassen sowie der Träger der öffentlichen Jugendhilfe wurde nach entsprechenden Recherchen und Gesprächen mit den jeweiligen Vertretern verzichtet, da hier keine bzw. nur sehr selten Zuständigkeiten für LTA bestehen¹⁴.

Zusammenfassend zeigt Tabelle 1 die Zusammensetzung der Grundgesamtheit für die Leistungserbringer und die Leistungsträger. Der Fragebogenversand an die Leistungserbringer (N=631) erfolgte postalisch, der an die Leistungsträger (N=246) in postalischer und elektronischer Form.

¹⁴ So erläutert der Kommunalverband für Jugend und Soziales Baden-Württemberg in einer Stellungnahme, dass Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben bei Jugendlichen i. d. R. von den Arbeitsagenturen übernommen werden und Jugendämter nur vereinzelt in speziellen Fällen zuständig sind. Eine Beantwortung des Fragebogens erschien daher aufgrund der wenigen LTA-Fälle im Rahmen der Kinder- und Jugendhilfe nicht zielführend. Auch die GKV ist i. d. R. nicht für LTA zuständig. In einer Stellungnahme wird erläutert, dass LTA nur im Rahmen der Arbeitsunfähigkeits-Begutachtung nach § 51 SGB V relevant sind. Auch hier wurde auf eine umfassende Fragebogenerhebung verzichtet.

Zudem wurde eine ausfüllbare PDF-Version beider Fragebögen auf der Internetseite der BAR zum Download bereitgestellt.

Tabelle 1: Zusammensetzung der Grundgesamtheit der Leistungserbringer und -träger

Leistungserbringer (LE)			
Abk.	Bezeichnung der Einrichtung	Anzahl	Stichprobenauswahl
BBW	Berufsbildungswerk	52	Gesamtanzahl der Mitglieder der Bundesarbeitsgemeinschaft der Berufsbildungswerke (BAG BBW)
BFW	Berufsförderungswerk	32	Gesamtanzahl der BFW, die sich in der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Berufsförderungswerke (ARGE BFW) und dem Bundesarbeitskreises der Berufsförderungswerke (BAK BFW) zusammengeschlossen haben
BTZ	Berufliches Trainingszentrum	19	Gesamtanzahl der Beruflichen Trainingszentren, die in der Bundesarbeitsgemeinschaft Beruflicher Trainingszentren (BAG BTZ) organisiert sind
IFD	Integrationsfachdienst	283	Gesamtanzahl aller bundesweit tätigen Integrationsfachdienste inklusive Zweigstellen (303) abzüglich 20 unzustellbarer Fragebögen
Phase II	Phase II (berufliche Rehabilitation)	29	Gesamtanzahl der Mitglieder der Bundesarbeitsgemeinschaft der medizinisch-beruflichen Rehabilitationseinrichtungen (BAG MBR Phase II)
RPK	Rehabilitation psychisch Kranker (berufliche Rehabilitation)	46	Gesamtanzahl der Mitglieder der Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation psychisch kranker Menschen (BAG RPK) (Stand Oktober 2012)
WfbM	Werkstatt für behinderte Menschen	170	Vermittlung und Auswahl durch den Vertreter der Bundesarbeitsgemeinschaft Werkstätten für behinderte Menschen (BAG WfbM) im Koordinatorenkreis der BAG BBW
Summe		631	
Leistungsträger (LT)			
Abk.	Bezeichnung der Einrichtung	Anzahl	Stichprobenauswahl
BA	Bundesagentur für Arbeit	152	Gesamtanzahl Agenturen für Arbeit (Stand 23.10.2012)
In/ Hauptf.	Integrationsämter/Hauptfürsorgestellen	34	Gesamtanzahl der in der Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen (BIH) organisierten Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen
DRV	Deutsche Rentenversicherung	16	Selbständige Versicherungsträger der DRV (mit 14 Regionalträgern, der DRV Bund sowie der DRV Knappschaft Bahn-See)
UV/BG	Unfallversicherung/ Berufsgenossenschaften	12	Vermittlung der Einrichtungen in der projektbegleitenden Arbeitsgruppe der BAR über den DGUV Arbeitskreis Rehabilitation und Teilhabe
SVLFG	Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau, handeln als Landwirtschaftliche Unfallversicherung	9	bis Januar 2013 Landwirtschaftliche Sozialversicherung mit neun selbständigen Verwaltungsgemeinschaften
SozH	Sozialhilfe	23	Gesamtanzahl der überörtlichen Sozialhilfeträger
Summe		246	

3.3.2 Stichprobenbeschreibung

Ausgehend von 631 Leistungserbringern und 246 Leistungsträgern als Grundgesamtheit konnten n=190 Leistungserbringer (Rücklauf 30 %) sowie n=68 Leistungsträger (Rücklauf 28 %) in die Analyse einbezogen werden¹⁵. Auf Grund des gemeinsamen inhaltlichen Aufgabenrahmens werden für die Studie die UV/BG und SVLFG zusammengefasst ausgewertet. Den differenzierten Überblick zu den Rücklaufquoten gibt Tabelle 2.

Tabelle 2: Stichprobenbeschreibung

	Leistungserbringer (LE)	Leistungsträger (LT)	
Rücklaufquote (absteigend sortiert) inkl. Angaben zur Grundgesamtheit sowie Anzahl der Rückläufe	Rücklaufquote LE gesamt: N=631 n=190 30,1 % BBW (N=52) n=34 65,4 % BTZ (N=19) n= 9 47,4 % WfbM (N=170) n=64 37,7 % BFW (N=32) n=11 34,4 % RPK (N=46) n=15 32,6 % Phase II (N=29) n= 7 24,1 % IFD (N=283) n=50 17,7 %	Rücklaufquote LT gesamt: N=246 n=68 27,6 % DRV (N=16) n=12 75,0 % UV/BG/SVLFG n=13 61,9 % (N=21) SozH (N=23) n= 5 21,7 % InA/Hauptf. n= 7 20,6 % (N=34) BA (N=152) n=31 20,4 %	Rücklaufquote (absteigend sortiert) inkl. Angaben zur Grundgesamtheit sowie Anzahl der Rückläufe
Jeweiliger Anteil (\bar{x}) von Menschen mit einer Schwerbehinderung (GdB \geq 50) ¹⁾	Mittelwert über alle LE: 53,0 % RPK 23,5 % BTZ 31,3 % BFW 36,4 % BBW 36,5 % Phase II 65,0 % IFD 84,3 % WfbM 85,3 %	Mittelwert über alle LT: 51,2 % UV/BG/SVLFG 21,0 % DRV 27,5 % BA 32,8 % InA/Hauptf. 72,7 % SozH 92,5 %	Jeweiliger Anteil (\bar{x}) von Menschen mit einer Schwerbehinderung (GdB \geq 50) ¹⁾

1) Angaben sind gewichtet (vgl. Kapitel 3.3.4.)

Hinsichtlich der Leistungserbringer sind etwas mehr als die Hälfte der Einrichtungen der Empfehlung nachgekommen, den Fragebogen im multidisziplinären Team auszufüllen. Dabei können die beteiligten Experten überwiegend der operativen Ebene¹⁶ zugeordnet werden. Mit Ausnahme der Phase-II-Einrichtungen (ca. 58 %) sind somit rund 73 % bis 90 % der antwortgebenden Personen

¹⁵ Für die Leistungserbringer sind weitere 20 Fragebögen eingegangen, die entweder a) eine komplexe Einrichtung (n=7) beschreiben, d. h. Angaben von mehreren Einrichtungstypen unter einem Dach zusammenfasst (z. B. RPK und Phase-II-Einrichtung), b) unausgefüllt (n=7) zurückgesandt wurden, c) aus dem Pretest (n=1) stammen oder d) erst im März 2013 nach der Veröffentlichung erster Ergebnisse im Rahmen des 22. Reha-Wissenschaftlichen Kolloquiums in Mainz (n=5) eingegangen sind und daher in der Auswertung nicht berücksichtigt werden konnten. Für die Leistungsträger konnte eine unausgefüllte Rücksendung nicht in die Untersuchung einbezogen werden.

¹⁶ Unter operativer Ebene sind die Mitarbeiter/-innen zu subsumieren, die direkt an der Bedarfsermittlung bei (potenziell) Leistungsberechtigten beteiligt sind.

im operativen Bereich tätig. Demgegenüber zeigt sich bei den Leistungsträgern ein heterogeneres Muster beim Tätigkeitsbereich der auskunftsgabenden Personen (Abbildung 5 und Abbildung 6).

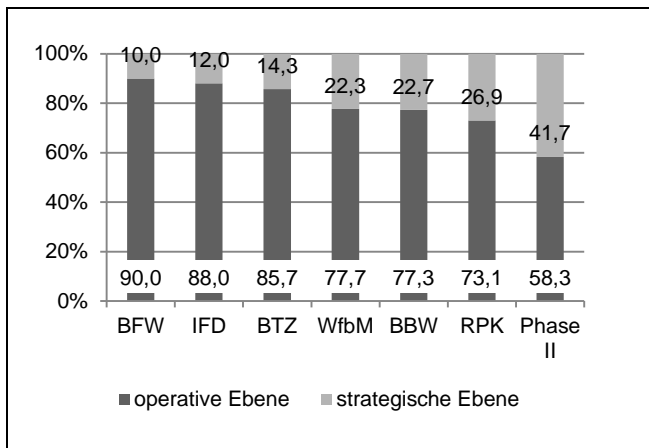


Abbildung 5: Tätigkeitsbereich der Antwortenden bei Leistungserbringern

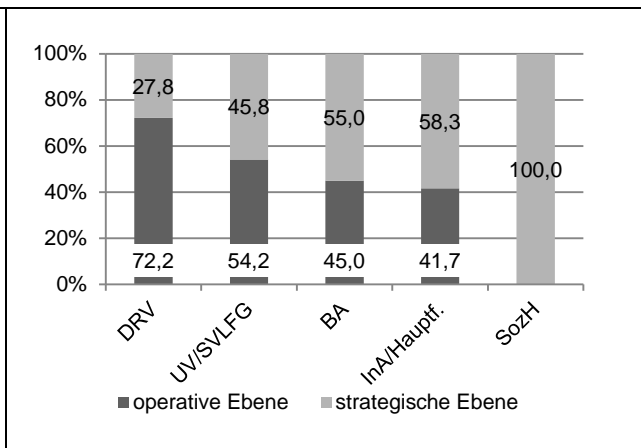


Abbildung 6: Tätigkeitsbereich der Antwortenden bei Leistungsträgern

Während bei den Regionalträgern der DRV mit ca. 72 % ein ähnlich hoher Anteil wie bei den Leistungserbringern auf der operativen Ebene eingestuft werden kann, sind es für die UV/BG/SVLFG noch knapp mehr als die Hälfte, gefolgt von der BA mit 45 % sowie den Integrationsämtern/Hauptfürsorgestellten mit ca. 42 %. Dabei unterscheiden sich die Integrationsämter und Hauptfürsorgestellten erheblich. Während die beteiligten Experten der Hauptfürsorgestellten nahezu ausschließlich der operativen Ebene zugerechnet werden können (83 %), ist es bei den Integrationsämtern eindeutig die strategische Geschäftsebene. Ähnlich wie bei den Integrationsämtern verhält es sich auch bei der Sozialhilfe, deren Antworten im Fragebogen ebenso durchgängig von Personen aus dem strategischen Geschäftsfeld gegeben wurden.

3.3.3 Datenanalyse

Im Rahmen der Auswertung wurde auf Grund offener sowie geschlossener Fragestellungen sowohl auf quantitative als auch qualitative Analysemethoden zurückgegriffen. Für die qualitativen Daten wurde die Inhaltsanalyse nach Mayring herangezogen (Mayring 2010). In einem ersten Schritt werden dabei die Expertenangaben paraphrasiert und in einem zweiten mit einem Schlagwort, der sogenannten Generalisierung, versehen und zu Kategorien zusammengefasst. Die quantitative Analyse erfolgte mit dem Statistikprogramm SPSS 18.0 unter Festsetzung des Signifikanzniveaus auf jeweils 0,05 ($\alpha = 5\%$). Im Zuge der Unterschiedsmessung des kategorialen Datenmaterials wurde mittels Chi-Quadrat-Homogenitätstest der Pearson- χ^2 Koeffizient ermittelt, der die beobachteten und erwarteten Häufigkeiten miteinander vergleicht. Auf Grund der zum Teil nur kleinen Gruppengrößen, vor allem bei den Leistungsträgern, ist die Interpretierbarkeit der Ergebnisse an einigen Stellen nur eingeschränkt möglich, denn die Approximationsgenauigkeit der exakten Verteilung der Teststatistik durch die χ^2 -Verteilung ist bei kleineren erwarteten Häufigkeiten geringer (Hatzinger/Nagel 2009). Für die ordinalskalierten Informationen zum ICF Wissenstand der Experten wurde das nichtparametrische Verfahren nach Kruskal-Wallis, der H-Test, angewendet. Basierend auf dem Vergleich von Rangzahlen bei mehreren unabhängigen Stichproben, lässt sich zwar feststellen, ob statistisch signifikante Differenzen bestehen, jedoch nicht welche Einrichtungen bzw. Organisationen sich hierbei unterscheiden. Um diese Aussagen treffen zu können, wurde

im Anschluss, sofern der H-Test ein statistisch signifikantes Ergebnis liefert, der U-Test von Mann-Whitney für den paarweisen Vergleich der möglichen Stichprobenkombinationen durchgeführt.

3.3.4 Gewichtung

Die in Kapitel 3.3.2 vorgestellte Stichprobenbeschreibung stellt die statistischen Analysen der gewonnenen Daten vor eine erhebliche Herausforderung. Dort wird folgendes deutlich:

Beim Vergleich zwischen den zum Teil stark unterschiedlich großen Grundgesamtheiten innerhalb der Gruppe der Leistungsträger (wenige Träger der überörtlichen Sozialhilfe, viele Einrichtungen der Bundesagentur für Arbeit) aber auch der Leistungserbringer (wenige BTZ, viele WfbM) besteht die erhebliche Gefahr der Verzerrung im Sinne einer Über- bzw. Unterschätzung von Ergebnissen und somit nicht fairer Vergleiche (vgl. Tabelle 1). Diese Gefahr kann sich zudem noch potenzieren, wenn sich die Rückläufe, also die tatsächlich antwortenden Organisationen und Einrichtungen, in Bezug auf die potentiell möglichen Rückläufe bezogen auf die Grundgesamtheit, stark unterscheiden (vgl. Tabelle 2).

Unter Berücksichtigung dieser sich erheblich unterscheidenden Grundgesamtheiten und Rücklaufquoten sowohl innerhalb der beiden Akteursgruppen LE sowie LT als auch bzgl. des Vergleichs miteinander (LE vs. LT), ist es für einen fairen Vergleich unabdingbar, dass die Antworten die gleiche Wertigkeit besitzen. Mit einem Gewichtungsprozedere wurde dieser möglichen Ergebnisverzerrung entgegengewirkt. Hierbei wurde zuerst innerhalb der Leistungserbringer sowie -träger der jeweilige Anteil einer Einrichtung bzw. Organisation am Rücklauf ermittelt – der sogenannte IST-Anteil. Der SOLL-Anteil entspricht dem Anteilswert bei einer Gleichverteilung, dieser ist abhängig von der Anzahl der Einrichtungstypen- bzw. Organisationstypen.

Die entsprechenden Gewichte oder Gewichtungsfaktoren für die einzelnen Einrichtungen und Organisationen ergeben sich als Quotient aus dem SOLL- und IST-Anteil (Übersicht zu den Gewichtungsfaktoren siehe Tabelle 3). Neben den Einzelgewichten, die dem Vergleich jeweils innerhalb der Leistungserbringer oder -träger dienen, wurde zum gemeinsamen Vergleich beider ein Gesamtgewicht auf Basis der Gesamtrücklaufzahlen und einem SOLL-Anteil von 50:50 errechnet.

Jede Antwort/Aussage wird somit auf ein gleiches Niveau/Wert überführt. Im Einzelnen bedeutet dies, dass für Analysen innerhalb der Leistungserbringer das entsprechende Leistungserbringergewicht (LE-Gewicht) für eine faire Vergleichsdarstellung unter den Einrichtungen sorgt. Ebenso bedingt die Gewichtung der Leistungsträger (LT-Gewicht) einen gerechten Vergleich innerhalb der Organisationen. Gleichermaßen verhilft das Gesamtgewicht (LE-LT-Gewicht) zu einer fairen Vergleichsanalyse der Gruppe der Leistungserbringer mit der Gruppe der Leistungsträger.

Im quantitativen Analyseteil wird bis auf entsprechend gekennzeichnete Ausnahmen das Gesamtgewicht bei der Gegenüberstellung und jeweils die Einzelgewichte bei der getrennten Auswertung von Leistungserbringern und -trägern eingesetzt.

Auf Grund dessen entsprechen Prozentangaben innerhalb der Einzelvergleiche, d. h. bei der separaten Analyse innerhalb von Leistungserbringern bzw. -trägern, nicht den Prozentangaben in der Gegenüberstellung von Leistungserbringern und -trägern.

Dagegen wurde sich gegen eine Gewichtung der qualitativen Angaben entschieden, da an dieser Stelle nicht der Vergleich der Einrichtungen oder Organisationen, sondern der Inhalt der entsprechenden Aussage der einzelnen Experten im Vordergrund stehen soll.

Tabelle 3: Übersicht Gewichtungsfaktoren

	Anzahl Rücklauf	Anteil IST (Anteil am Gesamtrücklauf)	Anteil SOLL (Gleichverteilung Rücklauf)	Gewichtungsfaktor
Leistungserbringer (LE_Gewicht)				
BBW	34	17,89 %	14,29 %	0,798
WfbM	64	33,68 %	14,29 %	0,424
BFW	11	5,79 %	14,29 %	2,468
BTZ	9	4,74 %	14,29 %	3,016
IFD	50	26,32 %	14,29 %	0,543
RPK	15	7,89 %	14,29 %	1,810
Phase II	7	3,68 %	14,29 %	3,878
Summe	190	100,00 %	100,00 %	
Leistungsträger (LT_Gewicht))				
DRV	12	17,65 %	20,00 %	1,133
UV/BG/SVLFG	13	19,12 %	20,00 %	1,046
BA	31	45,59 %	20,00 %	0,439
InA/Hauptf.	7	10,29 %	20,00 %	1,943
SozH	5	7,35 %	20,00 %	2,720
Summe	68	100,00 %	100,00 %	
Gesamtgewicht (LE_LT_Gewicht)				
Leistungserbringer	190	73,64 %	50,00 %	0,679
Leistungsträger	68	26,36 %	50,00 %	1,897
Summe	258	100,00 %	100,00 %	

3.4. Schriftliche Befragung bei Leistungsberechtigten

3.4.1 Fragebogenentwicklung

Um die Perspektive der Leistungsberechtigten auf die Prozesse der Bedarfsermittlung zu erheben, wurde ein einheitlicher Fragebogen für Rehabilitanden in LTA-Maßnahmen entwickelt (Anlage VI). Dabei wurde unter anderem erhoben, wie es im Einzelfall zur jeweiligen Entscheidung über die LTA-Maßnahme kommt und inwieweit die Leistungsberechtigten an diesem Prozess beteiligt sind.

Die Befragung richtete sich an Teilnehmende von LTA-Maßnahmen in verschiedenen Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation. Die Befragung wurde in anonymer Form und auf freiwilliger Basis durchgeführt.

Ein erster Fragebogenentwurf wurde bei zunächst fünf Leistungserbringern (BFW, BBW, BTZ, RPK, WfbM) jeweils in einer Kleingruppe von Rehabilitanden (im Beisein von Projektmitarbeiter/-innen) getestet (Pretest). Auf Basis der Rückmeldungen zum Pretest erfolgte eine umfassende Überarbeitung des Fragebogens (Umfang, Gliederung, Verständlichkeit, Form, verwendete Begrifflichkeiten und Layout).

Nicht befragt wurden in der Fragebogenerhebung aus methodischen Gründen Teilnehmende in WfbM und IFD (vgl. Kapitel 3.4.4).

Da der Fragebogen sensible, personenbezogene Daten erhebt, wurde vor dem Fragebogeneinsatz ein zustimmendes Votum der Ethik-Kommission sowie des Datenschutzbeauftragten der Hochschule Magdeburg-Stendal eingeholt (Datenschutzerklärung).

3.4.2 Stichprobenbeschreibung

Unter Beachtung des zu erwartenden Aufwandes für Datenerfassung sowie anschließende Auswertung wurden als Zielgrößen für die Stichprobe definiert:

- 10 % der Einrichtungen, mindestens jedoch zwei Einrichtungen je an der Studie beteiligten Leistungserbringer
- pro Einrichtung minimal 10 und maximal 15 Leistungsberechtigte als Teilnehmende an der Befragung
- alle Befragten sollten bereits mindestens zwei Monate an der jeweiligen LTA-Maßnahme teilgenommen haben, ansonsten sollte ein möglichst breiter Mix bzgl. der individuellen Teilnahmedauer angestrebt werden.

Die Befragung in den Einrichtungen wurde von den Fachkräften vor Ort durchgeführt. Diese Personen erhielten seitens des Projekts standardmäßig Informationen zum Projekt und zur Befragung, spezielle Hinweise zu einzelnen Fragestellungen sowie den verwendeten Fachbegriffen¹⁷, einen einführenden Text zum Vorlesen bei Gruppenbefragungen sowie Kontaktmöglichkeiten zu Mitarbeiter/-innen der Machbarkeitsstudie.

3.4.3 Zugangsweg und Rücklauf

Insgesamt 16 Einrichtungen¹⁸ von Seiten der Leistungserbringer nahmen an der Befragung der Leistungsberechtigten teil, an diese wurden 240 Fragebögen versandt. Zusätzlich wurde der Fragebogen vier weiteren Einrichtungen (Internationaler Bund, TÜV Nord, SOS Berufsausbildungszentrum, Lernen Fördern e. V.) zur Verfügung gestellt, um auch Teilnehmende an Maßnahmen weiterer Bildungsträger, die nicht in einer der in Kapitel 1.4.2 genannten Bundearbeitsgemeinschaften organisiert sind, zu beteiligen. So konnten 212 ausgefüllte Fragebögen von Leistungsbe-

¹⁷ Die Bezeichnungen von Reha-Prozessen wie auch von den relevanten fachlichen Funktionsträgern in den Einrichtungen sind stark divergierend; so bezeichnet bspw. Förderplanung, Reha-Planung, Leistungsplanung, Integrationsplanung usw. häufig ähnliches bzw. das Gleiche. Ebenso werden die Leistungsberechtigten durch die jeweiligen Träger unterschiedlich benannt: Teilnehmer, Rehabilitand, Klient, Patient usw.

¹⁸ fünf Berufsbildungswerke, drei Berufsförderungswerke, zwei Berufliche Trainingszentren, vier Einrichtungen zur Rehabilitation psychisch Kranker und zwei Phase-II-Einrichtungen

rechtigten in der Studie berücksichtigt werden. Tabelle 4 zeigt wesentliche Merkmale zu den Antwortenden.

Tabelle 4: Stichprobenbeschreibung Leistungsberechtigte

	Leistungsberechtigte	
Geschlechterverteilung	Männlich	40,1 %
	Weiblich	59,9 %
Alter	Durchschnittsalter	27,9 Jahre
Grad der Behinderung (GdB)	GdB vorhanden	35,5 %
	Kein GdB vorhanden	64,5 %
Leistungsträger der Leistungen ¹⁾	BA	57,4 %
	DRV	35,6 %
	UV/BG/SVLFG	0,9 %
	Sozialhilfe	1,4 %
	Andere	3,2 %
	Keine Angabe	1,4 %
Leistungserbringer	BBW	30,2 %
	BFW	20,3 %
	BTZ	13,7 %
	Phase II	9,9 %
	RPK	16,5 %
	Andere ¹⁹	8,5 %
	Keine Angabe	0,9 %
Schulabschluss der Leistungsberechtigten	Förderschulabschluss	6,3 %
	Hauptschulabschluss	46,6 %
	Erweiterter Hauptschulabschluss	0,5 %
	Realschulabschluss	29,8 %
	Abitur	12,5 %
	Kein Schulabschluss	0,5 %
	Schulabschluss im Ausland	0,5 %
	Anderer	3,4 %
Berufsabschluss der Leistungsberechtigten	Berufsabschluss vorhanden	48,1 %
	Kein Berufsabschluss	51,4 %
	Berufsabschluss nicht in Deutschland anerkannt	0,5 %
Erkrankungen/Behinderungen der Leistungsberechtigten ¹⁾	Muskel-Skelett-Erkrankungen	15 %
	Innere Erkrankungen	5,2 %
	Schädigungen des Zentralnervensystems	3,4 %
	Anfallsleiden	3,1 %
	Blindheit und Sehbehinderungen	5,8 %

¹⁹ Zu anderen Leistungserbringern zählen z. B. weitere nach § 35 SGB IX anerkannte Einrichtungen, die nicht in einer der in Kapitel 1.4.2 genannten Bundesarbeitsgemeinschaften organisiert sind.

	Hörschädigungen	2,5 %
	Lernbehinderungen	8,9 %
	Psychische/seelische Behinderungen	33,1 %
	Suchtkrankheiten	5,5 %
	Unfallverletzungen	3,4 %
	Andere	14,1 %
Teilnahme an folgenden Maßnahmen	Ausbildung und Umschulung	83 Teilnehmende
	Vorbereitungslehrgänge (BvB, RVL)	44 Teilnehmende
	LTA (nicht näher bezeichnet)	24 Teilnehmende
	BTZ	18 Teilnehmende
	RPK	16 Teilnehmende
	Berufsfindung und Arbeitserprobung	7 Teilnehmende
	Medizinisch-berufliche Rehabilitation	6 Teilnehmende
	Sonstige	12 Teilnehmende
	Keine Angabe	8 Teilnehmende
Grund der Teilnahme ¹⁾	Erkrankungen/Behinderungen	131 Teilnehmende
	Erlernen eines Berufs	42 Teilnehmende
	Keine/geringe Chancen auf dem 1. Arbeitsmarkt	18 Teilnehmende
	Probleme in der Schule/beim Lernen	18 Teilnehmende
	(Wieder-) Eingliederung	17 Teilnehmende
	Umgang mit Einschränkungen/Erkrankungen/Behinderungen	13 Teilnehmende
	Berufliche Orientierung	12 Teilnehmende
	Empfehlung (Agentur für Arbeit, Arbeitgeber)	7 Teilnehmende
	Unterstützung benötigt	4 Teilnehmende
	Eigener Wunsch	3 Teilnehmende
	Sonstige Gründe	16 Teilnehmende

¹⁾ Mehrfachnennungen möglich

3.4.4 Befragung von Beschäftigten in Werkstätten für Menschen mit Behinderung

Im Bereich der Werkstätten und der Integrationsfachdienste war ein anderer methodischer Zugang erforderlich als bei Teilnehmenden in den anderen Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation. Eine Befragung in schriftlicher Form erwies sich hier als nicht praktikabel. Im Pretest stellte sich heraus, dass ein derartiger Fragebogen für Menschen mit stärkeren kognitiven Einschränkungen²⁰ nicht ohne Assistenz zu bearbeiten ist. Bestätigt wird diese Erfahrung vom Institut für Technologie und Arbeit e. V. (ITA) an der TU Kaiserslautern. In einem Gespräch mit Prof. Dr. Morfeld kommt Dr. Weber (ITA) zu der Einschätzung, dass der vorliegende Fragebogen im Bereich der Werkstätten so nicht einsetzbar ist und es für eine derartige Erhebung nach Erfahrungen des ITA eines direkten, adressatengerechten Zugangs bedarf, zum Beispiel in Form von Interviews, ggf. mit zu-

²⁰ Personen mit starken kognitiven Einschränkungen stellen – neben Menschen mit psychischen Erkrankungen und solchen mit starken körperlichen Einschränkungen – eine wesentliche Teilgruppe der Beschäftigten in WfbM dar.

sätzlicher Assistenz durch Vertrauenspersonen. Auch die BAG: WfbM empfiehlt den Zugang über eine direkte Kommunikation in Form leitfadengestützter Interviews.

Da im Projekt für qualitative, leitfadengestützte Interviews in größerer Zahl keine ausreichenden personellen und zeitlichen Ressourcen zur Verfügung standen, wurde entschieden, die Perspektive dieser Teilgruppe von Leistungsberechtigten aus WfbM und IFD auf anderem Wege zu erheben. Um Erkenntnisse zur Perspektive dieser Personengruppe auf Prozesse der Bedarfsermittlung zu gewinnen, wurden gezielt Werkstätten und IFD im Rhein-Main-Raum für eine Teilnahme an der Fokusgruppe (vgl. Kapitel 3.5.1) angesprochen.

Darüber hinaus wurde der Kontakt mit der Bundesvereinigung der Landesarbeitsgemeinschaften der Werkstatträte (BVWR) e. V. hergestellt. Im Rahmen einer Beiratssitzung der Werkstatträte am 18. Juni 2013 wurden relevante Fragen der Machbarkeitsstudie diskutiert.

3.5. Fokusgruppen und Diskussionen

Neben den schriftlichen Fragebogenerhebungen bei Leistungsträgern, -erbringern und -berechtigten wurden zur vertieften Diskussion einzelner Aspekte Fokusgruppen mit Leistungsberechtigten und Verbänden durchgeführt. Die Anfang 2013 vorliegenden ersten Befragungsergebnisse wurden zur Vorbereitung der Fokusgruppen genutzt.

3.5.1 Fokusgruppe mit Leistungsberechtigten

Wie Menschen mit Behinderung Zugang zu Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben finden und den Prozess der Bedarfsermittlung erleben, stand im Mittelpunkt der Fokusgruppe der Leistungsberechtigten. Betroffene Personen als „Experten in eigener Sache“ konnten ihre Erfahrungen in der Fokusgruppe schildern. Die Durchführung dieser Fokusgruppe bot darüber hinaus die Chance, auch Personengruppen anzusprechen, die nicht an der schriftlichen Befragung teilnehmen konnten (z. B. Teilnehmende in Werkstätten für behinderte Menschen).

Zur Teilnehmergewinnung für die eintägige Fokusgruppe wurden Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation im Rhein-Main-Gebiet angesprochen. Da zur Durchführung eine heterogene Teilnehmerstruktur beabsichtigt war, bot sich der Raum Rhein-Main an: hier gibt es zahlreiche Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation mit insgesamt breitem Spektrum, der öffentliche Nahverkehr im Tagespendelbereich ist gut ausgebaut und die örtliche Organisation und Durchführung in Frankfurt konnten unmittelbar durch die BAR-Geschäftsstelle vorbereitet werden.

Jeweils zwei Teilnehmende aus folgenden Einrichtungen konnten für eine Teilnahme an der Fokusgruppe gewonnen werden:

- Berufliches Trainingszentrum Rhein-Neckar
- Berufsbildungswerk Südhessen
- Berufsförderungswerk Frankfurt am Main
- Reha-Werkstätten Frankfurt
- RPK Karlsbad

Unterstützt durch den Vorsitzenden des IbR e. V., wurde die Veranstaltung durch Mitglieder des Projektteams moderiert.

Inhaltlich zu bearbeitende Hauptfragestellung war: Wie sind Sie zu der Leistung gekommen? Diese wurde durch weitere Fragen ausdifferenziert

- Wer hat mit Ihnen über die Leistung geredet?
- Wurden Ihre Wünsche und Fähigkeiten dabei berücksichtigt?
- Wo hätten Sie sich rückblickend mehr Unterstützung gewünscht?
- Was kann aus Ihrer Sicht in Zukunft besser gemacht werden?

Die Fokusgruppe wurde aufgezeichnet und die Ergebnisse an den Metaplanwänden und Flipcharts fotografisch festgehalten. Die Ergebnisse flossen in die SOLL-Analyse ein und werden in den Kapiteln 4.2.2, 4.2.3 und 4.2.4 beschrieben.

3.5.2 Fokusgruppe mit Vertreter/-innen von Verbänden

Zur Teilnehmergeinnung für die eintägige Fokusgruppe mit Vertreter/-innen von Verbänden wurden gezielt Verbände telefonisch angesprochen. Hierbei konzentriert sich das Projekt zunächst auf solche Behinderten- und Selbsthilfeverbände, die überregional als Interessenverbände tätig sind und hierbei nicht ausschließliche eine besondere Gruppe von Menschen mit Behinderung (entlang einer spezifischen Indikation) vertreten.

An der Fokusgruppe am 21.03.2013 nahmen folgende Verbände teil:

- Aktion Psychisch Kranke (APK) e. V.
- Bundesarbeitsgemeinschaft SELBSTHILFE von Menschen mit Behinderung und chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e. V. (BAG SELBSTHILFE)
- BDH Bundesverband Rehabilitation
- Bundesvereinigung Lebenshilfe e. V.
- Interessenvertretung berufliche Rehabilitation (IbR) Rehabilitanden für Rehabilitanden e. V.

Um eine ausreichend neutrale Durchführung zu gewährleisten, wurde die Fokusgruppe von einem externen Moderator geleitet.

Mit der schriftlichen Einladung erhielten die Teilnehmenden vorab Hintergrundinformationen zum Projekt sowie die Fragestellungen, welche im Rahmen der Fokusgruppe bearbeitet werden sollten. Diese waren:

- Welche Kriterien sollte die Bedarfsermittlung erfüllen?
Unterfragestellungen: Wie sehen Sie den IST-Stand? Wie bewerten Sie diesen? Wo sehen Sie Handlungsbedarf?
- Welche Teilhabeziele werden Ihrer Meinung nach bei der Bedarfsermittlung bisher vernachlässigt?
- Was assoziieren Sie mit dem Begriff „Bedarf“?

Die Diskussion wurde aufgezeichnet und die Flipcharts und Metaplanwände fotografisch dokumentiert. Die Ergebnisse flossen in die SOLL-Analyse ein und werden in den Kapiteln 4.2.2, 4.2.3 und 4.2.4 beschrieben.

3.5.3 Diskussion mit dem Unternehmensforum „Für mehr Integration behinderter Menschen in die Wirtschaft“

Zur Einbindung der Perspektive der Arbeitgeber wurde Kontakt zum Unternehmensforum „Für mehr Integration behinderter Menschen in die Wirtschaft“ hergestellt. Im Rahmen eines Fachtreffens des Unternehmensforums wurde das Projekt vorgestellt und anschließend einzelne Aspekte diskutiert. An der Diskussion teilgenommen haben Vertreter/-innen folgender Unternehmen:

- Randstad Deutschland GmbH & Co.KG
- SCHOTT AG
- Fraport AG
- Paul-Ehrlich-Institut
- Berufsbildungswerk Südhessen
- Merck KGaA
- Deutsche Bahn AG
- Boehringer Ingelheim Pharma GmbH & Co. KG

Die Diskussion wurde protokolliert und die Aussagen wurden in die Darstellung der Ergebnisse eingearbeitet.

4. ERGEBNISSE

Die im Folgenden dargestellten Ergebnisse sind angelehnt an die Reihenfolge der in Kapitel 2 erläuterten Fragestellungen, sowie an den Ablauf des Rehabilitationsprozesses, wie er in Kapitel 1.1 dargestellt ist (Initiierung/Durchführung/Abschluss).

Dabei wird initial nochmals auf den Bedarfsbegriff eingegangen (Kap. 4.1.1), so wie er aus Perspektive von Leistungsträgern und Leistungserbringern begriffen wird. Beide Akteursgruppen hatten hierzu die Möglichkeit sich frei zu diesem Begriff zu äußern und zwar zur Frage, wann und wodurch aus ihrer Perspektive Bedarf an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) entsteht²¹.

Fragen nach Zugangswegen bzw. Zuweisungen spielen bei der Betrachtung des LTA-Prozesses eine substantielle Rolle. So wurden in der vorliegenden Untersuchung beide Seiten – Leistungsträger und -erbringer – zum einen danach gefragt, an welche Leistungserbringer vermittelt wurde und zum anderen, wer hauptsächlicher Leistungsträger war (Kap. 4.1.2).

In Kapitel 4.1.3 Verfahren und Instrumente werden dann die Ergebnisse zum eigentlichen Schwerpunkt der Studie erläutert. Im Vordergrund stand dabei, zu einer umfassenden Übersicht der im Prozess der Bedarfsermittlung eingesetzten Verfahren und Instrumente zu gelangen. Besonderer Stellenwert kommt diesem Punkt zu, da bisher keine systematische Bestandsaufnahme von Verfahren und Instrumenten bei der Bedarfsermittlung im Bereich LTA vorliegt. Wie in anderen Bereichen auch, ist davon auszugehen, dass sich im Laufe der vergangenen Jahrzehnte eine Tradition beim Einsatz dieser Verfahren und Instrumente in den verschiedenen Bereichen von LTA herausgebildet hat. Vor ähnlichen Herausforderungen einer Systematisierung stand die medizinische Rehabilitation vor ca. 15 Jahren. Hier wurde in einem umfassenden Prozess eine Analyse mit sich anschließenden Empfehlungen erarbeitet (VDR 1999). Der Bereich der LTA und spezifisch der Bereich der Bedarfsermittlung ist jedoch komplexer – nicht nur was verschiedene auslösende Ereignisse für eine LTA-Maßnahme betrifft, sondern auch die Trägervielfalt, die besonders bei LTA zum Tragen kommt. Von daher bestand eine der Herausforderungen der hier vorgelegten Studie, eine systematische Bestandserhebung der im Prozess der Bedarfsermittlung bei LTA eingesetzten Verfahren und Instrumente vorzunehmen.

4.1. Aktueller Stand der Bedarfsermittlung in der beruflichen Rehabilitation

4.1.1 Der Bedarfsbegriff aus der Perspektive der Akteure

Aktuell wird der Bedarfsbegriff kontrovers in der Fachwelt diskutiert und es gibt derzeit keinen Konsens in Bezug auf eine einheitliche Begriffsdefinition (vgl. Kap. 1.2). Sowohl Leistungsträger wie auch Leistungserbringer erhielten im Rahmen der Befragung die Möglichkeit, sich umfassend und im Freitext zur Frage zu äußern, wann und wodurch aus der jeweiligen Perspektive Bedarf an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben entsteht. Dies beantworteten n=179 Leistungserbringer sowie n=67 Träger. Die Bandbreite und das Abstraktionsniveau der Antworten zur Bedarfsermitt-

²¹ Siehe Fragebogen in Anlage I (LT Frage 5) bzw. Anlage III (LE Frage 8)

lung variieren stark. Nach umfassender Kategorisierung und Inhaltsanalyse lassen sich sieben zentrale Kategorien abstrahieren, die verdeutlichen, wann und wodurch laut den beiden Akteursgruppen Bedarf an LTA entsteht²²:

1. Sozialrechtliche Voraussetzungen sind erfüllt (systemimmanente Antworten): *„bei Vorliegen der rechtlichen Grundlagen“ (LT)*
2. Gesundheitliche Einschränkungen liegen vor (chron. Erkrankung, psych. Erkrankung, Unfall, Behinderung, GdB, usw.): *„gesundheitlichen Einschränkungen der Rehabilitanden“ (LE)*
3. Person ist den Anforderungen des ersten Arbeitsmarktes nicht (mehr) gewachsen (Leistungseinschränkung, drohende Erwerbsunfähigkeit bzw. eingeschränkte Erwerbsfähigkeit o. ä., Eingliederung 1. Arbeitsmarkt nicht möglich, berufl. Neuorientierung): *„Beschäftigte (Leistungsberechtigte) die Anforderungen des allgemeinen Arbeitsmarktes nicht schaffen“ (LE)*
4. Als Voraussetzung zur (Re-)Integration ist eine (umfassende) Förderung der Persönlichkeit erforderlich (pers. Merkmale, pers./soziale Kompetenzen, Benachteiligungsaspekte): *„die persönliche Entwicklung ganzheitlich zu fördern und die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft sowie eine möglichst selbstständige und selbstbestimmte Lebensführung zu ermöglichen oder zu erleichtern.“ (LE)*
5. Zur (Re-)Integration sind besondere Hilfen/besondere Unterstützung/besondere Rahmenbedingungen erforderlich: *„Gespräche, soziales Kompetenztraining, Hirnleistungstraining, Psychomotorik“ (LE);* weil *„der Bedarf ... nicht nur von dem einzelnen jungen Menschen abhängt, sondern ebenso von den Rahmenbedingungen (betrieblich, gesellschaftlich), die der junge Mensch jeweils vorfindet und von der gesellschaftlichen Bereitschaft, Vielfalt zu leben“ (LE)*
6. Initiative durch Dritte:
 - a. Bedarfsüberprüfung ist durch „klassische“ Übergangssituationen induziert (strukturell; z. B. Förderschule->berufl. Anschluss; med. Reha->berufl. Anschluss): *„bei Menschen mit geistiger Behinderung i. d. R. der Bedarf bei der Schulentlassung entsteht, falls keine Möglichkeit der beruflichen Bildung und Teilhabe an Arbeit auf dem allg. Arbeitsmarkt erschlossen werden kann“ (LE)*
 - b. Initiative/Impuls zur Bedarfsklärung erfolgt durch professionelle Dritte (z. B. Beratungsstellen, begleitende Dienste usw.): *„aus den Empfehlungen des sozialmedizinischen Entlassungsberichtes, der für jeden Patienten der med.-berufl. Reha geschrieben wird an den Kostenträger/Leistungssträger“ (LE)*
7. Subjektiver Wunsch der Person nach Leistungen zur Teilhabe: *„Kundenwunsch (wenn ein Mensch mit Behinderung in die WfbM möchte)“*

In der folgenden Abbildung 7 werden diese Kategorien durch absolute und ungewichtete Häufigkeiten deren Nennung dargestellt. Aus dieser geht hervor, dass seitens der Leistungserbringer

²² Die Kategorien werden jeweils mit Ankerbeispielen illustriert.

Bedarfssituationen insbesondere im Blick auf die individuelle Situation der Betroffenen (Kategorie 2), die Erfüllbarkeit der Anforderungen des Arbeitsmarktes als Kontext (Kategorie 3) und der Frage nach Hilfen zur Verbesserung der Passungsfähigkeit von individuellen Möglichkeiten und äußeren Anforderungen (Kategorie 5) beschrieben werden.

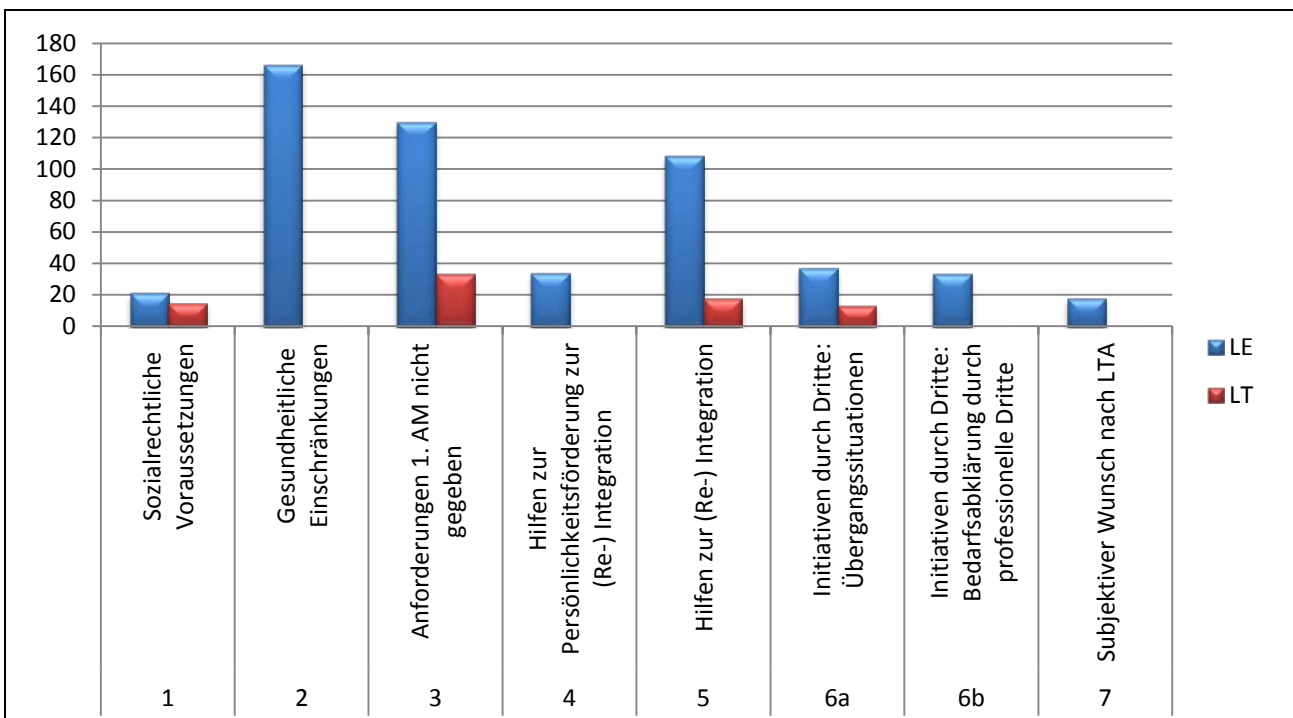


Abbildung 7: Häufigkeiten der Nennungen von Bedarfssituationen (ungewichtet)

Für Leistungsträger bildet sich Bedarf neben dem Aspekt der Erfüllbarkeit der Anforderungen des Arbeitsmarktes als Kontext (Kategorie 3) insbesondere durch die Perspektive sozialrechtlich formulierter Anforderungen an LTA (Kategorie 1) sowie ebenso über die Frage nach Hilfen zur Verbesserung der Passungsfähigkeit von individuellen Möglichkeiten und äußeren Anforderungen (Kategorie 5) ab. Aber auch klassische Übergangssituationen sind hier von Relevanz, da diese teils zu einem regelhaften Einbezug von Leistungsträgern führen, aus denen sich Initiativen zur Bedarfsermittlung ergeben (Kategorie 6a).

4.1.2 Zugang zu und Träger von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Fragen nach Zugangswegen bzw. Zuweisungen spielen bei der Betrachtung von LTA-Prozessen eine wichtige Rolle. Die folgende Abbildung 8 zeigt hierzu eine Gegenüberstellung der Antworten von Leistungsträgern und -erbringern hinsichtlich der bestehenden Zuweisungspraxis²³, wobei seitens der Bundesagentur für Arbeit, als einer der wichtigsten Träger von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, zu diesem Abschnitt keine Angaben zur Verfügung gestellt wurden.

²³ Die blauen Kugeln stellen die Angaben der Leistungserbringer, die roten Kugeln die Angaben der Leistungsträger dar.

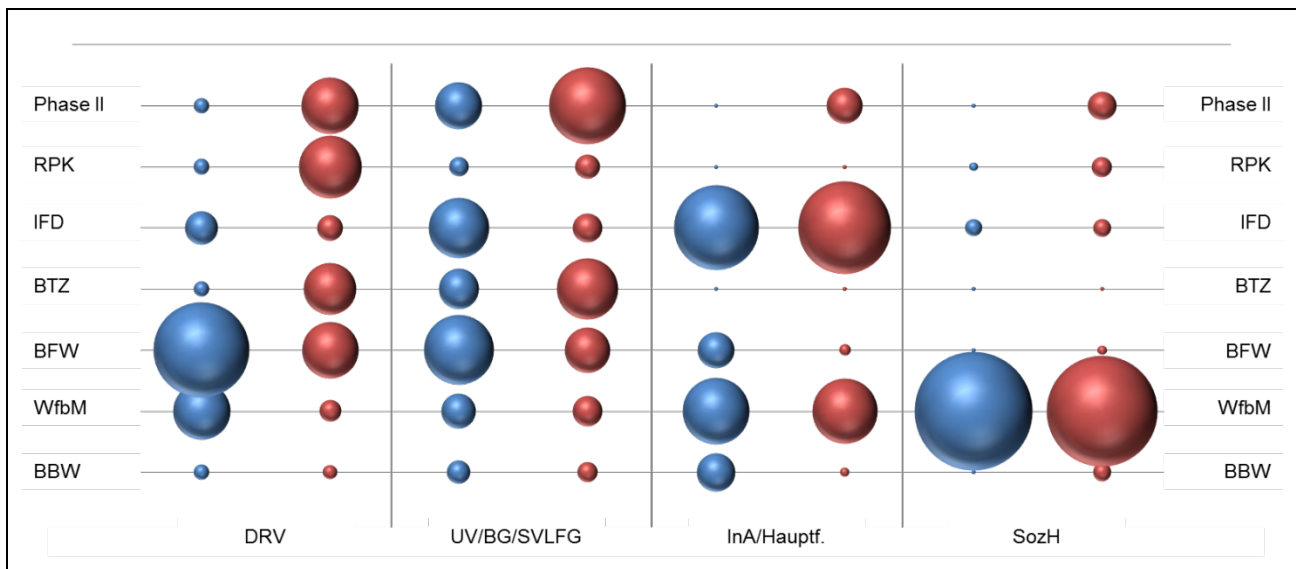


Abbildung 8: Zuweisungen zu LTA - Gegenüberstellung von Leistungsträgern und -erbringern (ohne BA)

Die Abbildung verdeutlicht eine teils bestehende Synchronität der Angaben von Leistungsträgern und -erbringern, aber auch wesentliche Differenzen hinsichtlich der jeweils berichteten Zuweisungshäufigkeit. Übereinstimmende Angaben repräsentieren hierbei den Befund, dass der anteilige Umfang bei den jeweiligen LT/LE ähnlich ist. Deutlich unterschiedliche Werte von Leistungsträgern und -erbringern zeigen, dass beispielsweise ein Leistungserbringer häufiger von einem Träger Zuweisungen erhält, diese Personen aber in der Gesamtklientel der Einrichtung eine eher geringe Rolle spielen.

Die Deutsche Rentenversicherung weist Leistungsberechtigte im Rahmen der erfassten Einrichtungen insbesondere den RPK, den Phase-II-Einrichtungen und den BTZ, aber auch den BFW zu (rote Darstellung). Dem gegenüber geben die zuerst genannten Einrichtungen die DRV deutlich seltener als Leistungsträger an (blaue Darstellung). Für die BFW spielen Leistungen im Auftrag der DRV eine besonders große Rolle.

Ein ähnlich differenziertes Bild zeigt sich für den Bereich der Unfallversicherung – diese weist Leistungsberechtigte eher Phase-II-Einrichtungen, BTZ sowie BFW zu. Von den Leistungserbringern sind es insbesondere die BFW, die berichten von den Unfallversicherungsträgern Versicherte zugewiesen zu bekommen, aber auch IFD und Phase-II-Einrichtungen.

Mehr Übereinstimmung findet sich bei den Integrationsämtern/Hauptfürsorgestellen. Diese weisen Leistungsberechtigte vor allem den Integrationsfachdiensten (hier wohl insbesondere: Integrationsämter) und den Werkstätten (hier wohl insbesondere: Hauptfürsorgestellen) zu. Die Leistungserbringer sehen dies ähnlich – zusätzlich berichten hier auch noch BBW und BFW von Leistungen, die durch die Integrationsämter/Hauptfürsorgestellen getragen werden.

Große Übereinstimmung gibt es erwartungsgemäß im Bereich der Sozialhilfe. Hier werden fast ausschließlich Werkstätten in Anspruch genommen, mit wenigen Anteilen an Phase-II- sowie RPK-Einrichtungen. Dies wird von Seiten der Werkstätten für behinderte Menschen voll bestätigt.

Insgesamt zeigt sich, dass einige Leistungsträger häufig spezifischen Leistungserbringern Leistungsberechtigte zuweisen (klassisch: Sozialhilfe), während andere die Breite der Leistungsanbieter deutlich stärker nutzen (z. B. DRV). Hierbei sind insbesondere die spezifischen Leistungsvo-

raussetzungen bei den jeweiligen Leistungsträgern, wie aber auch sich aus den individuellen Bedarfslagen des Klientel ergebende Anforderungen wesentlich (z. B. besondere Eignung einer RPK im Einzelfall).

4.1.2.1 Zugangswege

Zugangswege der Leistungsberechtigten in LTA-Maßnahmen

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben werden durch einen Antrag oder von Amts wegen initiiert. Das heißt: Deren Erforderlichkeit ist durch den zuständigen Leistungsträger ausgehend von einem Antrag des Menschen mit Behinderung bzw. drohender Behinderung inhaltlich zu prüfen, um darauf aufbauend entsprechende Leistungsentscheidungen zu treffen. Wird ein Bedarf an LTA festgestellt, ist es somit wesentliche Aufgabe der Rehabilitationsträger, Vorstellungen zu Leistungsarten und zu entsprechend geeigneten Leistungserbringern zu entwickeln. Insofern sind Leistungsträger formal gesehen beim Zugang in LTA zentral.

Darüber hinaus spielen beim Zugang in LTA aber auch eine Reihe anderer Akteure bzw. Zugangswege eine wesentliche Rolle. Sei es durch Information und Beratung (z. B. Beratungsstellen/Selbsthilfe), sei es durch spezifische Unterstützung der Antragstellung von LTA (z. B. niedergelassene Haus-/Fachärzte) oder durch Initiative für bzw. gemeinsam mit den Betroffenen (z. B. Angehörige/Gesetzliche Betreuer). Abbildung 9 und Tabelle 4 stellen dazu Angaben von Leistungserbringern hinsichtlich der Zugangswege von Leistungsberechtigten in die jeweiligen Einrichtungen der Leistungserbringer dar. Die Abbildung ist so zu lesen, dass auf der X-Achse der jeweilige Leistungserbringertyp dargestellt ist und die Y-Achse die Zugangswege nach unterschiedlichen Akteuren anteilmäßig widerspiegelt.

In der Gesamtschau zeigt sich zunächst, dass neben den Leistungsträgern eine Vielzahl verschiedener Akteure als relevant für den Zugang in LTA angegeben wurde. Zudem scheint die Bedeutung²⁴ der Akteure bzw. Zugangswege nach Leistungserbringer unterschiedlich groß zu sein.

So nimmt in BBW (12 %), WfbM (17 %) sowie im IFD (10 %) erwartungsgemäß die Schule als Zugangsweg einen deutlich größeren Anteil als bei den anderen Leistungserbringern ein. In den WfbM erfolgt der Zugang im Vergleich häufiger über Angehörige/gesetzliche Betreuer (10 %). Darüber hinaus ist im Vergleich über alle Leistungserbringer hinweg in BFW (13 %) und IFD (16 %) der Anteil an Selbstzuweisern höher. Auch über Betriebe gelangen Leistungsberechtigte (9 %) zum IFD. Über andere Leistungserbringer (z. B. Schulen, Fachärzte, psychiatrische Kliniken, Beratungsstellen) gelangen Teilnehmende in BFW Einrichtungen zu 8 %, RPK-Einrichtungen zu 30 % sowie Phase-II-Einrichtungen zu 15 %. In annähernd gleichem Umfang finden die Leistungsberechtigten aus Akut-/Unfallkliniken Zugang in RPK- (25 %) und Phase II- Einrichtungen (28 %). In BTZ Einrichtungen erfolgt der Zugang der Leistungsberechtigten auch über Beratungsstellen/Selbsthilfegruppen (10 %) und Reha-Kliniken (14 %). Zudem finden Leistungsberechtigte auch über Reha-Kliniken (17 %) sowie über Akut-/Unfallkliniken (28 %) Zugang in Phase-II-Einrichtungen.

²⁴ gemessen am prozentualen Umfang

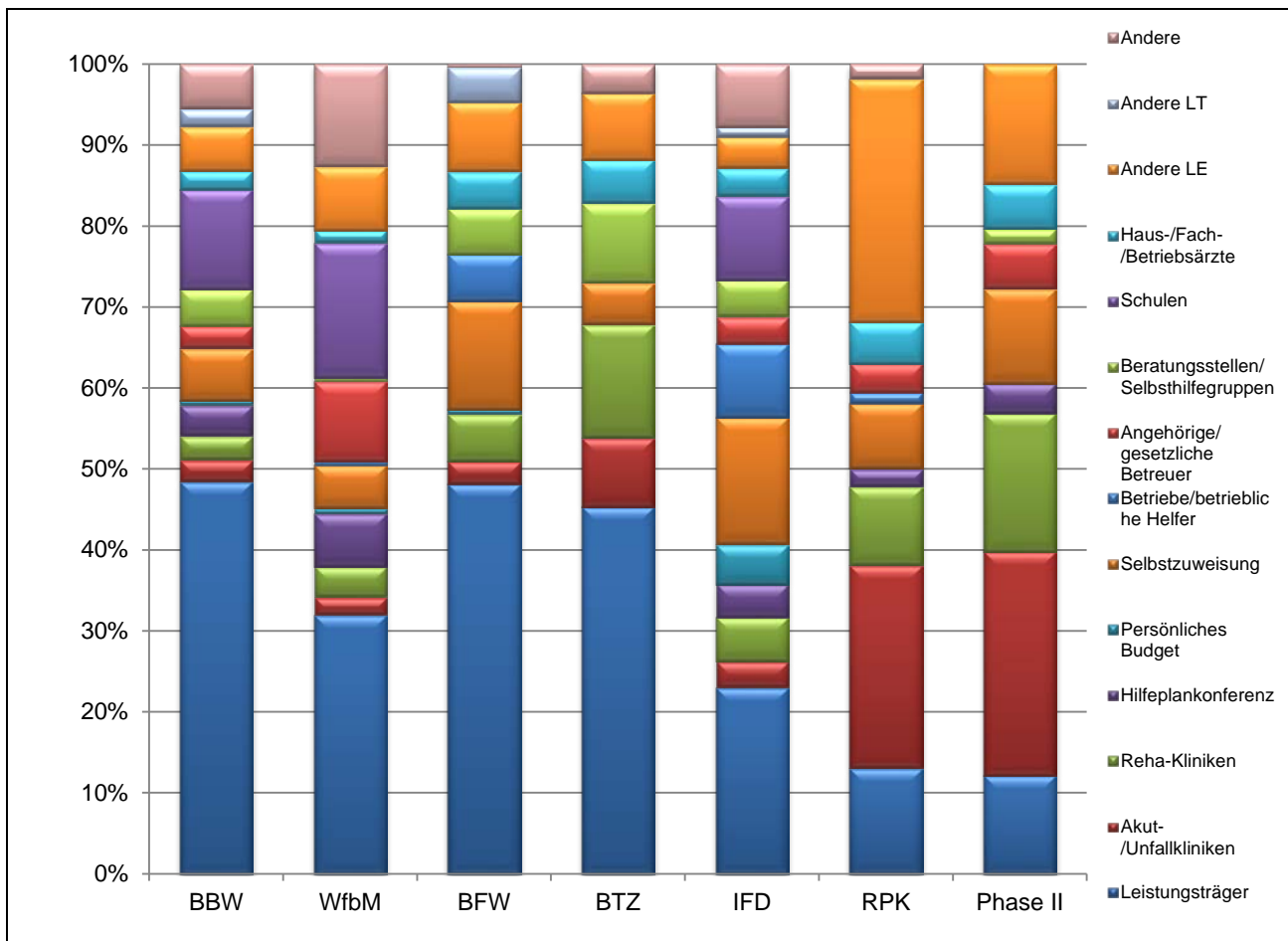


Abbildung 9: Zugangswege der Leistungsberechtigten, differenziert nach Leistungserbringern

Tabelle 4: Zugangswege der Leistungsberechtigten in Prozent, differenziert nach Leistungserbringern

	Zugangswege der ... (in Prozent)						
	BBW	WfbM	BFW	BTZ	IFD	RPK	Phase II
Leistungsträger	48	32	48	45	23	13	12
Akut-/Unfallkliniken	3	2	3	9	3	25	28
Reha-Kliniken	3	4	6	14	5	10	17
Hilfeplankonferenz	4	7	0	0	4	2	4
Persönliches Budget	1	1	1	0	5	0	0
Selbstzuweisung	6	5	13	5	16	8	12
Betriebe/betriebliche Helfer	0	0	6	0	9	1	0
Angehörige/gesetzliche Betreuer	3	10	0	0	3	4	6
Beratungsstellen/Selbsthilfegruppen	5	0	6	10	4	0	2
Schulen	12	17	0	0	10	0	0
Haus-/Fach-/Betriebsärzte	2	2	5	5	3	5	6
Andere LE	5	8	9	8	4	30	15
Andere LT	2	0	4	0	1	0	0
Andere	5	13	0	4	8	2	0

Insgesamt weisen die Ergebnisse auf stark heterogene Zugangswege aus Sicht der Leistungsberechtigten hin. Deutlich wird dabei auch die Bedeutung der weiteren Akteure über die Leistungsträger selbst hinaus. Als sinnvoll scheinen daher weiterführende Analysen, die sich einer differenzierten Analyse bzgl. der Struktur der Leistungsberechtigten zuwenden und diesbezüglich verstärkt die inhaltliche Ausgestaltung der Zugangswege sowie vor allem auch die entsprechenden Prozesse der Bedarfsermittlung ins Auge fassen.

Zugangswege der Leistungsträger – Vermittlung in LTA-Maßnahmen

In welche unterschiedlichen beruflichen Rehabilitationsleistungen die Leistungsberechtigten von Seiten der Leistungsträger vermittelt werden, veranschaulicht die folgende Abbildung 10 sowie Tabelle 5:

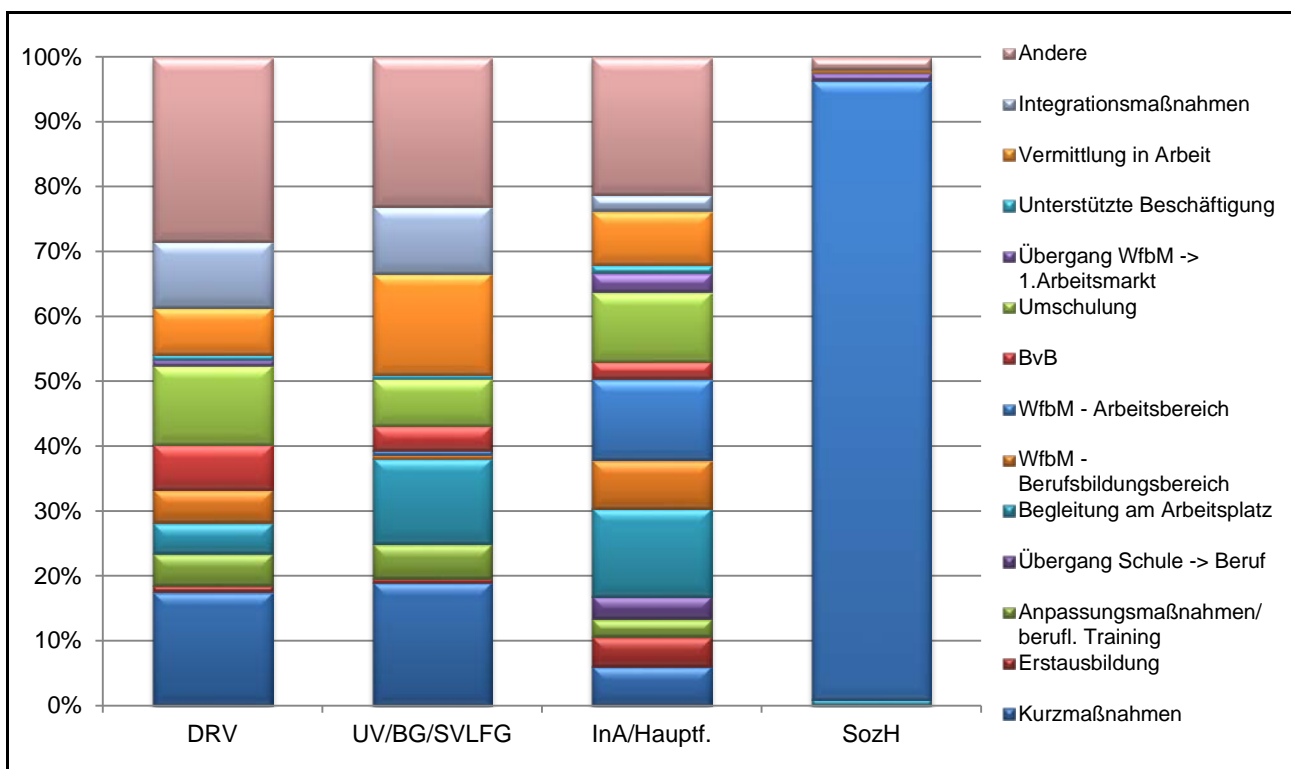


Abbildung 10: Vermittlung in LTA-Maßnahmen, differenziert nach Organisationstyp (ohne BA)

Bei der Betrachtung der Leistungsformen über alle Leistungsträger hinweg zeigt sich, dass die Organisationen der DRV zu 18 % in Kurzmaßnahmen, zu 28 % in andere LTA-Maßnahmen²⁵ sowie zu 12 % in Umschulungen zuweisen. Vergleichbar ist die Zuweisungspraxis in Kurzmaßnahmen durch die UV/BG/SVLFG (19 %). Darüber hinaus verweisen diese in andere Maßnahmen (23 %), in Leistungen zur Vermittlung in Arbeit (16 %) sowie zur Begleitung am Arbeitsplatz (13 %). In etwa gleicher Höhe (14 %) liegen auch die Integrationsämter/Hauptfürsorgestellen bei der Vermittlung in Leistungen zur Begleitung am Arbeitsplatz. Auch der prozentuale Anteil an Zuweisungen in andere LTA-Maßnahmen ist vergleichbar (21 %). Zudem ist erkennbar, dass 95 % der Leistungen der Sozialhilfeträger dem Arbeitsbereich der WfbM zuzuordnen sind.

²⁵ Bei anderen Maßnahmen wurde u. a. genannt: betriebliche Maßnahmen, Einstiegsqualifizierung, Leistungen an Arbeitgeber, Gründungszuschuss, technische Arbeitshilfen.

Tabelle 5: Vermittlung in LTA-Maßnahmen in Prozent, differenziert nach Leistungsträgern

	Vermittlung von Teilnehmern in LTA-Maßnahmen von ...			
	DRV	UV/BG/SVLFG	InA/Haupt.	SozH
Kurzmaßnahmen	18	19	6	0
Erstausbildung	1	1	5	0
Anpassungsmaßnahmen/berufl. Training	5	5	3	0
Übergang Schule -> Beruf	0	0	3	0
Begleitung am Arbeitsplatz	5	13	14	1
WfbM - Berufsbildungsbereich	5	1	7	0
WfbM - Arbeitsbereich	0	1	12	95
Berufsvorbereitung (BvB)	7	4	3	0
Umschulung	12	7	11	0
Übergang WfbM -> 1.Arbeitsmarkt	1	0	3	1
Unterstützte Beschäftigung	1	1	1	0
Vermittlung in Arbeit	7	16	8	0
Integrationsmaßnahmen	10	10	2	0
Andere	28	23	21	2

Auch die Zusammenfassung des Zuweisungsgeschehens durch die Leistungsträger nach Leistungsarten weist auf eine deutliche Heterogenität hin. Diese ist gleichfalls sicherlich wesentlich auf das jeweilige Leistungsspektrum und die jeweiligen Leistungsgesetze der Träger zurückzuführen und damit grundsätzlich kennzeichnend für das komplexe System der Leistungen zur Teilhabe. Lediglich bei der Sozialhilfe ergibt sich daher ein quasi ausschließlicher Zusammenhang zwischen einem Träger (SozH) und einer Leistungsform (Arbeitsbereich der WfbM).

4.1.2.2 Träger von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Leistungsträger aus Perspektive der Leistungserbringer

Im nachfolgenden Abschnitt werden die Leistungsträger von LTA-Maßnahmen betrachtet. Hierfür gewährt die nachfolgende Abbildung 11 sowie Tabelle 6 einen Überblick, in der alle Leistungserbringer entsprechend ausgewiesen werden. Bei genauer Betrachtung der Leistungserbringer zeigt sich, dass die Leistungen der BA/ARGE²⁶ bei den jeweiligen Leistungserbringern jeweils mindestens ein Zehntel darstellen, teils jedoch wesentlich mehr. Laut Angaben der Leistungserbringer werden die Leistungen in BBW hauptsächlich (83 %) von der BA/ARGE finanziert. In BTZ sind es 42 % der Leistungen, die durch die BA/ARGE finanziert werden und bei BFW 31 %.

Ähnlich breit gefächert ist die Verteilung der Leistungen durch die DRV. Insbesondere BFW (68 %), BTZ (48 %), RPK (67 %) sowie Phase-II-Einrichtungen (35 %) berichten eine hohe Relevanz der DRV als Leistungsträger. In BTZ werden zudem weitere 12 % der Leistungen durch die UV/BG/SVLFG getragen. Nach Angaben der WfbM wird knapp die Hälfte von deren Leistungen

²⁶ Die Leistungsträger des SGB II sind zwischenzeitlich einheitlich zu „Jobcentern“ umbenannt worden. Im Fortgang des Textes wird die auch im Rahmen der Erhebung genutzte „alte“ Terminologie ARGE verwendet.

durch die SozH finanziert (48 %) und zu 20 % durch die Integrationsämter/Hauptfürsorgestellen. Die IFD berichten bei fast der Hälfte der Leistungen eine Trägerschaft der Integrationsämter/Hauptfürsorgestellen (49 %), gefolgt von den BA/ARGE mit 20 % und rund 15 % durch KiJuHi. In RPK-Einrichtungen werden die Leistungen von der BA/ARGE (13 %), der DRV (57 %) und der GKV/KV getragen (24 %). Diese prozentualen Anteile der GKV beziehen sich auf den Bereich der medizinischen Rehabilitationsleistungen. In Phase-II-Einrichtungen beträgt der Anteil der GKV/KV 14 % und der Anteil der UV/BG/SVLFG ca. 11 %.

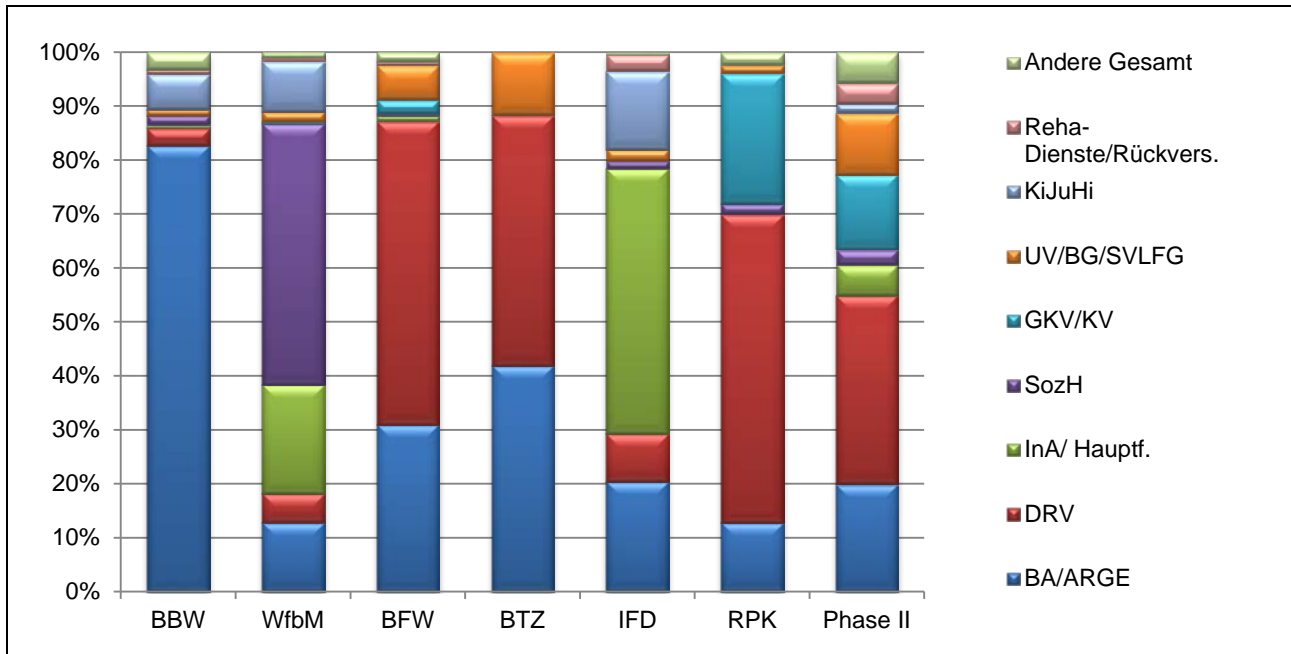


Abbildung 11: Leistungsträger der Leistungen, differenziert nach Leistungserbringern

Tabelle 6: Leistungsträger der Leistungen in Prozent, differenziert nach Leistungserbringern

	Träger von Leistungen von ...						
	BBW	WfbM	BFW	BTZ	IFD	RPK	Phase II
BA/ARGE	83	13	31	42	20	13	20
DRV	3	5	56	46	9	57	35
InA/Hauptf.	1	20	1	0	49	0	6
SozH	2	48	0	0	1	2	3
GKV/KV	0	0	3	0	0	24	14
UV/BG/SVLFG	1	2	6	12	2	2	11
KiJuHi	6	9	0	0	15	0	2
Rückversicherer	1	1	1	0	3	0	4
Andere	3	1	2	0	0	2	6

Zuweisungen von Leistungsberechtigten aus Sicht der Leistungsträger

Im Folgenden wird die Vermittlung von Leistungsberechtigten an Leistungserbringer durch die Leistungsträger detaillierter betrachtet. Die nachfolgende Abbildung 12 sowie Tabelle 7 geben einen Überblick über die organisationspezifischen, prozentualen Verteilungen. Hier ist erkennbar, dass

die DRV die Leistungsberechtigten verstärkt an BFW (33 %) und zu etwa gleichen Teilen an Freie Bildungsträger (20 %) und Andere (20 %), wie z. B. freie Schulen, zuweisen. Auch die UV/BG/SVLFG weisen ihre Leistungsberechtigten u. a. an BFW (14 %), Freie Bildungsträger (20 %) sowie Betriebe (27 %) zu. Bei Betrachtung der Angaben der Integrationsämter/Hauptfürsorgestellten wird deutlich, dass diese ihre Leistungsberechtigten sowohl an Andere (29 %) als auch an IFD (28 %) weiterleiten, während 17 % an WfbM zugewiesen werden. Im Bereich der SozH zeigt sich erwartungsgemäß, dass diese Leistungsberechtigten ganz überwiegend (95 %) einer WfbM zuweisen.

Insgesamt verdeutlicht die Analyse die vielfältigen Kooperationsbeziehungen zwischen Leistungsträgern und Leistungserbringern. Daraus ergeben sich zugleich aber auch vielfältige Notwendigkeiten der Zusammenarbeit der verschiedenen Organisationen.

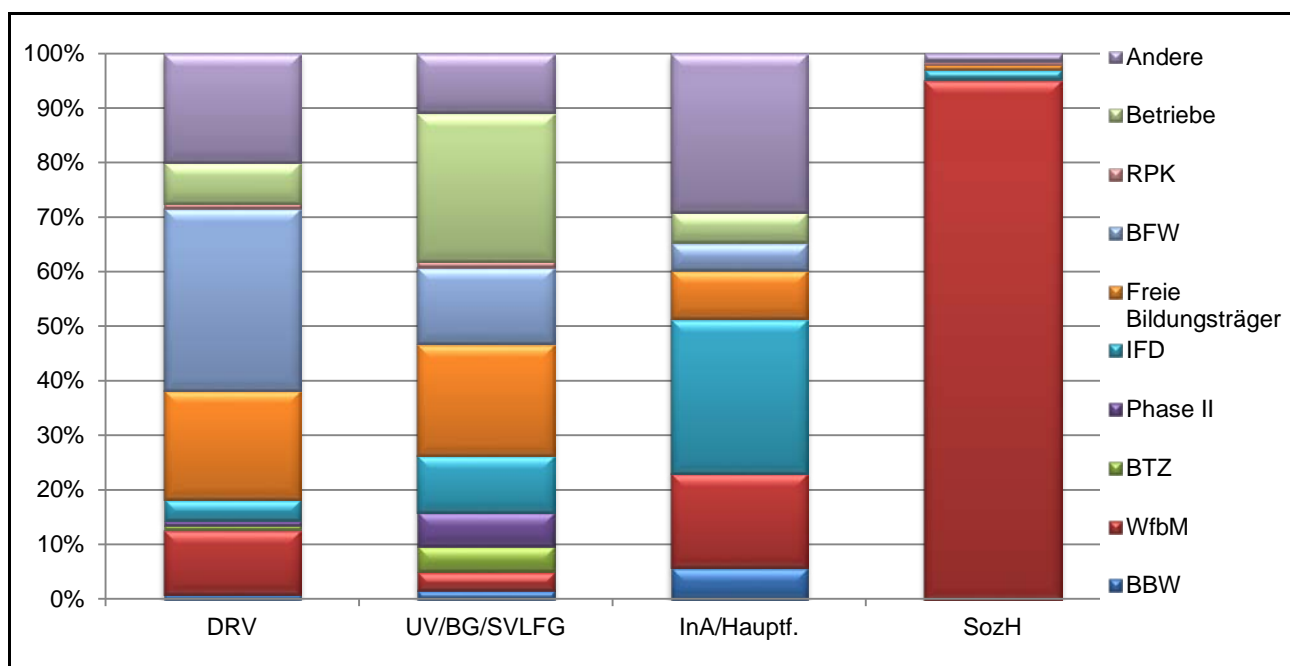


Abbildung 12: Vermittlung der Leistungsberechtigten an Leistungserbringer, differenziert nach Leistungsträger

Tabelle 7: Vermittlung der Leistungsberechtigten an Leistungserbringer in Prozent, differenziert nach Leistungsträger

	Vermittlung von Leistungsberechtigten an LE			
	DRV	UV/BG/SVLFG	InA/Hauptf.	SozH
BBW	1	2	6	0
WfbM	12	3	17	95
BTZ	1	5	0	0
Phase II	1	6	0	0
IFD	4	10	28	2
Freie Bildungsträger	20	20	9	1
BFW	33	14	5	0
RPK	1	1	0	0
Betriebe	8	27	6	0
Andere	20	11	29	1

4.1.3 Verfahren und Instrumente der Bedarfsermittlung

Das folgende Kapitel präsentiert Ergebnisse der Bestandsaufnahme von bei der Bedarfsermittlung im Bereich LTA aktuell eingesetzten Verfahren und Instrumenten. Dabei geht es um eine möglichst umfassende systematisierte Zusammenschau der Verfahren und Instrumente wie auch um den Versuch, diese Verfahren und Instrumente analytisch dem Zeitpunkt ihres Einsatzes im Rehabilitationsprozess zuzuordnen.

Im Hinblick auf die ursprünglich angestrebte Einschätzung der Verfahren und Instrumente nach definierten Kriterien wie Personenbezug oder Teilhabeorientierung ist anzumerken, dass hierzu im Analyseprozess eine ganze Reihe weiterer Fragestellungen auftauchten, die Gegenstand weiterer differenzierter Betrachtungen sein müssen. In Kürze genannt seien hier die fehlenden Operationalisierungen von Personenbezug und Teilhabeorientierung sowie fehlende Kriterien zur trennscharfen Abgrenzung, ob es sich bei den eingesetzten Methoden um Instrumente oder Verfahren o. ä. handelt. Hierfür fehlt bislang eine übergreifende Klassifikation, um entsprechende Einschätzungen vornehmen zu können. Daher wird im Folgenden immer von „Verfahren/Instrumenten“ gesprochen.

Beim nachfolgend dargestellten Ansatz handelt es sich um den erstmaligen Versuch die verschiedenen bei der Bedarfsermittlung in der beruflichen Rehabilitation zu findenden Ansätze zu strukturieren. Dieser wird sicherlich zukünftig weiterzuentwickeln und fortzuschreiben sein. Dabei ist zu beachten, dass grundsätzlich verschiedene Möglichkeiten bestehen, um zu einer Systematisierung der Verfahren/Instrumente zu gelangen. Ziel ist, entsprechend der Forschungsfrage zu einer systematisierenden Übersicht zu bei der Bedarfsermittlung eingesetzten Verfahren/Instrumenten zu kommen. Die nachfolgend vorgestellten Arbeitsschritte führen – jeweils über spezifische Zwischenschritte der Gruppierung/Verdichtung – zu

- einem sogenannter Kategorienbaum, bei dem sich die Kategorisierung an Verfahrens-/Instrumenteneigenschaften orientiert (siehe Kapitel 4.1.3.1),
- einen Reha-Prozess-Phasen-Modell der Verfahren/Instrumente, dem eine Systematisierung anhand des Rehabilitationsprozesses zugrunde liegt (siehe Kapitel 4.1.3.2) sowie
- einer integrativen Betrachtung beider vorstehenden Ansätze (siehe Kapitel 4.1.3.3).

Abbildung 13 visualisiert diesen Prozess der Verdichtung/Aufbereitung und macht das Vorgehen der analytischen Verfahrens-/Instrumentenbetrachtung nachvollziehbar.

Als Datenquelle für nachfolgende Auswertungen wurden im Rahmen der Fragebogenerhebung Leistungsträger (Frage 7) und Leistungserbringer (Frage 10) zu den von ihnen eingesetzten Verfahren/Instrumenten der Bedarfsermittlung bei LTA befragt. Hieraus resultieren 1149 Einzelnennungen²⁷ (Abbildung 13: Ia). Hierbei handelt es sich nicht um die Gesamtzahl unterschiedlicher Verfahren und Instrumente, sondern zunächst um die im Rahmen der Befragung eingegangene Gesamtzahl von Nennungen. Nach Zusammenfassung gleicher Verfahrens- bzw. Instrumentennennungen ergeben sich 429 unterschiedliche Verfahren bzw. Instrumente, die in der Bedarfsermittlung bei Leistungsträgern und/oder Leistungserbringern eingesetzt werden (Abbildung 13: Ib).

²⁷ Anzahl der Einzelnennungen ergibt sich aus den Verfahrensangaben (n=1196) abzüglich derjenigen, die lediglich aufgelistet, aber keine weiteren Informationen zum Einsatz enthalten.

Eine Gesamtliste der benannten Verfahren und Instrumente sowie eine differenzierte Aufstellung nach LT/LE findet sich in Anlage VII.

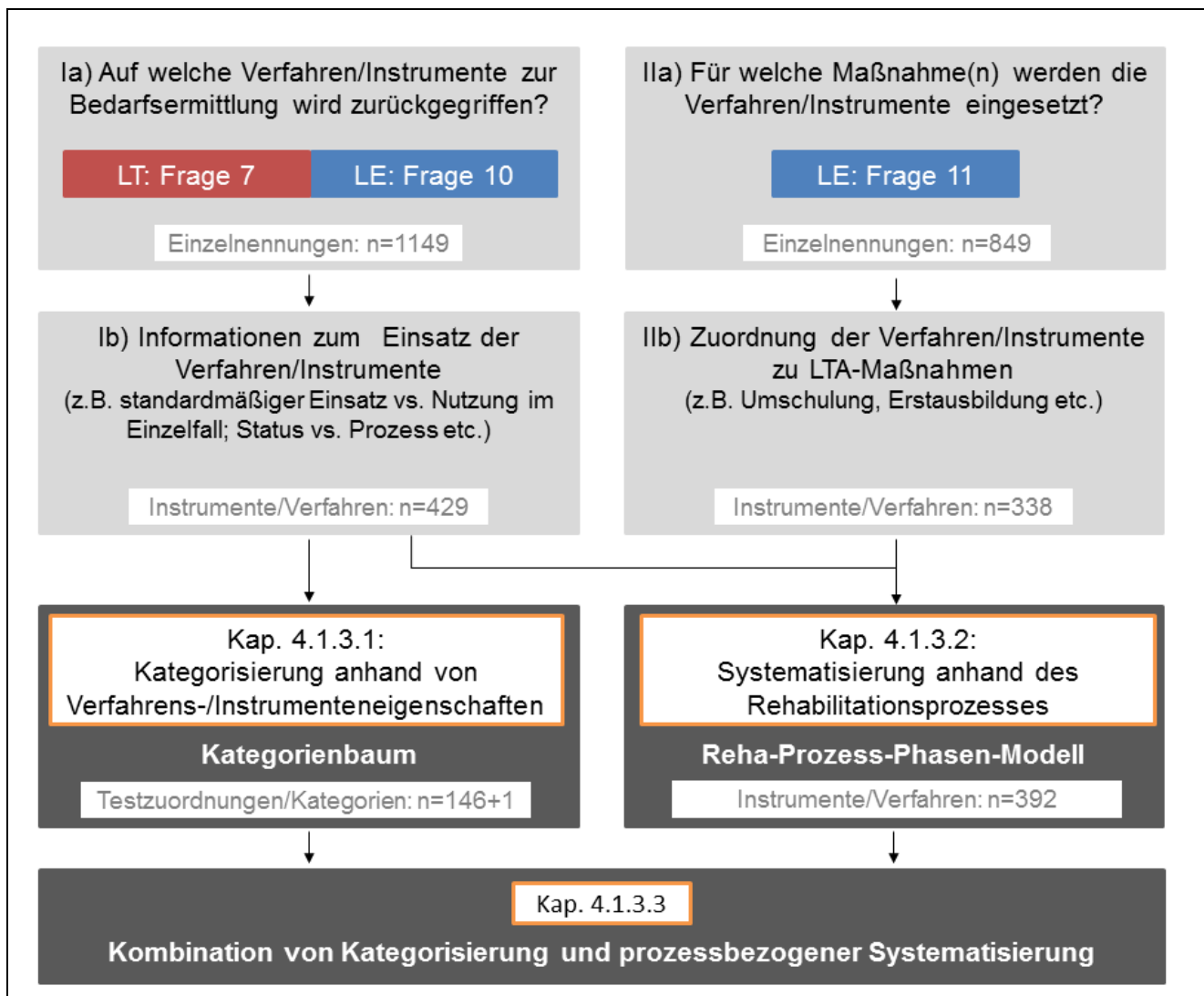


Abbildung 13: Beschreibung zum Vorgehen der Verfahrens-/Instrumentenanalyse

Darüber hinaus ergeben sich für Leistungserbringer aus einer weitergehenden Frage zu Einsatzkontexten²⁸ der jeweiligen Verfahren/Instrumente (Frage 11) 849 Nennungen²⁹ (Abbildung 13: IIa). Aus diesen Angaben resultieren nach erneuter Zusammenfassung gleicher Verfahrens-/Instrumentennennungen 338 unterschiedliche Verfahrens- bzw. Instrumentennennungen (Abbildung 13: IIb; Gesamtliste siehe Anlage VIII).^{30 31}

²⁸ bspw. Kurzmaßnahmen, Berufsvorbereitende Bildungsmaßnahmen, Erstausbildung oder Umschulung

²⁹ Anzahl der Einzelnennungen ergibt sich aus den Verfahrensangaben (n=908) abzüglich derjenigen, die lediglich aufgelistet, aber nicht zu LTA-Maßnahmen zugeordnet sind.

³⁰ Im Grunde sollten die Angaben aus Schritt Ib und IIb deckungsgleich sein, so dass Frage 11 bei Leistungserbringern zusätzliche Informationen hinsichtlich des Einsatzes erhebt. Jedoch zeigt die differenzierte Analyse erhebliche Abweichungen. So wird hier bei den LE scheinbar zwischen allgemeinen Verfahren/Instrumenten zur Bedarfsermittlung und spezifischen, für einzelne Schritte im LTA Prozess bedeutsamen differenziert. In den Antworten werden zum Teil in beiden Fragestellungen unterschiedliche Verfahren/Instrumente benannt oder es wird sich auf die Beantwortung einer Frage beschränkt. Vor allem werden in Bezug auf den Einsatz die Verfahren/Instrumente differenziert aufgeführt (LE: Frage 10), als dies hinsichtlich der Informationen zu den LTA-Maßnahmen der Fall ist (LE: Frage 11).

4.1.3.1 Kategorisierung anhand von Verfahrens-/Instrumenteneigenschaften³²

Mit dem Ziel der weiteren Verdichtung der eingesetzten Verfahren und Instrumente wurden alle genannten Verfahren/Instrumente anhand ihrer jeweiligen Zielrichtung bzw. Spezifik durch Kategorienbildung weiter systematisiert. Grundlage bildeten alle benannten Verfahren/Instrumente. Innerhalb dieses Ansatzes wurden inhaltlich ähnliche Verfahren/Instrumente, welche über alle Antwortenden jeweils ausschließlich einmalig genannt wurden, in jeweils einer Kategorie systematisierend zusammengefasst³³.

Insgesamt ergeben sich im Ergebnis zehn Oberkategorien mit 146 Testzuordnungen bzw. Einzelkategorien³⁴. Abbildung 14 stellt den Strukturierungsansatz in Form eines Kategorienbaumes grafisch dar. Die erste Ebene des Kategorienbaumes verdeutlicht die Grobgliederung der genannten Verfahren/Instrumente. Die Entwicklung des darunter liegenden Schemas erfolgte aufgrund der Vielzahl von Einzelangaben zu den eingesetzten psychometrischen Testverfahren in Anlehnung an die historisch gewachsenen Testkategorien³⁵, wie sie von Hogrefe (Testzentrale) und Psyndex genutzt werden.

Eine Ausnahme bei den psychometrischen Tests bilden „Assessments“ und „Profiling“, die gleichzeitig mehrere Zieldimensionen verfolgen und jeweils eine eigene Kategorie bilden. Allerdings kann die Spannbreite der angeführten Nennungen mit diesen drei Kategorien nicht abgedeckt werden, sodass weitere Verdichtungen der Angaben zu fünf weiteren Kategorien führen: Maßnahmen, Konzepte, Planung/Dokumentation, Trainings sowie Diagnostik Dritter. Verfahren und Instrumente, die trotz intensiver Recherche nicht eindeutig zugeordnet oder identifiziert werden können, wurden der Kategorie „Sonstige“ bzw. „Nicht identifizierbare Verfahren/Instrumenten“ zugeordnet. Abbildung 15 zeigt hierzu eine Übersicht zur Häufigkeitsverteilung der jeweiligen Oberkategorien – differenziert nach Leistungsträgern- und -erbringern.

Für die in der ersten Ebene entwickelten Kategorien „Maßnahmen“, „Konzepte“, „Planung/Dokumentation“ sowie „Trainings“ und die „Diagnostik Dritter“ schien es aus inhaltlichen Gründen sinnvoll, eine zweite Ebene aufzuspannen. Zu nennen sind hier beispielsweise für die Kategorie „Maßnahmen“ die berufsvorbereitende Bildungsmaßnahme (BvB) oder auch die Medizinisch-berufliche Rehabilitation, für die Kategorie „Konzepte“ das Reha-Management der DGUV oder das Fachkonzept der BA, für die Kategorie „Planung/Dokumentation“ die Eingliederungs-/Hilfepfung oder auch Kompetenz-Fähigkeitsanalysen.

³¹ Erschwerend erwies sich bei dieser Analyse, dass hier zum Teil sehr seltene Verfahren, Eigenentwicklungen oder nur die in der Psychometrie weit verbreiteten Synonyme wie beispielsweise HAWIK für Hamburg-Wechsler-Intelligenztest für Kinder oder SF-36 für Short-Form 36 Health Survey genannt wurden. Diese waren für eine quantitative Analyse so aufzubereiten, dass diese möglichst immer dieselbe Kategorie darstellten, um zu zusammenfassenden Vergleichen zu gelangen.

³² Eine Übersicht zu den Verfahren und Instrumenten mit ihren Abkürzungen ist als Anlage X beigefügt.

³³ Beispielsweise werden die Einmalnennungen, wie z. B. der Mannheimer Intelligenztest, der WMT-2 oder der SON-R 5½-17 in diverse/nicht spezifische Intelligenztests gruppiert.

³⁴ zuzüglich einer Sammelkategorie für Angaben, die inhaltlich nicht weiter einsortiert werden konnten

³⁵ Diese erste, noch sehr differenzierte Einteilung der Verfahren und Instrumente, wurde mit entsprechenden Oberbegriffen verschlagwortet, weiter verdichtet und in die Kategorie Diagnostische Verfahren/Instrumente zusammengeführt. Unspezifische Freitextangaben, die sich beispielsweise auf den kompletten Interaktionsprozess bei der Bedarfsermittlung oder auf schlagwortartige Oberbegriffe beziehen, wurden in entsprechende Kategorien zusammengeführt. Exemplarisch seien hier die Kategorien Befragung, Beobachtung, Assessments und psychologische Testung/Untersuchung genannt.

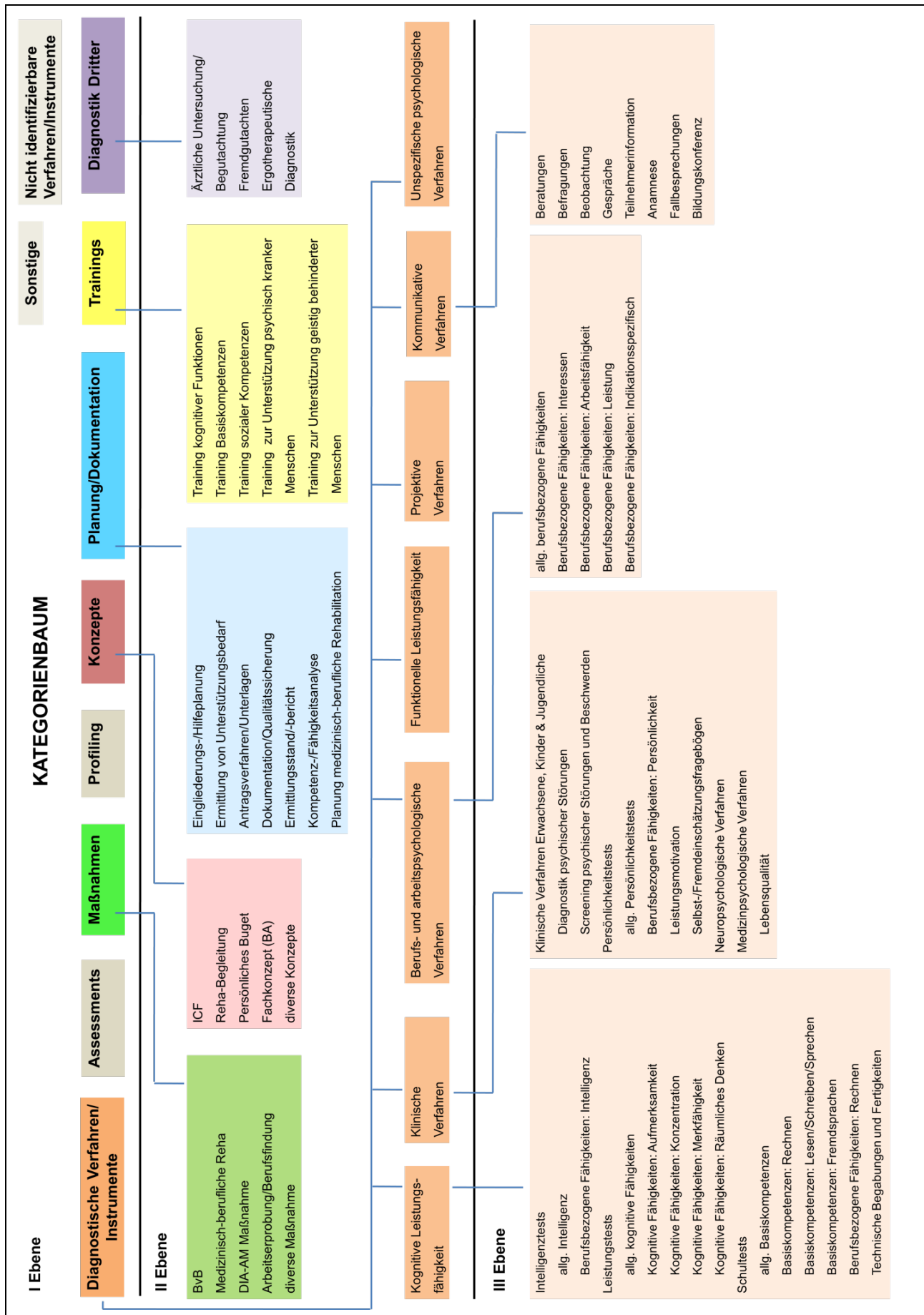


Abbildung 14: Kategorienbaum – Kategorisierung eingesetzter Verfahren und Instrumente auf drei Ebenen

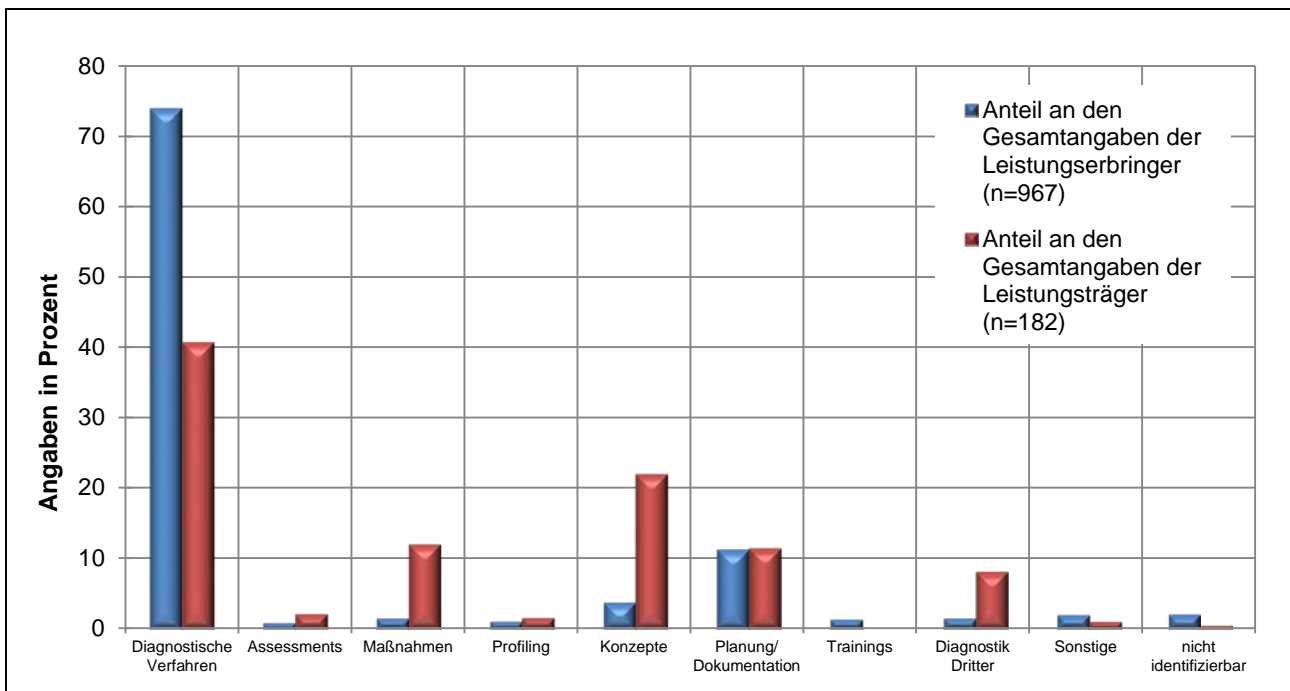


Abbildung 15: Kategorienanteil der genannten Verfahren/Instrumente an den Gesamtangaben der jeweiligen Akteursgruppe

Aufgrund der umfangreichen Nennungen und der Vielfalt diagnostischer Verfahren und Instrumente wurde für diese Oberkategorie eine dritte Ebene entwickelt und inhaltlich weiter ausdifferenziert. Damit kommen in weiteren Unterkategorien kognitive Leistungstests, klinische Verfahren, berufs- und arbeitspsychologische Verfahren, funktionelle Leistungsfähigkeit aber auch projektive Verfahren und kommunikative Verfahren zum Tragen. Diese konnten zudem noch in Teilen weiter ausdifferenziert werden wie z. B. die Zuordnung bzw. Differenzierung der kognitiven Leistungsfähigkeit in Intelligenztests, Leistungstests oder auch Schultests.

4.1.3.2 Systematisierung anhand des Rehabilitationsprozesses

Parallel zur Kategorisierung anhand von Verfahrens-/Instrumenteneigenschaften mit Hilfe des Kategorienbaums orientiert sich eine weitere mögliche Systematisierung am Verlauf des Rehabilitationsprozesses. Die analytische Betrachtung bezieht sich auf die drei vorgestellten Reha-Prozess-Phasen „Initiierung“, „Durchführung“ und „Abschluss“ (vgl. Abschnitt 1.1).

Methodisch wurde davon ausgegangen, dass sich, mit Ausnahme der prozessorientierten bzw. Verwaltungsverfahren, die Verfahrens- und Instrumentennennungen der Leistungsträger ausschließlich auf die Initiierungsphase beziehen. Demgegenüber können die Nennungen von Leistungserbringern für jede der drei Reha-Prozess-Phasen relevant sein³⁶. Basis für die phasenspezifische Auswertung der Leistungserbringer bilden die Informationen zur Zuordnung der Verfahren/Instrumente zu einzelnen LTA-Maßnahmen (siehe Abbildung 13: Schritt IIb). Tabelle 8 stellt eine Übersicht dieser phasenspezifischen Zuordnung dar. Die Zuordnung ist der entsprechenden Phasen an bestimmten Stellen überlappend und nur selten trennscharf.

³⁶ Hier insbesondere bedeutsam: In der Initiierungsphase führen Leistungserbringer Bedarfsermittlungen im Rahmen von LTA durch, sofern sie von Leistungsträgern mit dieser beauftragt werden.

Tabelle 8: modellhafte Zuordnung von LTA-Maßnahme-Typen zu den Reha-Prozess-Phasen

LTA-Maßnahme	Phasenzugehörigkeit
Kurzmaßnahmen	Initiierung
Übergang von Schule zu Beruf	Initiierung, Durchführung
Berufsvorbereitende Bildungsmaßnahme (BvB)	Durchführung
Erstausbildung	Durchführung
Umschulung	Durchführung
Werkstätten – Berufsbildungsbereich	Durchführung
Werkstätten – Arbeitsbereich	Durchführung
Anpassung- bzw. Integrationsmaßnahmen/ Berufliches Training zur Wiedereingliederung	Durchführung, Abschluss
Begleitung am Arbeitsplatz	Durchführung, Abschluss
Unterstützte Beschäftigung	Durchführung, Abschluss
Vermittlung in Arbeit	Abschluss
Übergang von Werkstätten in den 1. Arbeitsmarkt	Abschluss

Die tabellarische und phasenspezifische Aufbereitung der 392f genannten Verfahren/Instrumente, gegliedert nach den jeweiligen Leistungserbringern und -trägern, ist in Anlage IX dargestellt. Eine Auswahl der am häufigsten genannten Verfahren/Instrumente zeigt – differenziert nach Prozessphase – zudem Abbildung 16. In der Gesamtschau verdeutlicht sich die Vielfalt und Heterogenität der eingesetzten Verfahren und Instrumente, vor allem auf Seiten der Leistungserbringer. Zum größten Teil handelt es sich um klassische Testinstrumente, die auch in der Diagnostik anderer Fachdisziplinen Anwendung finden. Der andere Teil ist auf einrichtungsinterne Eigenentwicklungen zu diversen Fragestellungen im Reha-Prozess zurückzuführen, z. B. eigene Kompetenzanalysen,

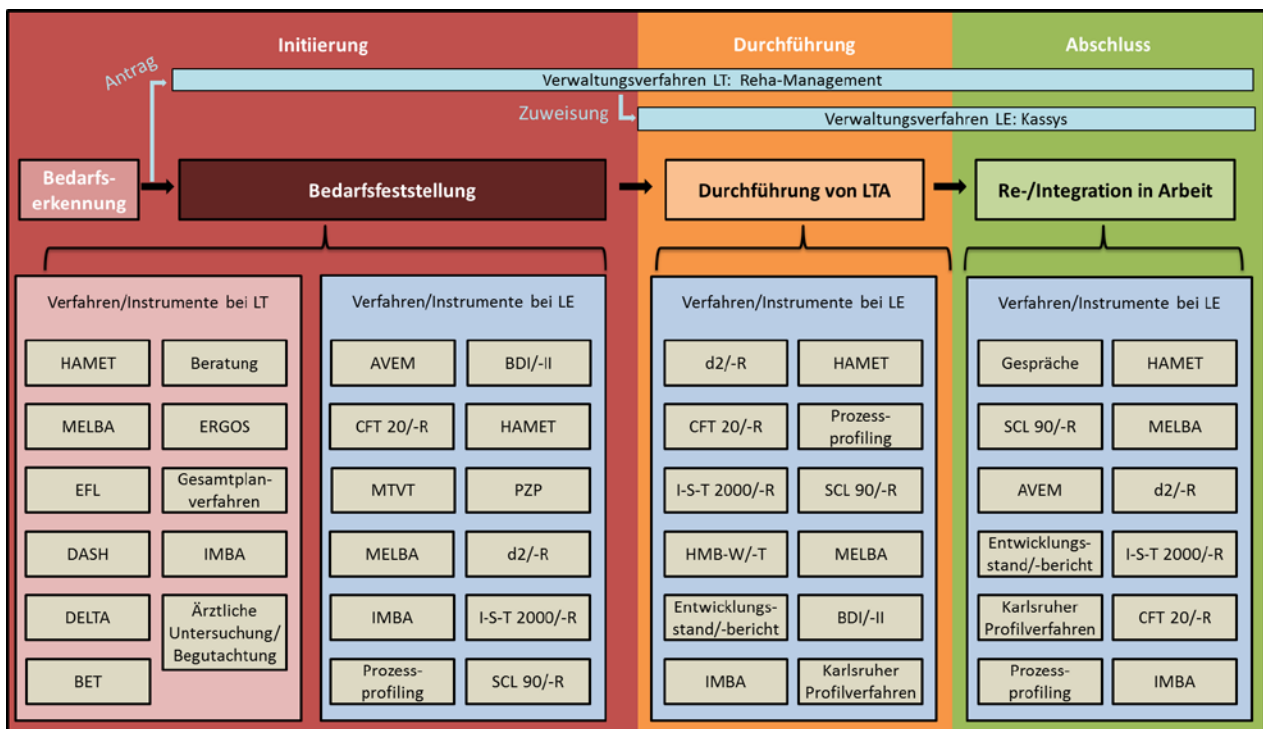


Abbildung 16: phasenspezifisch am häufigsten benannte Verfahren/Instrumente zur Bedarfsermittlung bei LTA

Deutsch- und Rechentests sowie auf anderweitige Erhebungsmethoden bei der Bedarfsermittlung wie Beobachtungen, Befragungen und Gespräche, wobei auch etablierte Verfahren in Teilen miteinander kombiniert wurden. Hingegen ist bei den Angaben der Leistungsträger kennzeichnend, dass bei den eingesetzten Verfahren/Instrumenten im Reha-Prozess diagnostisch-psychometrische Verfahren seltener als von Leistungserbringern benannt werden, sondern vielmehr spezifische interne Eigenentwicklungen (z. B. Delta/4PM für die BA) oder weitere Erhebungsansätze wie beispielsweise Fremdgutachten oder Arbeitserprobungen von besonderer Bedeutung sind.

In Abbildung 16 zeigt sich, dass die Verfahren HAMET³⁷ und MELBA über die kompletten Reha-Prozess-Phasen sowie über die Leistungserbringer und -träger hinweg zur Bedarfsermittlung eingesetzt werden. Bei den Leistungsträgern greifen zwei von fünf Leistungsträgern auf HAMET sowie MELBA zurück. Demgegenüber nutzen in jeder Phase des Reha-Prozesses sechs von sieben Leistungserbringern HAMET und vier bzw. fünf von sieben MELBA. Zusätzlich wird der Aufmerksamkeitstest d2/d2-R sowie der Intelligenztest I-S-T-2000/-R jeweils von rund der Hälfte der Leistungserbringer herangezogen. Ferner scheint die Spezifität des Verfahrens- bzw. Instrumenteneinsatzes bei Leistungserbringern deutlich höher zu sein als bei Leistungsträgern. Hier werden Instrumente wie AVEM oder auch SCL eingesetzt. Dies weist auf den spezifischen diagnostischen Bedarf bei der Ausgestaltung von Leistungen hin. Da Leistungsträger in erster Linie bei der Initiierung mit Bedarfsermittlungsprozessen betraut sind, kommen hier eher umfassendere Ansätze, wie Begutachtungen oder Reha-Management, zum Einsatz.

4.1.3.3 Kombination von Kategorisierung und prozessbezogener Systematisierung

Für weitere Erkenntnisse werden in einem folgenden Schritt die vorgenommene Kategorisierung anhand von Verfahrens-/Instrumenteneigenschaften mit Hilfe des Kategorienbaums und die Systematisierung der Verfahren/Instrumente entlang des Rehabilitationsprozesses miteinander kombiniert (vgl. Abbildung 13). Dabei wird für jede Phase des Reha-Prozesses die Auswertung innerhalb der zehn Kategorien (s.o.) des Kategorienbaums vorgenommen.

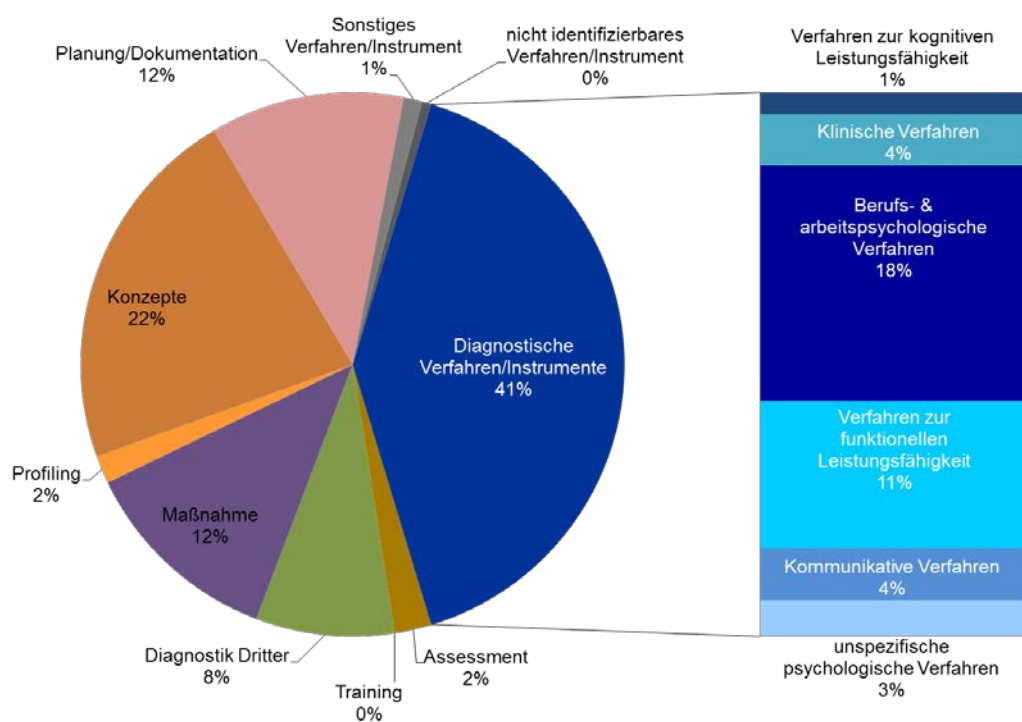
Bei der gegenüberstellenden Betrachtung beider Akteursgruppen in Abbildung 17 kommen bei der Bedarfsermittlung der Leistungserbringer in der Initiierungsphase mit 80 % primär diagnostische Verfahren/Instrumente zum Einsatz³⁸. Demgegenüber setzen die Träger diagnostische Verfahren/Instrumente zu 41 % ein. Innerhalb der diagnostischen Verfahren/Instrumente wenden beide Akteursgruppen annähernd gleich häufig berufs- und arbeitspsychologische Verfahren an³⁹.

³⁷ Siehe Fußnote 32

³⁸ z. B. WIE – Wechsler Intelligenztest, I-S-T 200 R – Intelligenz-Struktur-Test, ZVT – Zahlenverbindungstest, CPM – Coloured Progressive Matrices, d2 – Aufmerksamkeits- und Konzentrationstest, DRT – Diagnostischer Rechtschreibtest, Rechentest, Schulleistungstest, BDI – Becks Depressions Inventar, SCL-90 – Symptom-Checkliste, FPI-R – Freiburger Persönlichkeitsinventar, PSSI – Persönlichkeitsstil und Störungsinventar, SF-36 – Fragebogen zum Gesundheitszustand, HAMET – Handlungsorientierte Module zur Erfassung und Förderung beruflicher Kompetenzen, MELBA – Merkprofile zur Eingliederung Leistungsgewandelter und Behinderter in Arbeit, AVEM – Arbeitsbezogenes Verhaltens- und Erlebensmuster, IMBA – Integration von Menschen mit Behinderungen in die Arbeitswelt, AZUBI-BK – Arbeitsprobe zur berufsbezogenen Intelligenz, Büro- & kaufmännische Tätigkeit, Beobachtungen, Gespräche, Beratung, psychologische Testung

³⁹ z. B. HAMET, MELBA, IMBA, AIST – Allgemeiner Interessen-Struktur-Test, ABAT – Allgemeiner Büroarbeitstest, IDA – Instrument zur Diagnostik von Arbeitsfähigkeit, AZUBI-BK, BET – Berufseignungstest, ATBG – Aachener Test zur Berufseignung Gehörloser

a) **Bedarfsermittlung der Leistungsträger in der Initiierungsphase**



b) **Bedarfsermittlung der Leistungserbringer in der Phase der Initiierung**

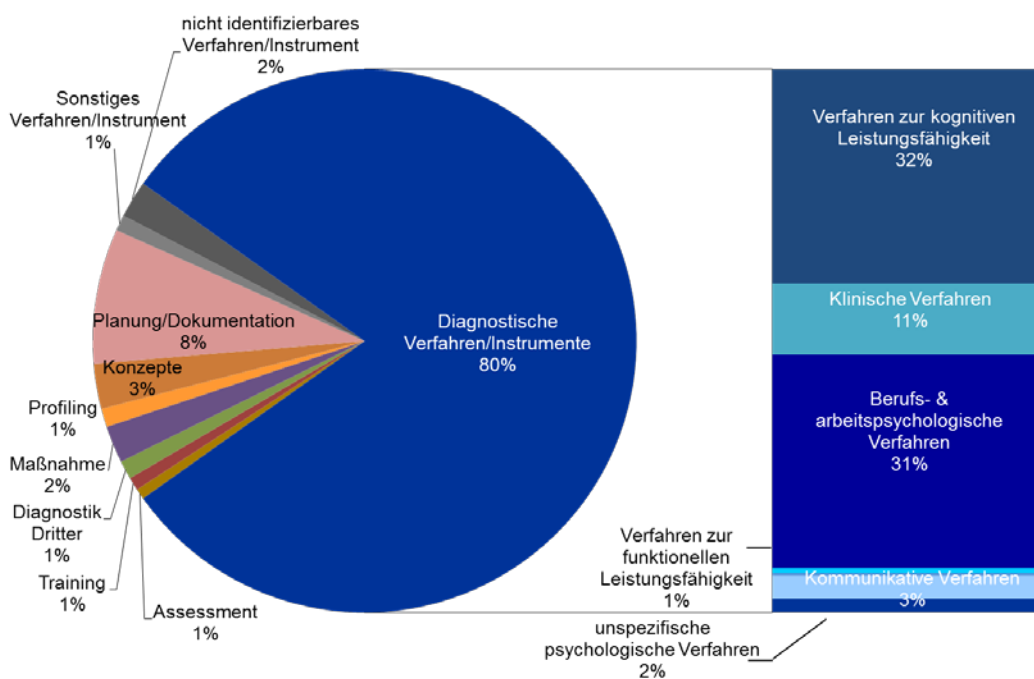
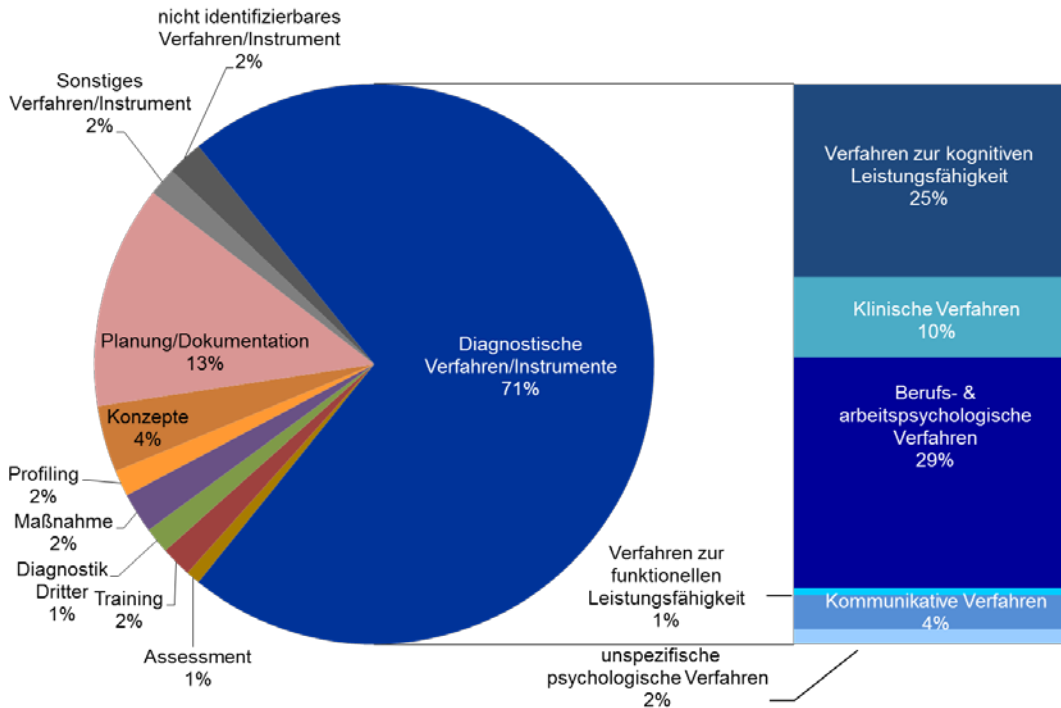


Abbildung 17a+b: Kombination von Kategorisierung und prozessbezogener Systematisierung – a) Bedarfsermittlung Initiierungsphase LT; b) Bedarfsermittlung Initiierungsphase LE

c)

Bedarfsermittlung der Leistungserbringer in der Phase der Durchführung



d)

Bedarfsermittlung der Leistungserbringer in der Abschlussphase

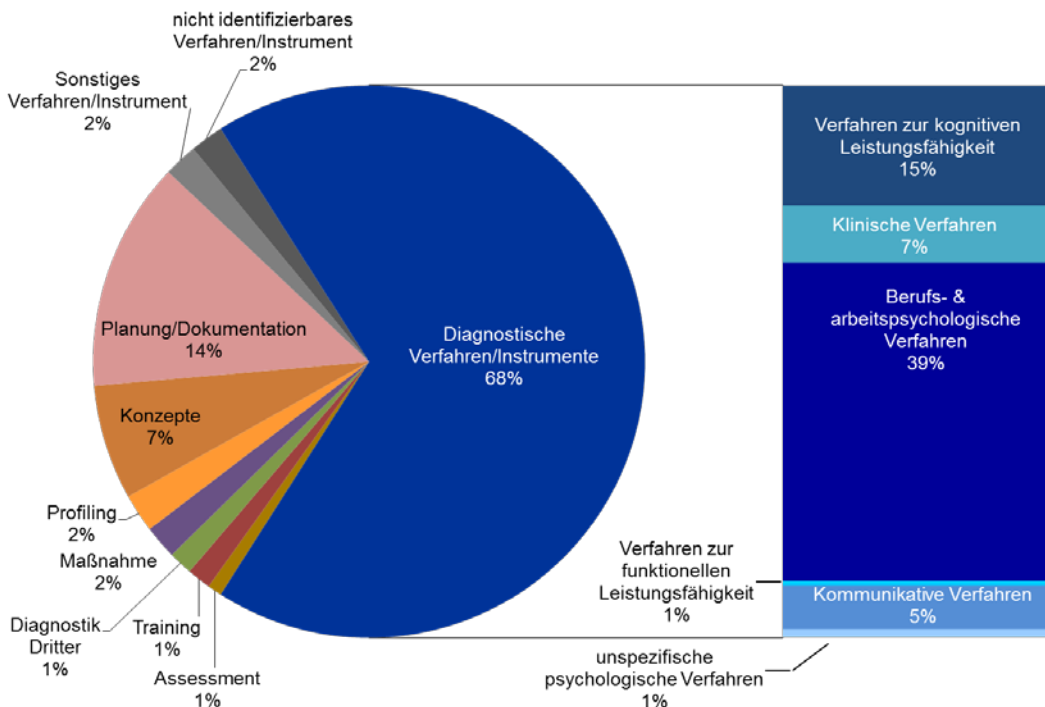


Abbildung 17c+d: Kombination von Kategorisierung und prozessbezogener Systematisierung -
c) Bedarfsermittlung Durchführungsphase LE; d) Bedarfsermittlung Abschlussphase LE

Daneben nutzen die Leistungsträger vor allem Verfahren zur funktionellen Leistungsfähigkeit⁴⁰. Im Gegensatz dazu fallen funktionelle Verfahren/Instrumente bei den Leistungserbringern kaum ins Gewicht. Sie wenden bei der Bedarfsermittlung neben berufs- und arbeitspsychologischen Instrumenten hauptsächlich Verfahren zur Messung kognitiver Leistungsfähigkeit an⁴¹. Abgesehen vom Einsatz diagnostischer Verfahren erfolgt bei Leistungserbringern im Bedarfsermittlungsprozess ein nennenswerter Rückgriff auf Instrumente zur Planung und Dokumentation (8-14 %)⁴². Dies erfolgt in einem vergleichbaren Maß auch bei den Leistungsträgern (12 %). Jedoch ist hier der Einsatz von Konzepten⁴³ mit 22 % fast doppelt so hoch. Darüber hinaus werden parallel etwa im gleichen Umfang Maßnahmen⁴⁴ (12 %) und die Diagnostik Dritter⁴⁵ (8 %) von Leistungsträgern zur Bedarfsermittlung bei LTA angegeben. Dabei erfolgt die Diagnostik innerhalb von Maßnahmen überwiegend bei Leistungserbringern und die Diagnostik Dritter oftmals durch entsprechend beauftragte Stellen innerhalb oder außerhalb der jeweiligen Leistungsträger.

Betrachtet man die drei Reha-Prozess-Phasen insgesamt, so nehmen insbesondere die diagnostischen Verfahren/Instrumente einen substantiellen Anteil bei den Leistungserbringern ein. Dieser sinkt zwar kontinuierlich von 80 % in der Initiierungsphase über 71 % in der Durchführungsphase auf 68 % in der Abschlussphase, ist dabei aber stets das zentrale Element der Bedarfsermittlung bei LTA. Hierbei bilden die berufs- und arbeitspsychologischen Verfahren sowie Verfahren zur kognitiven Leistungsfähigkeit jeweils den Hauptanteil. Während sich der Anteil der kognitiven Verfahren von 32 % in der Initiierungsphase bis hin zu 15 % in der Abschlussphase mehr als halbiert, steigt der Anteil berufs- und arbeitspsychologischer Verfahren von 31 % auf schließlich 39 %. In Anbetracht des mit der Bedarfsermittlung verfolgten konzeptionellen Anliegens, ist dieses Verhältnis nachvollziehbar: Während in der Initiierungsphase nicht selten die Erfassung der allgemeinen kognitiven Leistung bedeutsam ist, ist es in der Abschlussphase, mit dem zentralen Ziel der (Wieder-) Eingliederung in Arbeit, die berufliche bzw. arbeitsspezifische Leistung. Neben den hauptsächlich eingesetzten diagnostischen Verfahren/Instrumenten überwiegt im verbleibenden Anteil die Kategorie Planung und Dokumentation. Deren Anteil nimmt prozentual stetig über die Prozess-Phasen der Rehabilitation zu (von 8 % auf 14 %).

⁴⁰ z. B. PACT – Performance Assessment and Capacity Testing, EFL – Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit, DASH – Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand

⁴¹ z. B. WIE, HAWIE – Hamburg-Wechsler-Intelligenztest für Erwachsene, CFT 20R – Grundintelligenztest, LPS – Leistungsprüfsystem, ZVT, I-S-T 200 R, MWT – Mehrfachwortschatztest-Intelligenztest, d2, KVT - Konzentrationsverlaufstest

⁴² z. B. HBM-W/-T – Hilfebedarf von Menschen mit Behinderung im Bereich Gestaltung des Tages und Wohnen, IHP – Individuelle Hilfeplanung, IBRP – Integrierter Behandlungs- und Rehabilitationsplan, Förderplanung, Gesamtplanung, Kompetenzanalyse/-bewertung, PZP – Persönliche Zukunftsplanung, Kassys – Kassler Systemhaus, Klifd – Klientenverwaltung Integrationsfachdienst, Profil AC – Kompetenzanalyse Profil AC, KKA – Kassler Kompetenzanalyse

⁴³ z. B. ICF, ICF-Core-Set, Reha-Management, Hilfe nach Maß, Bildungskonferenz

⁴⁴ z. B. BvB – Berufsvorbereitende Maßnahme, DIA-AM – Diagnose der Arbeitsmarktfähigkeit besonders betroffener behinderter Menschen, Arbeitserprobung/Berufsfindung

⁴⁵ z. B. Ärztliche Untersuchung/Begutachtung, Fremdgutachten

4.1.4 Kommunikation der Akteure

4.1.4.1 Kommunikation zwischen Leistungserbringern und Leistungsträgern

Eine weitere wichtige Fragestellung bzgl. der Bedarfsermittlung bei LTA stellt die Frage nach Art und Ausgestaltung der Kommunikation zwischen Leistungsträgern und Leistungserbringern dar.

Um die folgenden Ergebnisse besser nachvollziehbar werden zu lassen, soll zunächst kurz die entsprechende Fragestellung erläutert werden. Es wurden sowohl Leistungsträger wie auch Leistungserbringer danach gefragt, mit wem sie fachlichen Kontakt haben. Diese Fragestellung wurde dann weiter ausdifferenziert und wird jeweils im entsprechenden Abschnitt erläutert. Die Abbildung 18 zeigt die Kontakte im Überblick⁴⁶.

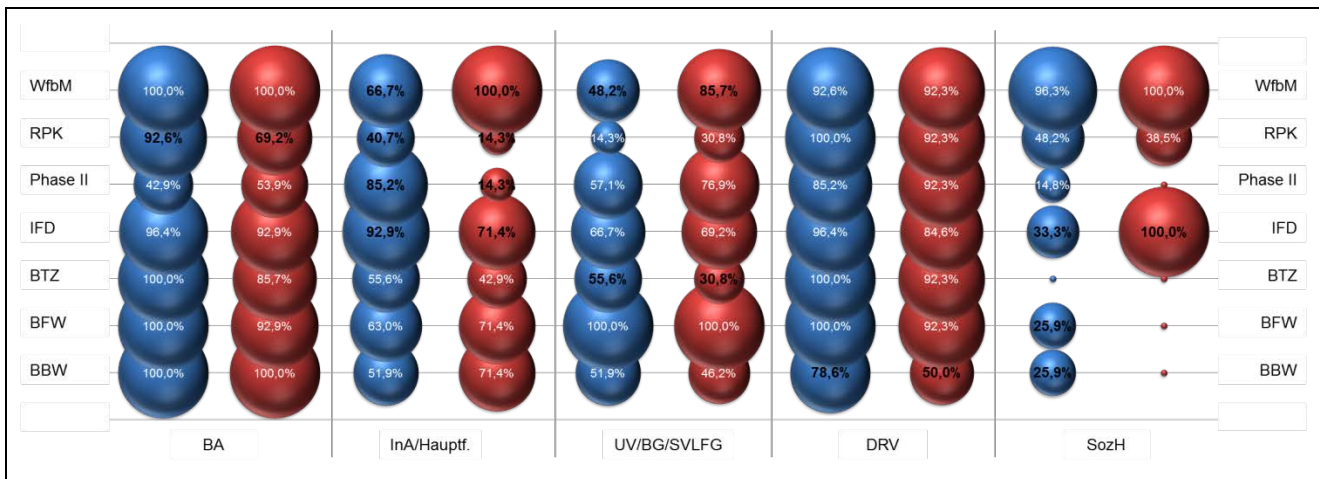


Abbildung 18: Kontakte zwischen Leistungserbringern und Leistungsträgern (LE blau, LT rot)

Während 33 % der IFD über fachlichen Kontakt zur SozH verfügen, geben 100 % der SozH-Träger an, fachlichen Kontakt zu IFD zu haben. Über fachliche Kontakte zu Integrationsämtern/Hauptfürsorgestellten berichten 85 % der befragten Phase-II-Einrichtungen. Hingegen verweisen Integrationsämter/Hauptfürsorgestellten mit lediglich 14 % aller Angaben auf fachlichen Austausch mit Phase-II-Einrichtungen. Hier liegt eine Abweichung von rund 71 Prozentpunkten seitens der Phase-II-Einrichtungen vor. Die Differenz der Angaben von WfbM (67 %) und Integrationsämtern/Hauptfürsorgestellten (100 %) bezüglich ihres fachlichen Austauschs liegt bei 33 Prozentpunkten. In ähnlicher Höhe fällt auch der Unterschied zwischen BBW und DRV aus. So berichten ca. 79 % der BBW über fachliche Verbindungen zur DRV, jedoch nur 50 % der DRV über Kontakt zu BBW. Zudem verweisen 48 % der WfbM auf fachliche Vernetzung zur UV/BG/SVLFG, bei der UV/BG/SVLFG dagegen 86 % auf gleiches zu WfbM. Hier zeigte die statistische Analyse bei der Frage nach fachlichem Kontakt eine große prozentuale Spannweite. Deutlich wird darüber hinaus, dass die bilaterale Einschätzung in diversen Bereichen nicht übereinstimmt und abweichend eingeschätzt wird.

⁴⁶ Die X-Achse betrachtet die Leistungsträger, die Y-Achse die entsprechenden Leistungserbringer. Die Blasen beschreiben jeweils den prozentualen Anteil des fachlichen Kontaktes zu einander, getrennt nach Leistungserbringern (blau) sowie -trägern (rot). Die schwarz dargestellten Angaben zeigen eine Abweichung > 20 % an.

Fachlicher Kontakt: Leistungserbringer mit Leistungsträgern

Die befragten Leistungserbringer korrespondieren insgesamt vor allem mit der DRV (ca. 94 %) sowie mit BA/ARGE (91 %). Darüber hinaus haben ca. 65 % der Leistungserbringer fachlichen Kontakt zu Integrationsämtern/Hauptfürsorgestellten. Weniger Kontakt besteht von Seiten der Leistungserbringer mit ca. 16 % zu Rückversicherern (vgl. Abbildung 19).

Erwartungsgemäß stellen die Agenturen für Arbeit und die Rentenversicherung die häufigsten Kontakte aus Sicht der Leistungserbringer dar, da beide, neben der Sozialhilfe mit besonderem Fokus auf WfbM, zu den bedeutsamsten Leistungsträgern von LTA gehören.

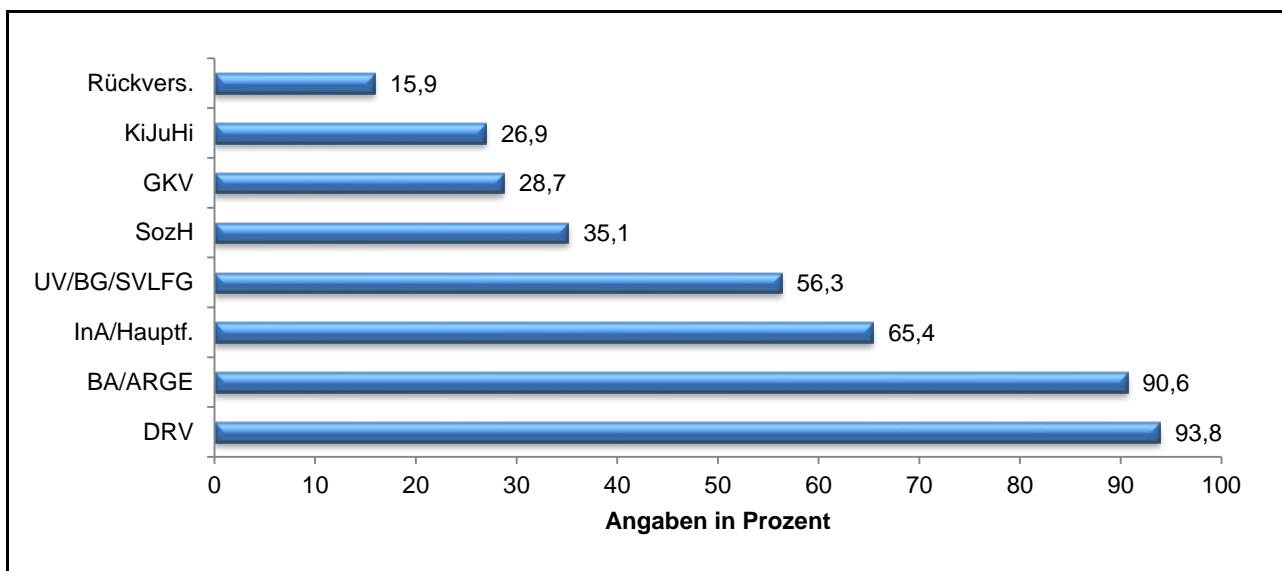


Abbildung 19: Kontakte der Leistungserbringer zu -trägern

Fachlicher Kontakt Leistungserbringer mit anderen Leistungserbringern

Die folgenden Angaben sind über alle Leistungserbringer zu lesen, also die Angaben von allen Leistungserbringern zu allen Leistungserbringern. Alle Leistungserbringer haben angegeben häufig Kontakt zu WfbM (ca. 75 %), IFD (ca. 70 %) und BFW (63 %) zu haben. Weniger Kontakt besteht für die Leistungserbringer zu rund 31 % mit Phase-II-Einrichtungen sowie mit 36 % zu RPK-Einrichtungen. Zirka 26 % der Leistungserbringer haben fachliche Kontakte zu der Kategorie „Andere“, wie beispielsweise zu Schulen, Fachärzten/Therapeuten sowie Kliniken.

Neben anderen Leistungserbringern, die über spezifische Leistungen in den individuellen Rehabilitationsprozess eingebunden sind, stellen Betriebe wichtige Lernorte für die berufliche Rehabilitation dar. Es zeigt sich, dass 87 % aller Leistungserbringer Kontakte zu Betrieben haben (vgl. Abbildung 20).

Werden die Kontakte einrichtungsspezifisch und deren Vernetzung untereinander betrachtet (vgl. Abbildung 21), haben 30 % der Phase-II-Einrichtungen Kontakt zu weiteren Phase-II-Einrichtungen. Auffallend ist ebenfalls, dass 82 % der BFW Kontakt zu anderen BFW aufweisen.

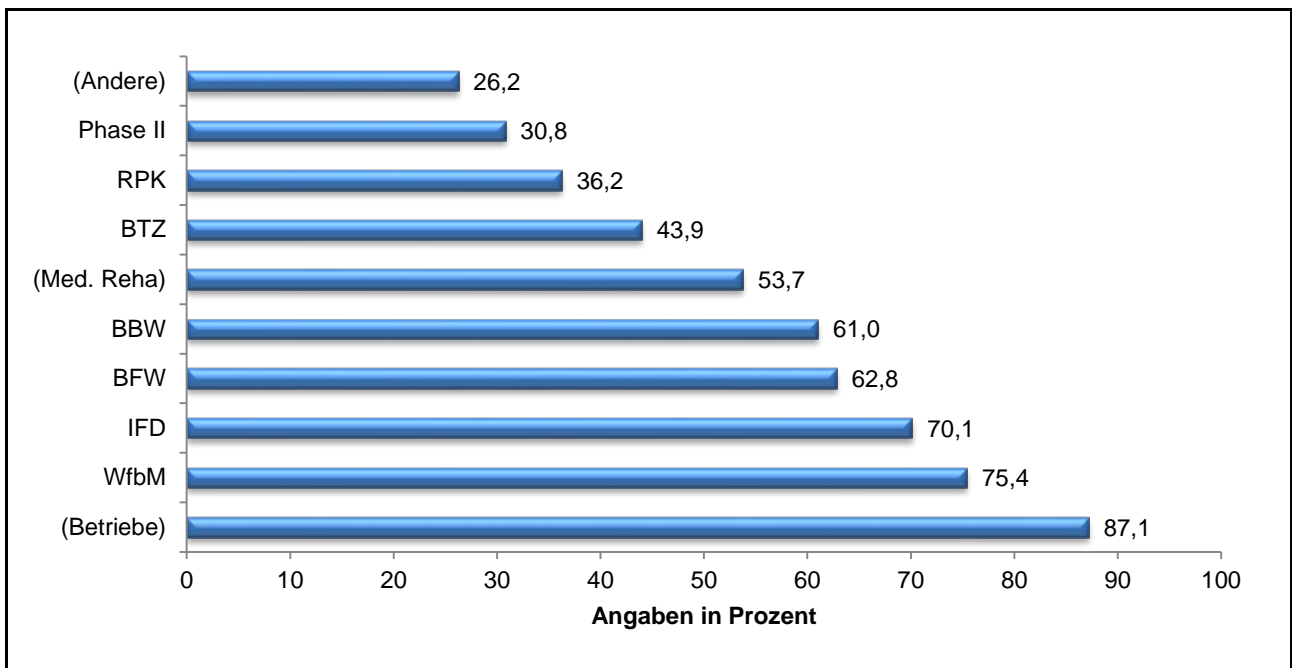


Abbildung 20: Kontakte der Leistungserbringer zu anderen -erbringern

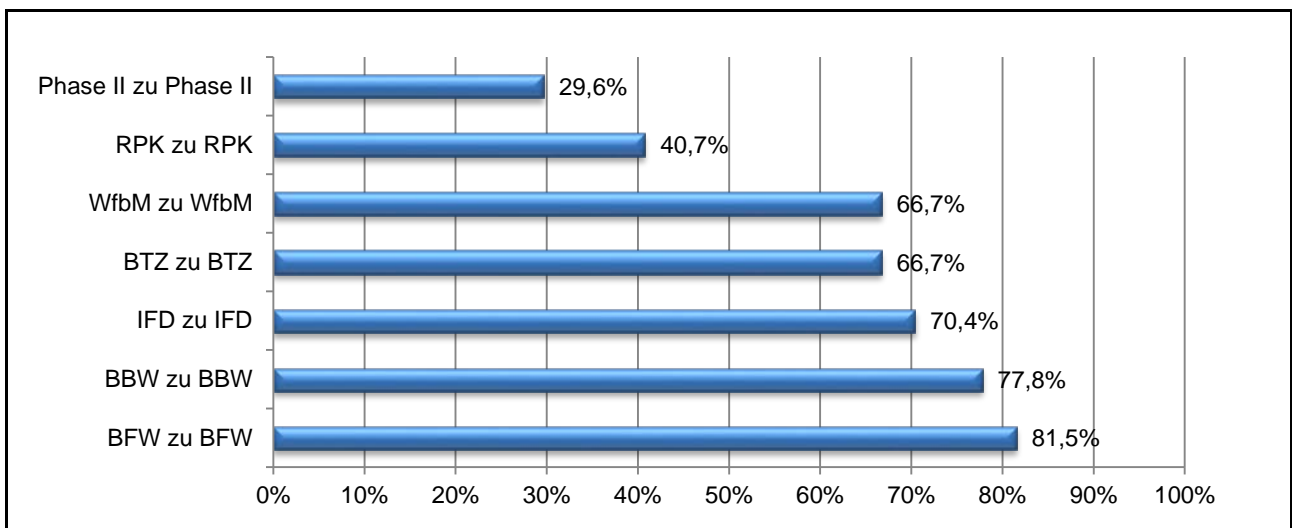


Abbildung 21: Kontakte der Leistungserbringer untereinander

Fachlicher Kontakt: Leistungsträger mit Leistungserbringern

Über alle Leistungsträger hinweg (vgl. Abbildung 22) besteht fachlicher Kontakt zu WfbM (95 %), IFD (84 %), Betrieben (75 %) und BFW (71 %). Rund die Hälfte der Leistungsträger geben das Bestehen fachlicher Kontakte zu Phase-II, RPK- sowie BTZ-Einrichtungen an. Ferner berichtet ein Drittel der Leistungsträger über Kontakt zu „Anderen“, wie etwa Schulen. Hervorzuheben ist in dieser Auswertung zudem, dass auch Leistungsträger zu 75 % Kontakte zu Betrieben angeben.

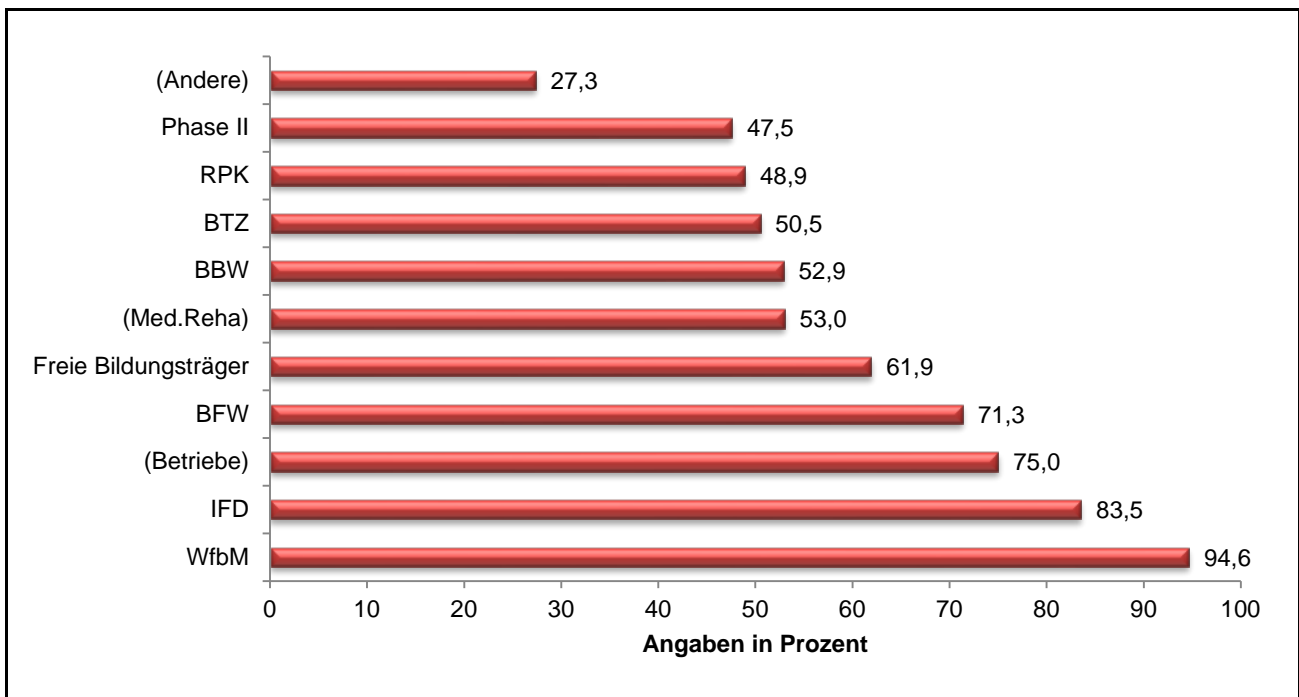


Abbildung 22: Kontakte der Leistungsträger zu -erbringern

Fachlicher Kontakt: Leistungsträger mit anderen Leistungsträgern

Unter den Leistungsträgern besteht vor allem zur BA/ARGE (95 %) und zur DRV (89 %) fachlicher Kontakt. Rund 15 % der Leistungsträger verfügen über fachliche Beziehungen zu den Rückversicherern. Die Kontakte der Leistungsträger von LTA zu anderen Trägern werden in Abbildung 23 im Überblick dargestellt.

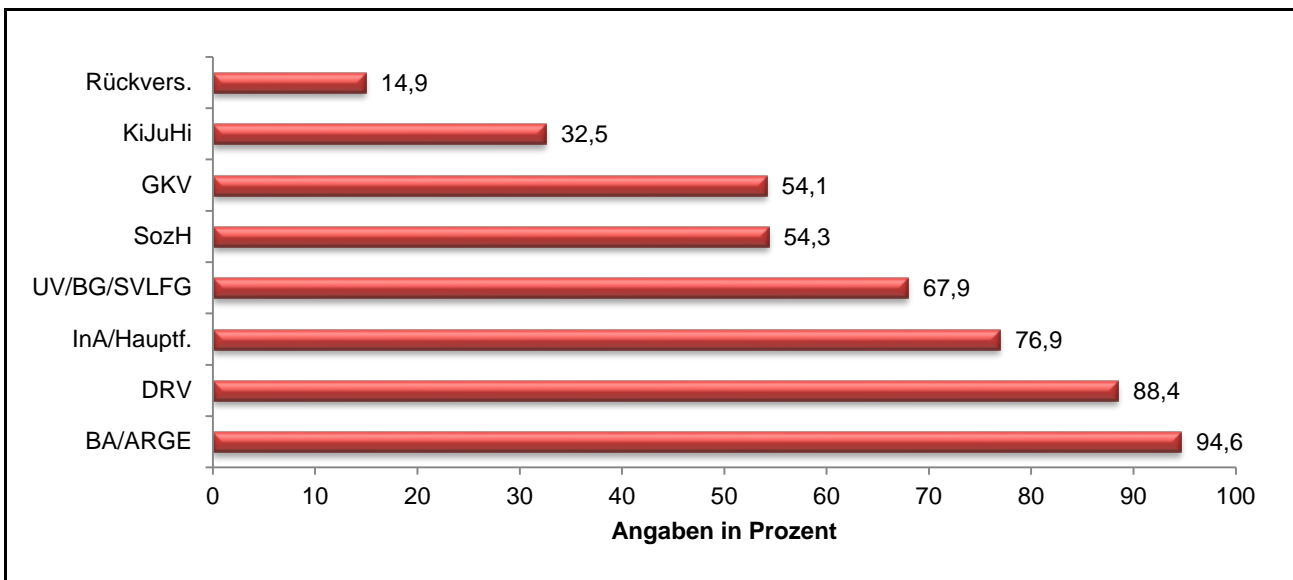


Abbildung 23: Kontakte der Leistungsträger zu anderen -trägern

Bei der Detailbetrachtung der fachlichen Kontakte von Leistungsträgern untereinander (vgl. Abbildung 24) tritt bei der BA/ARGE eine Prozentrate von 100 % auf. Das heißt, alle BA/ARGE sind zu anderen BA/ARGE vernetzt⁴⁷. Auch rund 86 % der Integrationsämter/Hauptfürsorgestellen stehen

⁴⁷Ein möglicher Erklärungsansatz können hier die Regelungen des § 6a SGB IX bilden.

im fachlichen Kontakt miteinander. Auch knapp 62 % der UV/BG/SVLFG sowie der Träger der Sozialhilfe stehen miteinander in Kontakt.

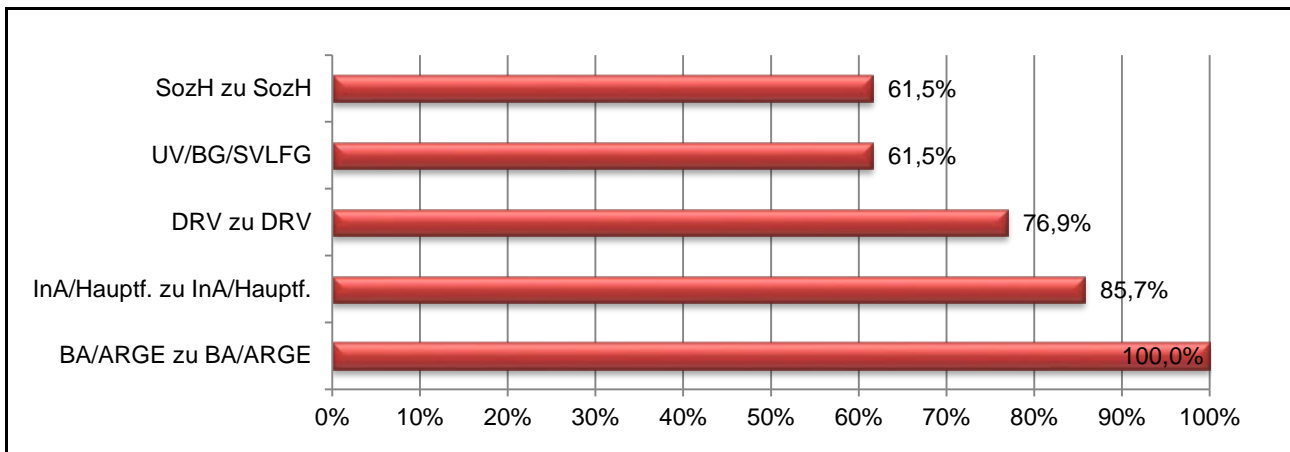


Abbildung 24: Kontakte der Leistungsträger untereinander

4.1.4.2 Fallkonferenzen

Insgesamt 73 % der Leistungserbringer und -träger führen regelmäßige interne Fallkonferenzen⁴⁸ durch. Das entspricht bei den Leistungserbringern ca. 96 %, bei den Trägern 61 %. Damit unterscheiden sich die Leistungserbringer statistisch signifikant von den Leistungsträgern hinsichtlich angesetzter interner Fallkonferenzen. In Bezug auf regelmäßige externe Fallkonferenzen haben beide Akteursgruppen ein in etwa gleiches Ergebnis. Zu 76 % führen die Leistungserbringer und zu 78 % die Leistungsträger regelmäßige externe Fallkonferenzen durch. Veranschaulicht wird dieses Ergebnis in Abbildung 25.

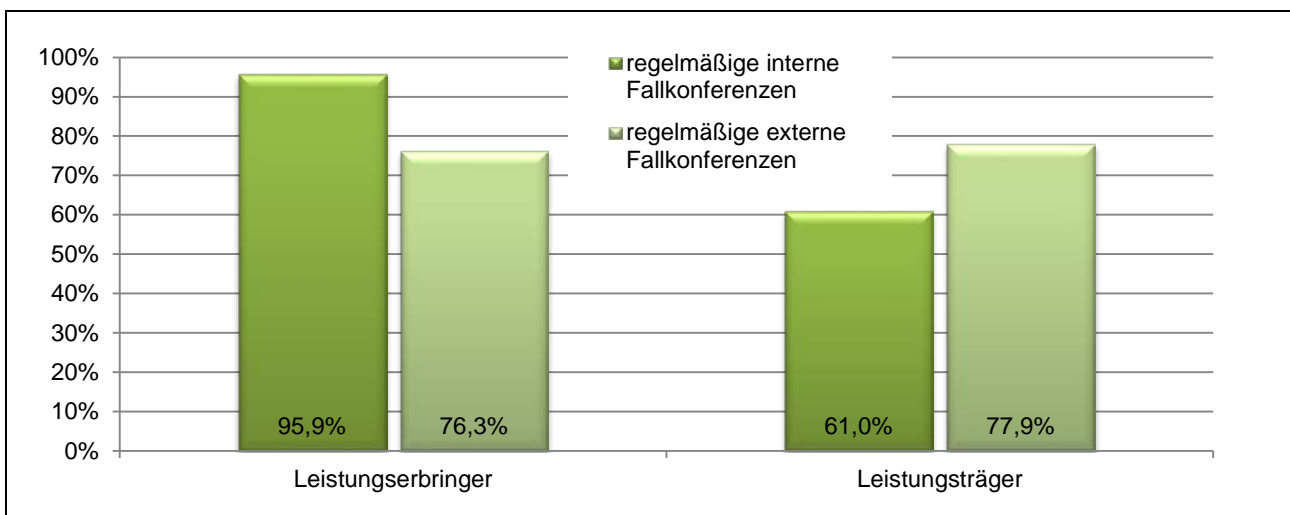


Abbildung 25: Regelmäßige interne & externe Fallkonferenzen bei Leistungserbringern und -trägern

Über alle **Leistungserbringer** hinweg findet bei 96 % der Einrichtungen ein regelmäßiger fallbezogener interner Austausch statt. Hier sind auch IFD (92 %) sowie WfbM (96 %) zu nennen, in

⁴⁸Eine Fallkonferenz ist ein Prozessschritt im Rahmen der Einzelfallbetreuung. Unter dem Begriff „Fallkonferenzen“ können hier auch Förderplan-Konferenzen, gemeinsame Fallbesprechungen oder Reha-Plan-Konferenzen verstanden werden.

denen es regelmäßige interne Fallkonferenzen gibt. Somit sind interne Fallkonferenzen bei den Leistungserbringern nahezu obligatorisch.

Bei den externen Fallkonferenzen ergeben sich deutliche Unterschiede zwischen den Einrichtungen. Demnach finden bei jeweils rund 63 % der BFW und BBW, nahezu 70 % der Phase-II-Einrichtungen sowie BTZ regelmäßige externen Fallkonferenzen statt. Mit jeweils hohen Anteilen tauschen sich RPK (85 %), IFD (82 %) und WfbM (83 %) regelmäßig in externen Fallkonferenzen aus.

Abbildung 26 weist die Anteile bezogen auf regelmäßige externe Fallkonferenzen der Leistungserbringer mit anderen Erbringern aus. Mit über 20 % werden externe Fallkonferenzen mit Betrieben durchgeführt. Nur wenige Fallkonferenzen erfolgen mit Phase-II- und BTZ-Einrichtungen. Die Gruppe „Andere“ bezieht sich auf Angaben beispielsweise aus Kliniken, Schulen oder Konsiliarärzten und umfasst rund 11 %. Über 50 % der Leistungserbringer führen mit DRV sowie BA/ARGE externe Fallkonferenzen durch. Rund 25 % der Erbringer tauschen sich regelmäßig mit UV/BG/SVLFG im Rahmen von externen Fallkonferenzen aus (vgl. Abbildung 27), möglicherweise ein Kennzeichen des zunehmenden Reha-Managements der UV.

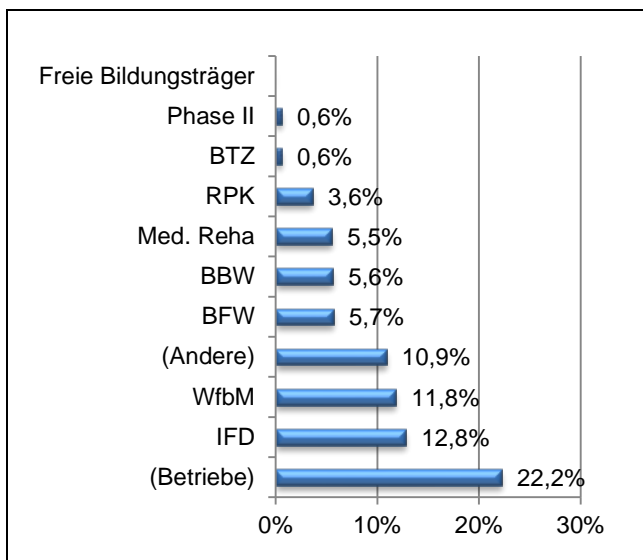


Abbildung 26: Regelmäßige externe Fallkonferenzen der Leistungserbringer mit anderen -erbringern

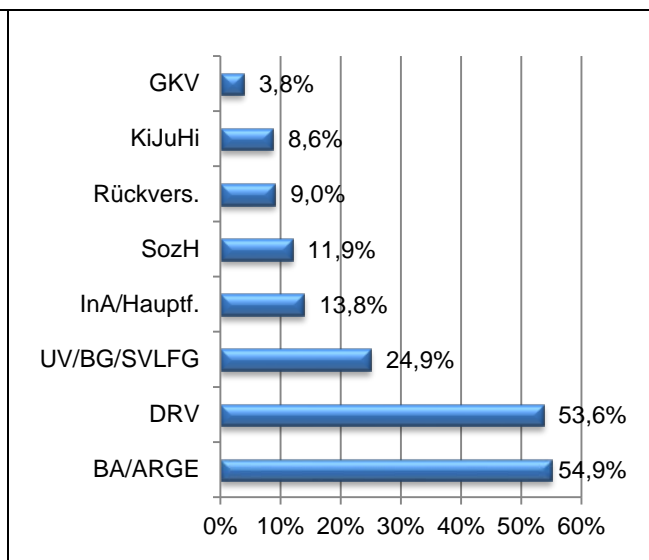


Abbildung 27: Regelmäßige externe Fallkonferenzen der Leistungserbringer mit -trägern

Innerhalb der befragten **Leistungsträger** differieren die Aussagen bezogen auf regelmäßige interne Fallkonferenzen geringfügig. Bei den Integrationsämtern/Hauptfürsorgestellen (57 %), BA (67 %) UV/BG/SVLFG (58 %) sowie DRV (57 %) finden regelmäßig interne Fallkonferenzen statt. Lediglich bei der Sozialhilfe beträgt der Anteil 38 %.

Mehr als dreiviertel der jeweiligen Träger führen regelmäßig stattfindende externe Fallkonferenzen durch: Sozialhilfe (100 %), BA (75 %), UV/BG/SVLFG (93 %) sowie DRV (77 %). Mit rund 43 % weichen die Integrationsämter/Hauptfürsorgestellen von diesem Ergebnis ab.

Werden die Leistungsträger in ihrer Kommunikation untereinander betrachtet, zeigt sich, dass diese überwiegend Kontakt zu BA/ARGE (44 %), hinsichtlich regelmäßiger externer Fallkonferenzen, haben (vgl. Abbildung 28). Etwa ein Viertel der Träger geben externe Fallkonferenzen mit DRV (26 %) an. Keiner der befragten Leistungsträger verweist auf regelmäßige Fallkonferenzen zu

Rückversicherern. In Abbildung 29 werden externe Fallkonferenzen der Leistungsträger mit Leistungserbringern dargestellt. In dieser zeigt sich, dass rund 55 % der Leistungsträger fallbezogene Konferenzen mit Einrichtungen der WfbM durchführen. Weitere ca. 40 % mit BFW und IFD.

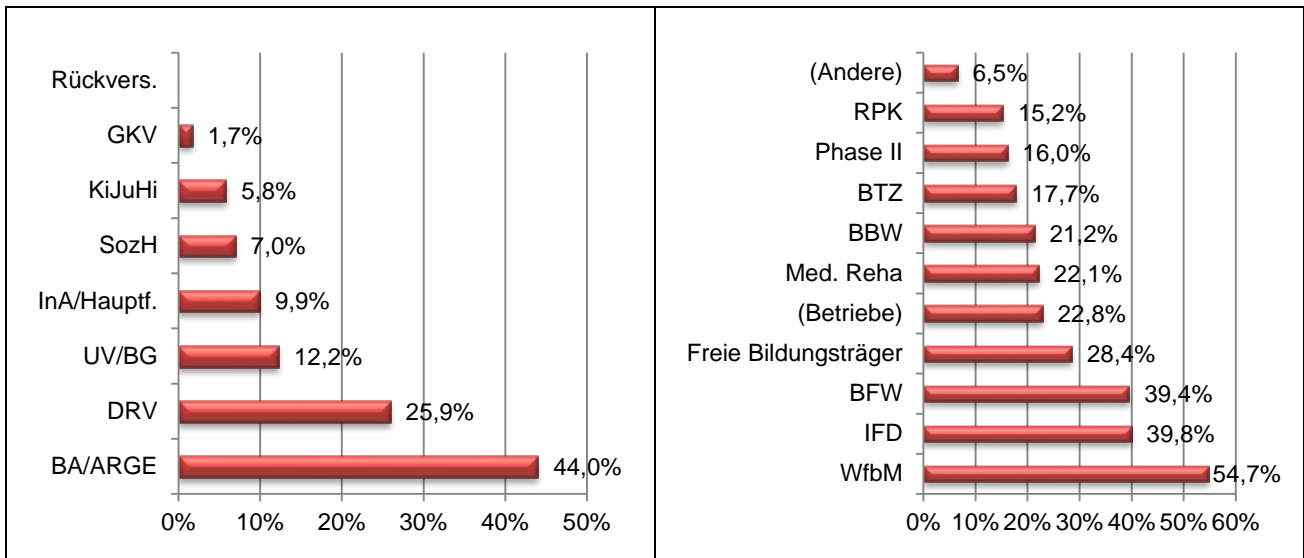


Abbildung 28: Regelmäßige externe Fallkonferenzen der Leistungsträger mit anderen -trägern

Abbildung 29: Regelmäßige externe Fallkonferenzen der Leistungsträger mit -erbringern

4.1.5 Stellenwert von Neigungen und Fähigkeiten von Leistungsberechtigten bei der Bedarfsermittlung

Die Frage, ob Neigungen und Fähigkeiten der Leistungsberechtigten eine ausreichend große Rolle bei der Bedarfsermittlung spielen, beantworten insgesamt 96 % der Leistungsträger und Leistungserbringer. Damit treffen lediglich 4 % der Einrichtungen keine Aussage zur Thematik. Leistungserbringer geben zu rund 57 % die Antwort „Ja“, während ca. 41 % die Frage mit „Teils/Teils“ beantworten; 2 % verneinen dies (vgl. Abbildung 30). Leistungsträger gehen nach gewichteter Häufigkeit zu ca. 88 % davon aus, dass Neigungen und Fähigkeiten im Prozess der Bedarfsermittlung eine entsprechende Rolle spielen, während weitere ca. 12 % nur zum Teil davon ausgehen. Entsprechend ging keiner davon aus, dass dies keine Rolle spielt. Damit beurteilen Leistungsträger diesen Aspekt höher als Leistungserbringer.

Die differenzierte Betrachtung der Antworten der verschiedenen **Leistungserbringer** hinsichtlich der Einschätzung, ob Neigungen und Fähigkeiten von Leistungsberechtigten bei der Bedarfsermittlung eine ausreichend große Rolle spielen, zeigt (Abbildung 31), dass – mit Ausnahme der IFD – etwa Zweidrittel der Leistungserbringer diese ausreichend berücksichtigt sehen. Die Spannweite liegt hierbei zwischen 63 % (WfbM, BBW) und 80 % (RPK). Die IFD stimmen der Aussage hingegen deutlich seltener zu und verneinen diese als einzige Leistungserbringer in wenigen Fällen.

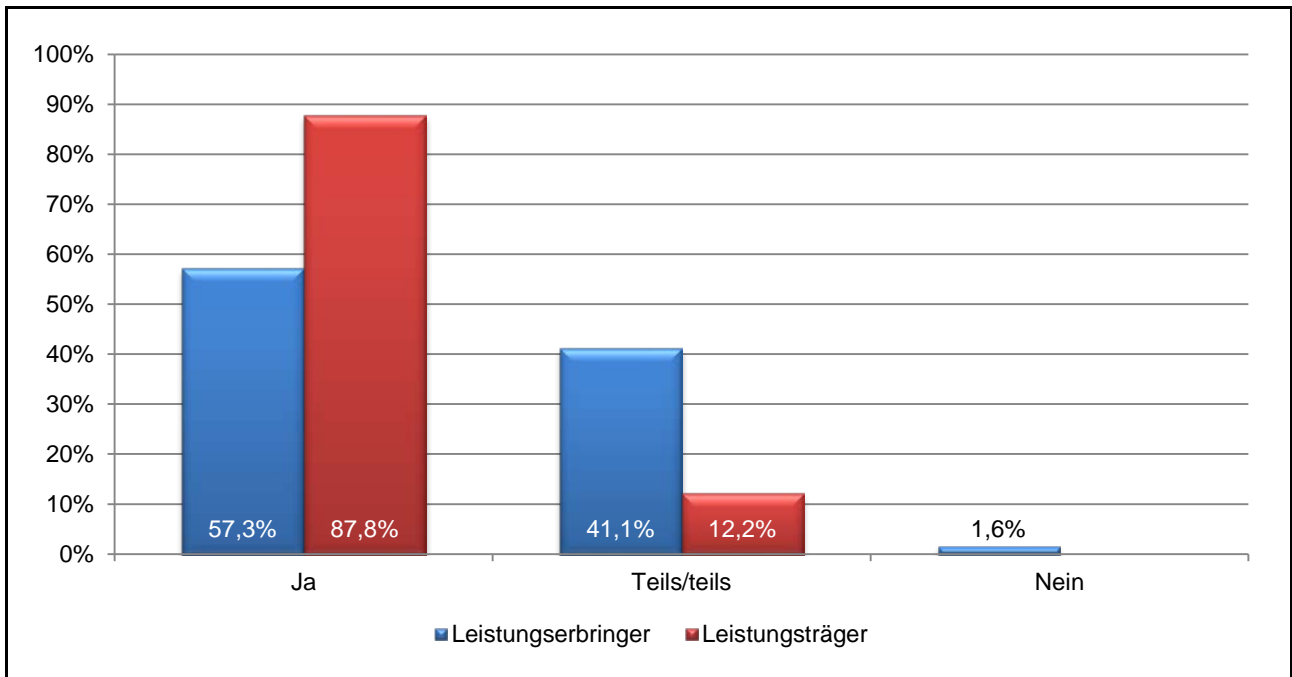


Abbildung 30: Gegenüberstellung der Einschätzungen der Leistungserbringer- und -träger zur Frage, ob Neigungen und Fähigkeiten von Leistungsberechtigten bei der Bedarfsermittlung eine ausreichend große Rolle spielen

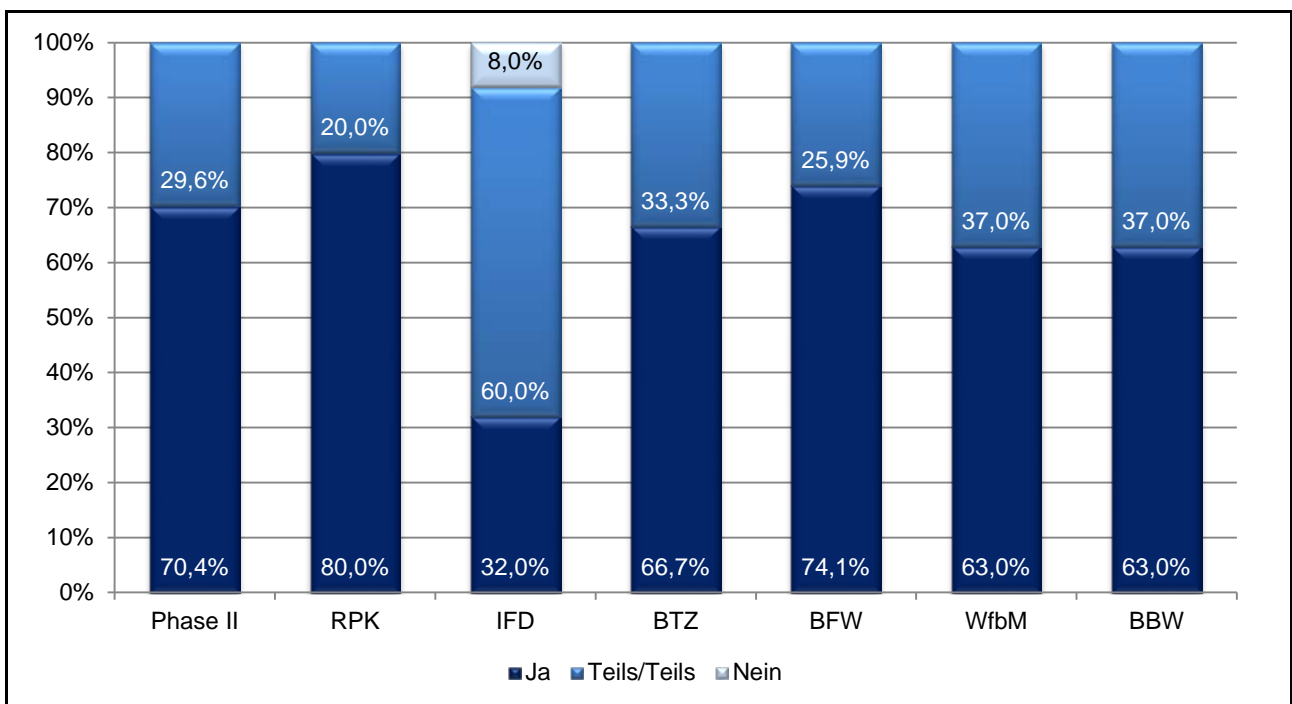


Abbildung 31: Einschätzung der Leistungserbringer zur Frage, ob Neigungen und Fähigkeiten von Leistungsberechtigten bei der Bedarfsermittlung eine ausreichend große Rolle spielen

Bei den **Leistungsträgern** sind jeweils mindestens 70 % der Befragten der Überzeugung, dass die entsprechenden Neigungen und Fähigkeiten der Leistungsberechtigten bei der Bedarfsermittlung eine ausreichend große Rolle spielen (Abbildung 32).

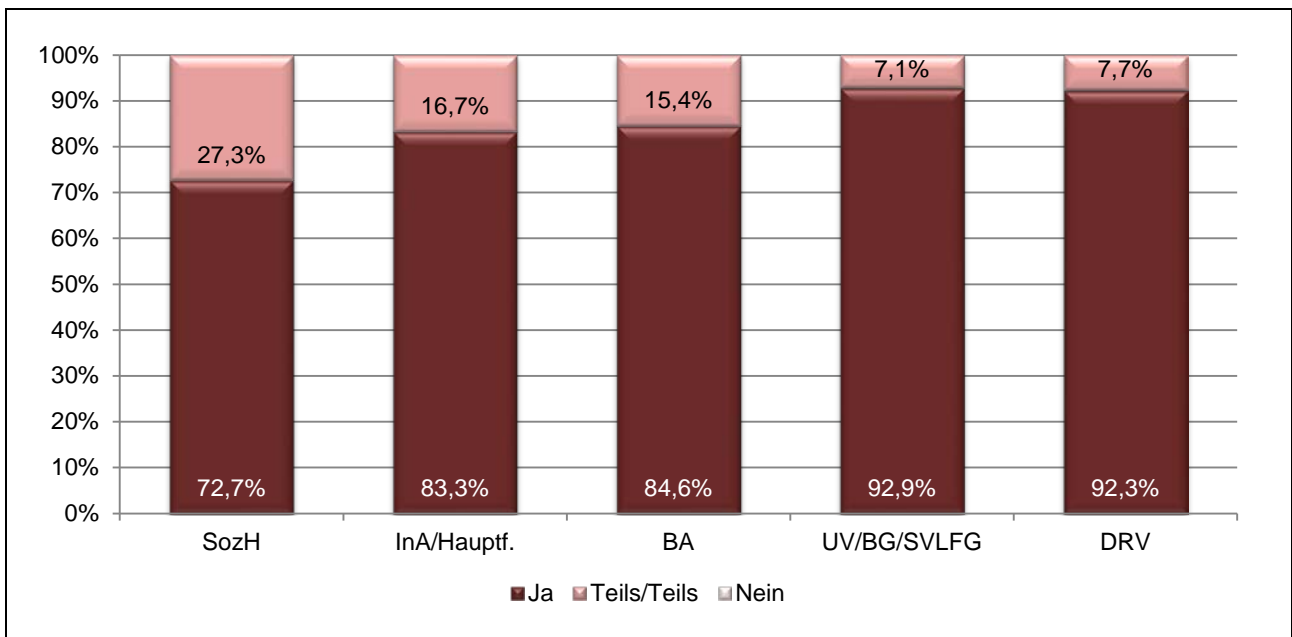


Abbildung 32: Einschätzung der Leistungsträger zur Frage, ob Neigungen und Fähigkeiten von Leistungsberechtigten bei der Bedarfsermittlung eine ausreichend große Rolle spielen

4.1.6 Bekanntheit und Nutzung der ICF

4.1.6.1 Bekanntheit der ICF

Werden Leistungsträger und Leistungserbringer insgesamt hinsichtlich des Bekanntheitsgrades der ICF gegenübergestellt, so wird deutlich, dass einer breiten Mehrheit der Leistungserbringer und -träger die ICF bekannt ist (LE: 92 %; LT: 80 %). Der Bekanntheitsgrad der ICF bei den Leistungserbringern übersteigt den bei den Leistungsträgern signifikant um 12 Prozentpunkte.

Innerhalb der Gruppe der befragten **Leistungsträger** finden sich organisationsbezogene Unterschiede: Während bei den teilnehmenden DRV-Trägern die ICF zu 100 % bekannt ist, ist dies bei zweidrittel der Agenturen für Arbeit der Fall (67 %). Die weiteren Leistungsträger bewegen sich mit ihrem jeweiligen Bekanntheitsgrad dazwischen: UV/BG/SVLFG ca. 93 %, Integrationsämter/Hauptfürsorgestellen rund 86 % und SozH ca. 79 % (vgl. Abbildung 33).

Bei differenzierter Betrachtung der **Leistungserbringer** ergibt sich, dass bei allen an der Befragung teilnehmenden BFW, BTZ, RPK und Phase-II-Einrichtungen die ICF bekannt ist. Ca. 4 % der WfbM, rund 7 % der BBW und rund 19 % der IFD ist die ICF dagegen nicht bekannt (vgl. Abbildung 34).

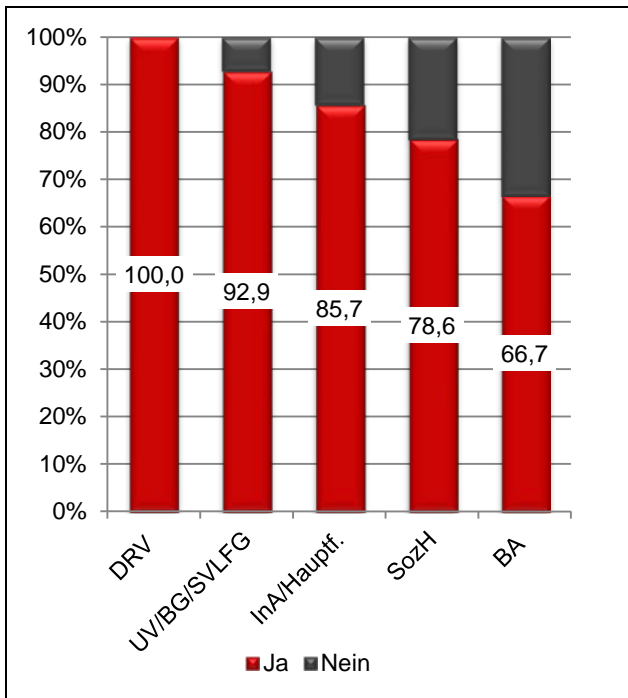


Abbildung 33: Bekanntheit der ICF – differenziert nach Leistungsträgern

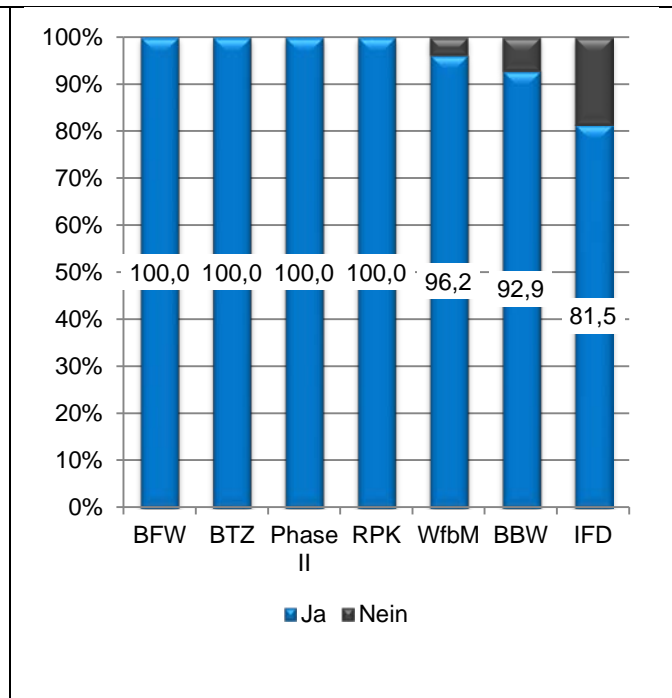


Abbildung 34: Bekanntheit der ICF – differenziert nach Leistungserbringern

4.1.6.2 Nutzung der ICF

Gegenüberstellung Leistungsträger und -erbringer

Ausgehend von denjenigen Leistungsträgern bzw. -erbringern, denen die ICF bekannt ist, wurde der Grad der Nutzung der ICF mittels drei konsekutiver Kategorien bei den Akteuren erfragt, die folgenden Nutzungsumfang abzubilden hatten:

- „ICF ist bekannt“: der Grad der Auseinandersetzung beschränkt sich auf die Kenntnis der ICF,
- „mit ICF auseinandergesetzt“: es wurde sich mit der ICF eingehender befasst
- „ICF wird im Arbeitsalltag genutzt“: die ICF wird in der Praxis verwendet, wobei hier zunächst der Umfang unerheblich ist.

Nach den vorliegenden Antworten beschränkt sich bei 62 % der Leistungsträger und bei 38 % der Leistungserbringer der Nutzungsgrad der ICF (allein) auf deren Bekanntheit (Abbildung 35). Weiterhin haben sich 30 % der Leistungserbringer und 17 % der Leistungsträger mit der ICF auseinandergesetzt. Eine Nutzung der ICF im Arbeitsalltag erfolgt bei 21 % der Leistungsträger und 32 % der Leistungserbringer. Somit findet sich eine eingehendere Befassung mit der ICF häufiger bei den Leistungserbringern.

Von denjenigen, die angeben die ICF im Arbeitsalltag zu nutzen tun dies 73 % der Leistungsträger und 54 % der Leistungserbringer ausschließlich auf Ebene des bio-psycho-sozialen Modells. Entsprechend verwenden 27 % der Leistungsträger und 46 % der Leistungserbringer auch die Ebene

der Einzelitems bzw. der Codes⁴⁹. Dies entspricht einem Anteil von 6 % an denjenigen Leistungsträgern bzw. 15 % an denjenigen Leistungserbringern, welche angegeben haben, dass ihnen die ICF bekannt ist. Eine Gemeinsamkeit, die sich aus dem vorliegenden Datenmaterial für Leistungserbringer und -träger destillieren lässt, ist vor allem der derzeitige Einsatz der ICF bei der Bedarfsermittlung.

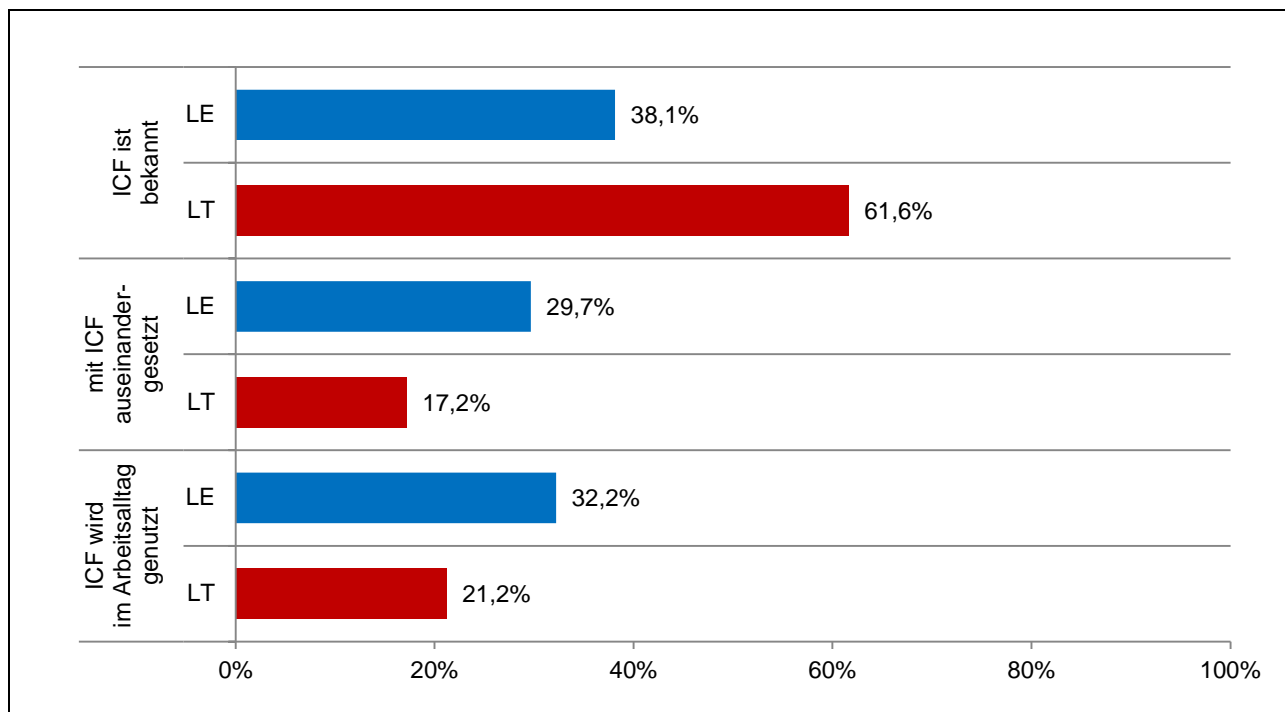


Abbildung 35: Vergleich des Nutzungsgrades der ICF bei Leistungserbringern und -trägern

Tabelle 9: Zusammenfassung des Kontextes der ICF-Nutzung im Arbeitsalltag

Die ICF wird in unserem Arbeitsalltag in der folgenden Art und Weise genutzt/angewendet	
Leistungserbringer	Leistungsträger
Bedarfsermittlung	Bedarfsermittlung
Ganzheitliche Betrachtung	Berücksichtigung von Kontextfaktoren
Fallgespräche	Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung
Prozesssteuerung/Prozessprofilung	Entwicklung von Klinikkonzepten
Profilung	In den Fachdiensten
Rehabilitationsplanung	
Behandlung/Beratung	
Berichtswesen	
Kommunikation	
Arbeitsgrundlage	
Beantragung von Leistungen	
Begrifflichkeiten	
Erprobungsphase	

⁴⁹ Zur Struktur der ICF siehe Kapitel 1.3.

Die Erbringereinrichtungen, die die ICF im Arbeitsalltag nutzen, erläutern dazu, dass das Klassifikationssystem ihnen als Arbeitsgrundlage, in Fallgesprächen, zur Prozesssteuerung/Prozessprofiling, zum Profiling, zur Rehabilitationsplanung, zur Behandlung/Beratung, im Berichtswesen, zur Kommunikation, bei der ganzheitlichen Betrachtung, bei der Beantragung von Leistungen und/oder mit Hilfe der Begrifflichkeiten im Arbeitsalltag dienlich ist (Tabelle 9). Weitere Leistungserbringer führen an, dass sich die ICF innerhalb der Organisation in der Erprobungsphase befindet.

Leistungsträger teilen hingegen mit, dass die ICF in der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung, in der Entwicklung von Klinikkonzepten, in deren Fachdiensten und/oder in der Berücksichtigung der Kontextfaktoren bei Leistungswahlentscheidungen Anwendung findet.

Leistungserbringer

Werden ausgehend von vorstehender globaler Darstellung des Nutzungsgrades der ICF die einzelnen Einrichtungstypen von Leistungserbringern eingehender betrachtet, ergibt sich ein deutlich heterogenes Bild (Abbildung 36). Hinsichtlich der Nutzung der ICF im Arbeitsalltag heben sich mit rund 82 % die RPK- sowie mit 70 % die Phase-II-Einrichtungen hervor. Von den BFW und BTZ geben zudem mehr als die Hälfte der Einrichtungen an (rund 56 %), mit der ICF zu arbeiten. Bei den BBW (50 %) sowie WfbM Einrichtungen (40 %) wurde sich mit der ICF auseinandergesetzt. Hingegen hat eine Einbettung in den Arbeitsalltag nur bei 24 % der WfbM sowie 23 % der BBW stattgefunden. Noch geringer ist die Anzahl bei den IFD: Hier sind es nur rund 14 %, die die ICF auch anwenden. Ferner haben die IFD mit rund 73 % den größten Anteil an Nennungen, bei denen die ICF bekannt ist, aber keine weitere Auseinandersetzung stattgefunden hat. Bei allen weiteren Leistungserbringereinrichtungen bewegt sich dieser Anteil zwischen 0 % bei den RPK und 36 % bei den WfbM. Eine Prüfung auf Unterschiede zwischen den Leistungserbringern hinsichtlich des ICF Kenntnisstandes zeigt ein statistisch hoch signifikantes Ergebnis. Für die IFD lässt sich ferner ein signifikant geringerer Grad der ICF-Nutzung feststellen.

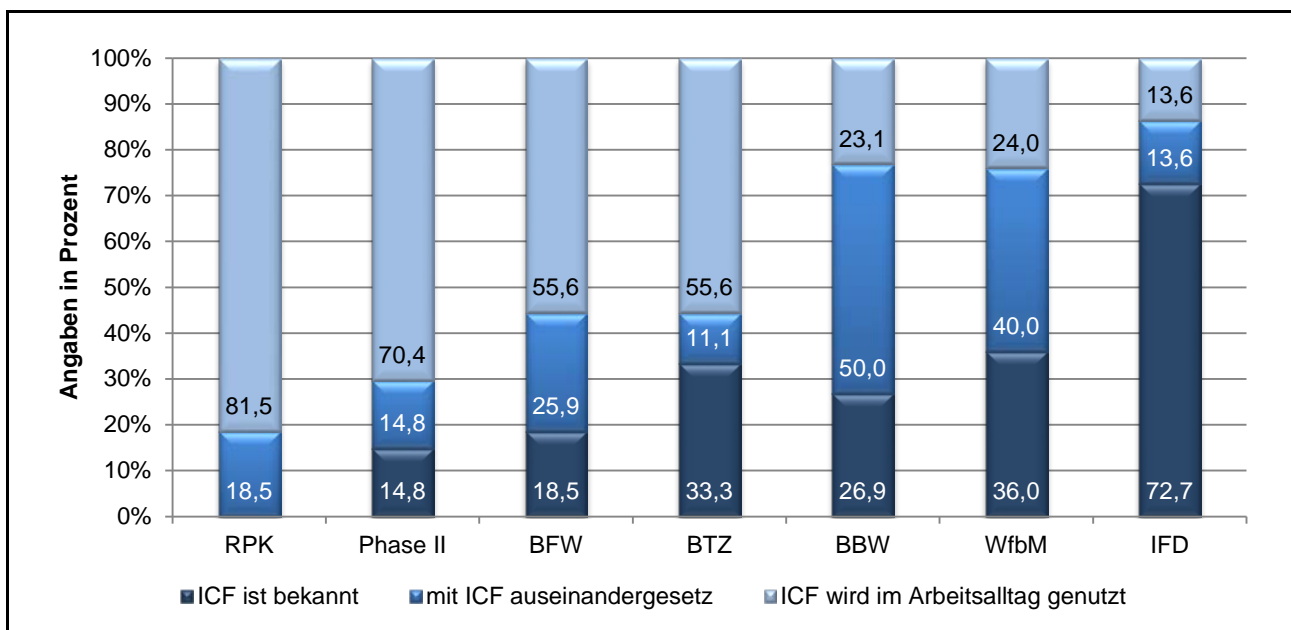


Abbildung 36: Kenntnisstand in Bezug auf die ICF – differenziert nach Leistungserbringern

Bei denjenigen Leistungserbringern, die die ICF im Arbeitsalltag nutzen, überwiegt bei fast allen Einrichtungen die Nutzungsebene des bio-psycho-sozialen Modells (vgl. Abbildung 37). Bis auf die BBW (ca. 33 %) wird es in 50-80 % der Fälle angewendet. Demgegenüber geben BBW am häufigsten auch eine Nutzung der ICF auf Item-Ebene an (67 %), was bei den BTZ mit 20 % der Einrichtungen am seltensten der Fall ist.

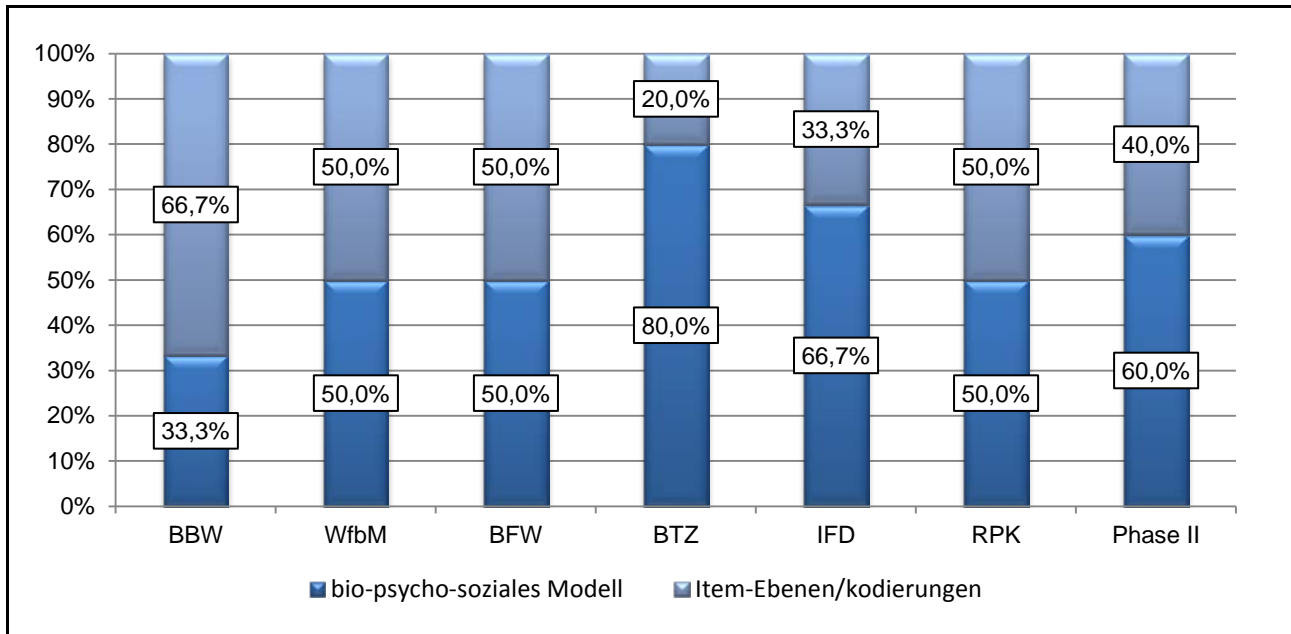


Abbildung 37: Art der ICF-Nutzung innerhalb der Leistungserbringer

Leistungsträger

Auch die organisationsspezifische Betrachtung des Nutzungsgrades der ICF bei den Leistungsträgern ergibt ein heterogenes Bild (vgl. Abbildung 38). Laut vorliegenden Rückmeldungen wird von der BA⁵⁰ und den Integrationsämtern/Hauptfürsorgestellen die ICF nicht im Arbeitsalltag angewendet. Hingegen nutzt die DRV die ICF bereits in der Hälfte ihrer Einrichtungen, eine Rate vergleichbar mit den Leistungserbringern. Die SozH⁵¹, deren ungewichtete Fallzahl jedoch sehr gering ist, hat bei rund 38 % der Antwortenden sowie die UV/BG/SVLFG bei 25 % die ICF gleichfalls in ihre tägliche Arbeit integriert. Zusammenfassend besitzt die ICF bei den Leistungsträgern zwar einen hohen Bekanntheitsgrad (zwischen 60 % und 88 %), aber eine Auseinandersetzung oder Nutzung im Arbeitsalltag findet derzeit scheinbar überwiegend nicht statt.⁵²

Bei denjenigen Leistungsträgern, die angeben, die ICF im Arbeitsalltag zu nutzen, geschieht dies bei der UV/BG/SVLFG und der SozH ausschließlich auf Ebene des bio-psycho-sozialen Modells. Gleiches gilt für zwei Drittel der hierzu antwortenden DRV (67 %). Die verbleibenden 33 % der DRV geben zudem auch eine Nutzung der ICF auf Item-Ebene an.

⁵⁰ Problematik der überlagerten Fallzahlen, vgl. Kapitel 7

⁵¹ Problematik der verzerrten Fallzahlen, vgl. Kapitel 7

⁵² Die dargestellten interorganisationalen Unterschiede zum Grad der ICF-Nutzung sind signifikant. Die Rangreihung der Leistungsträger entspricht der der Anteilsgrößen der ICF-Nutzung im Arbeitsalltag.

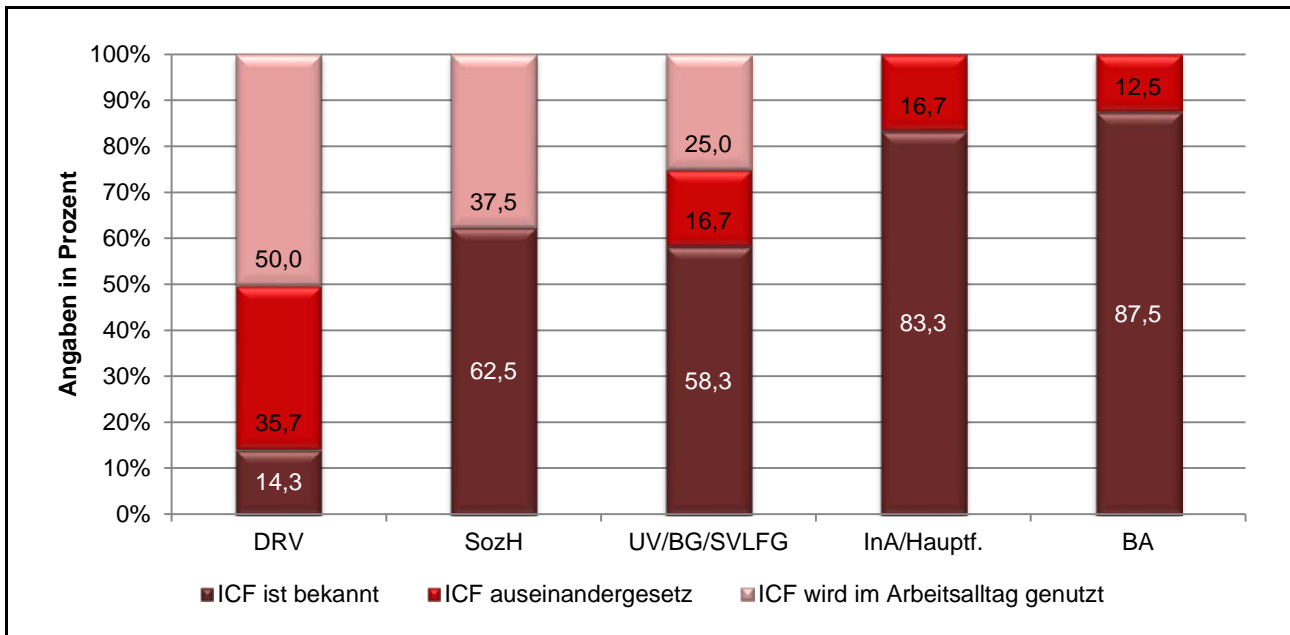


Abbildung 38: Kenntnisstand in Bezug auf die ICF - differenziert nach Leistungsträgern

4.1.6.3 ICF-Projekte zur Bedarfsermittlung in der beruflichen Rehabilitation

Insgesamt 71 Befragte (64 LE und 7 LT) haben detaillierte Angaben zu Entwicklungen bzgl. einer ICF-basierten Bedarfsermittlung gemacht^{53,54}, in Einzelfällen auch Mehrfachangaben. Die Antworten bezogen sich ganz überwiegend auf ICF-Projekte und Anwendungen in der beruflichen Rehabilitation, die von ICF-Items bzw. Listen zur Kodierung Gebrauch machen. Eine ICF-Nutzung auf Basis des bio-psycho-sozialen Modells der WHO spielte dagegen bei den Antworten nahezu keine Rolle.

Einige wenige Angaben bezogen sich auf ICF-Nutzungen außerhalb der beruflichen Rehabilitation (medizinische Sektor sowie ICF-CY für Kinder und Jugendliche); diese Daten bleiben im Folgenden unberücksichtigt.

Die Nennungen der Befragten bezogen sich im Wesentlichen auf eine überschaubare Anzahl von Eigenentwicklungen zur Nutzung der ICF, die in den vergangenen Jahren – ohne öffentliche Förderung – von Rehabilitationseinrichtungen bzw. Trägern in Deutschland eigenständig initiiert und vorangetrieben wurden. Diese werden im Folgenden ausführlich dargestellt.

Zu ICF-Entwicklungen in der beruflichen Rehabilitation außerhalb Deutschlands gab es insgesamt nur sehr wenige Angaben. Sie bilden derzeit offenbar keine nennenswerte Referenz, wenn es um fachliche Orientierung geht (Schliehe/Ewert 2013).

⁵³ Fragestellung (F27 LT, F31 LE): „Sind Ihnen Entwicklungen bzgl. einer ICF-basierten Bedarfsermittlung in Ihrem bzw. anderen Bereichen bekannt? Wenn ja, nennen Sie, wenn möglich, bitte Projektnamen, Institution und ggf. Kontaktpersonen. (Stichworte: bio-psycho-soziales Modell, Item-Ebene/ICF-Kurzliste)“

⁵⁴ Dabei können Verfahren/Instrumente die ICF-Komponenten von Gesundheit (Körperfunktionen, Körperstrukturen, Aktivitäten und Partizipation (Teilhabe) sowie Umweltfaktoren und personbezogenen Faktoren) inhaltlich abdecken oder auf die Kodierungen der ICF zurückgreifen.

Die Rückmeldungen wurden, wenn eine strukturelle Ähnlichkeit vorlag, in entsprechenden Clustern zusammengefasst und der jeweiligen Phase im Rehabilitationsprozess zugeordnet. Diese Zuordnung war naheliegend, da die von den Befragten genannten Verfahren und Instrumente ganz überwiegend nicht phasen- und/oder akteursübergreifend eingesetzt werden, sondern jeweils einen sehr spezifischen Anwendungskontext aufweisen.

ICF-basierte Verfahren und Instrumente, die eine übergreifende, universelle Bedeutung in der beruflichen Rehabilitation haben bzw. potentiell haben könnten, sind bei den befragten Reha-Fachkräften wie auch in der wissenschaftlichen Fachwelt (Schliehe/Ewert 2013) derzeit nicht bekannt⁵⁵. Tabelle 10 gibt einen Überblick über Angaben der Befragten zu ICF-Entwicklungen in der beruflichen Rehabilitation, die – zumindest partiell – auch Eingang in die Fachpraxis gefunden haben.

Tabelle 10: Übersicht zu den Nennungen von ICF-basierten Verfahren und Instrumenten in der beruflichen Rehabilitation

Stichprobe	LE	LT
gültige Angaben zu ICF-Nutzungen machten	64	7
Summe Einzelangaben zu ICF-Nutzungen (einschl. Mehrfachangaben, ohne Kinder/Jugendl.)	74	7
davon Einzelangaben zu Item-basierten ICF-Nutzungen	67	5
Verteilung der Einzelangaben (absolut)		
Initial-Phase (Eingliederungshilfe, Hilfeplanverfahren)	9	3
Individuelle Hilfeplanung (IHP), Integrierter Teilhabeplan (ITP)	6	
Integrierter Behandlungs- und Rehabilitationsplan (IBRP); Psychosoziale Arbeitsgemeinschaften (PSAG)	2	
med.-berufl. Rehabilitation	1	3
Durchführungsphase (Werkstätten für behinderte Menschen)	19	2
Modularisierte ICF-basierte Teilhabeplanung (MIT) Bad Segeberg	4	
Teilhabe-Management-System(TMS), Teilhabe-Gestaltungs-System (TGS) u.ä. (Prof. Grampp)	7	
Projekt „Funktionale Gesundheit“ LAG WfbM Baden-Württemberg (Prof. Oberholzer)	5	1
lokale Eigenentwicklungen	3	1
Durchführungsphase (andere Leistungserbringer)	38	2
ICF-Kurzlisten BBW (insb. Leistungsplanung und -steuerung bei Einrichtungen der Josefs-Gesellschaft)	19	1
ICF-Screening Manual (BAG BTZ)	7	
ICF-Kurzliste (BAG RPK)	11	
Reha-Assessment (ARGE BFW)	1	1
sonstige ⁵⁶	8	0

⁵⁵ Die phasen- bzw. trägerübergreifend bedeutsamen Verfahren wie HAMET oder MELBA (siehe Kap.4.1.3) orientieren sich nicht an den Ordnungsmerkmalen der ICF-Klassifikation; die Firma Miro GmbH, die MELBA vertreibt, hat 2012 in einem Positionspapier eine erste Zuordnung von MELBA-Merkmalen zu ICF-Kodes vorgeschlagen.

⁵⁶ Mini-ICF, Rehab-Cycle, WHO-Kurzliste, MELBA-ICF, europäisches Kooperationsprojekt

Während ICF-basierte Hilfeplanverfahren⁵⁷ in der sozial-psychiatrischen Versorgung und in der Eingliederungshilfe in einigen Bundesländern vereinzelt genutzt werden, spielen nach den vorliegenden Rückmeldungen ICF-basierte Verfahren und Instrumente bei anderen Leistungsträgern wie BA, DRV und BG nahezu keine Rolle, was „fehlende“ Angaben in diesem Bereich erklärt. Dies heißt umgekehrt jedoch nicht, dass das bio-psycho-soziale-Konzept der WHO, das der ICF zugrundeliegt, nicht heute schon Eingang in die Arbeit der Fachkräfte bei Leistungsträgern außerhalb der Eingliederungshilfe gefunden hätte, sondern bezeichnet die Tatsache, dass ICF-Projekte und ICF-Praxis aus Sicht der Befragten weitgehend mit der Nutzung von Items bzw. Listen gleichgesetzt wird.

Da sich die empirisch erhobenen Daten zu ICF-Nutzung in der beruflichen Rehabilitation (strukturierende Übersicht siehe Abbildung 39) inhaltlich mit den Angaben in der aktuellen Bestandsaufnahme von Schliehe/Ewert (2013) decken, kann davon ausgegangen werden, dass es – bis auf vereinzelte lokale Insellösungen – keine weiteren Verfahren und Instrumente gibt, die derzeit in Deutschland zum Einsatz kommen. Zum anderen deuten die Ergebnisse darauf hin, dass einige der von Schliehe/Ewert im Rahmen ihrer aktuellen Bestandsaufnahme identifizierten Verfahren und Instrumente in der Praxis der beruflichen Rehabilitation keine größere Verbreitung gefunden haben⁵⁸.

Nutzung im Bereich der Werkstätten für behinderte Menschen

Die ICF-Nutzung im Bereich der Wohn- und Werkstätten für behinderte Menschen hat die Gestaltung umfassender Teilhabe in allen Lebensbereichen zum Ziel. Da Menschen mit Behinderung, die in Werkstätten tätig sind, in aller Regel solche Einrichtungen dauerhaft nutzen, bildet eine Erhöhung der Lebensqualität im Kontext der Einrichtungen den Ausgangspunkt für die Anwendung verbesserter Verfahren und Instrumente zur Bedarfsermittlung.

Bei Nutzung der ICF geht es den an ICF-Projekten beteiligten Werkstätten sowohl um eine Bestandsaufnahme der Lebenssituation einschließlich der subjektiven Perspektive der Menschen mit Behinderung wie auch um eine verbesserte, barrierefreie Kommunikation zwischen Leistungsberechtigten und Fachkräften im Rahmen der Hilfeplanung. Handlungs- und Interventionsfelder orientieren sich an den Lebensbereichen sowie der Struktur in den Einrichtungen: Berufsbildung, Arbeit, Wohnen, Freizeit, Tagesförderstätte usw. Der individuell zu erstellende Teilhabeplan bildet die Grundlage einer Zielvereinbarung und bietet darüber hinaus die Möglichkeit einer transparenten Ressourcenplanung für den jeweiligen Werkstattträger.

⁵⁷ Der Systematik des IBRP liegt das bio-psycho-soziale Modell zugrunde; er arbeitet mit einer Vielzahl von Einzelmerkmalen, die ähnlich wie ICF-Items kodiert werden. Dem IHP 3 liegt ebenfalls das bio-psycho-soziale Modell zugrunde; er arbeitet jedoch ohne Kodierung im Wesentlichen qualitativ. Demgegenüber beinhaltet die Nutzung des ITP Hessen eine Vielzahl von Items, die gem. ICF kodiert werden.

⁵⁸ Z. B. Mini-ICF, MOSES

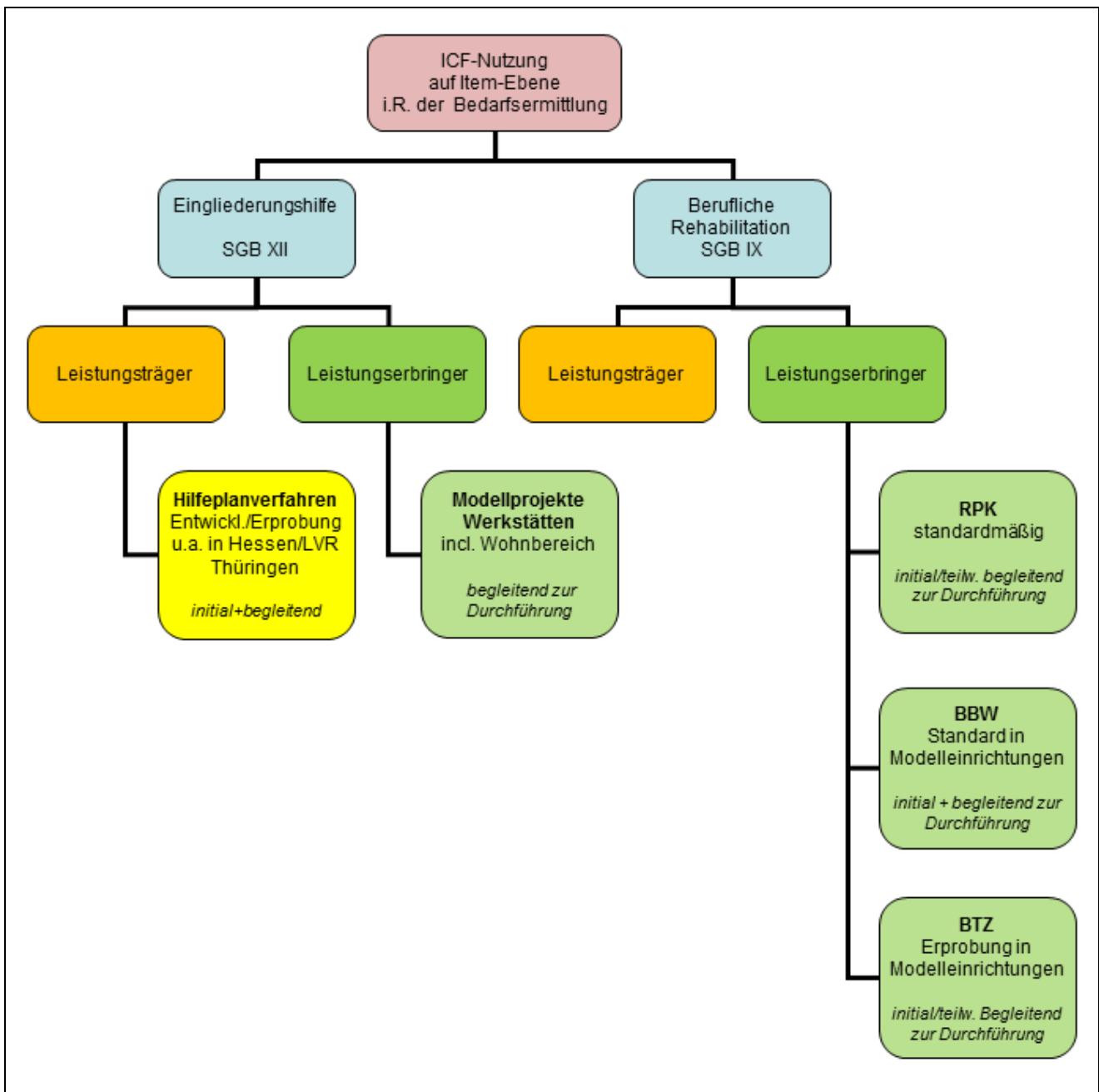


Abbildung 39: Baumdiagramm zur ICF-Nutzung auf Itemebene

Alle ICF-Entwicklungen im Werkstattbereich sehen neben Beobachtungen und Einschätzungen durch die professionellen Fachkräfte auch Instrumente zur Selbsteinschätzung vor. Zu letzterem zählt oftmals auch ein entsprechend barrierefreier Zugang in einfacher Sprache.

Ein Projekt in diesem Bereich, das bundesweit Aufmerksamkeit erlangte, war die 2009 bei den Segeberger Wohn- und Werkstätten eingeführte modularisierte ICF-basierte Teilhabepanung (MIT) (Schmidt/Möller/von Raison 2010). Parallel gab es bei der Werkstatt Bremen (u. a. Martins-hof) Überlegungen zur Integrationsförderung unter Nutzung der ICF. Bei diesem Ansatz (Profilba-sierte Rehabilitation durch Organisation der Fördermaßnahmen auf ICF-Basis - PROFIL) sollte ein individualisierter Profilvergleich zwischen dem Kompetenzprofil einer Person und dem Anforderungsprofil einer Arbeitsstelle ermöglicht werden. Dieser Ansatz ist jedoch im weiteren Verlauf nicht weiter verfolgt worden.

Seitdem folgten zur Nutzung durch Werkstätten weitere praxisorientierte Ansätze wie das Teilhabe-Gestaltungs-System (TGS) und das Teilhabe-Management-System (TMS), welche konzeptionell vor allem die Ideen von Prof. Grampp (Grampp/Jackstell/Wöbke 2013) aufgegriffen haben und jeweils eine spezifische Anzahl unterschiedlicher ICF-Items nutzen. Die Auswahl der Items, die Kodierungsregeln sowie die Ratings (Bewertungsansätze) weichen jedoch voneinander ab.

Darüber hinaus führt die Landesarbeitsgemeinschaft der Werkstätten in Baden-Württemberg seit einiger Zeit unter wissenschaftlicher Begleitung von Prof. Oberholzer (Fachhochschule Nordwestschweiz, Olten) ein Modellprojekt unter dem Titel „funktionale Gesundheit“ durch. Hierbei ist keine Nutzung von Items vorgesehen. Bei diesem am sogenannten Teilhabe-Raum orientierten Modellprojekt geht es vielmehr darum, durch eine Analyse der Aktivitäten einer Person die effektive Teilhabe sowie den Teilhabebedarf partizipativ zu bestimmen und die entsprechend vorhandenen Förder- und Teilhabeangebote in einer Einrichtung entsprechend danach auszurichten. Eine Grundlage hierfür bildet nach Eigenangaben das bio-psycho-soziale Modell der WHO.

Zusammengefasst beziehen sich alle Nutzungsvarianten im Bereich der Werkstätten auf das bio-psycho-soziale Konzept der WHO, wobei Wohnen und Tagesgestaltung bei der Entwicklung und praktischen Nutzung im Vordergrund stehen. Arbeitsplatzbezogene Anforderungen der beruflichen Welt sowie die Integration in Erwerbsarbeit (Übergänge in den 1. Arbeitsmarkt) treten demgegenüber bei diesen Projekten in den Hintergrund.

In der praktischen Umsetzung und Anwendung orientieren sich die Konzepte überwiegend am „klassischen“ Zyklus des Prozessmanagements im Bereich der sozialen Arbeit (Screening, Assessment, Assignment, Intervention, Evaluation) und beinhalten bei der Implementierung vor Ort eine zumeist erhebliche Veränderung der innerbetrieblichen Organisation. Über eine kontinuierliche Einbindung der Leistungsträger ist bei diesen Modellprojekten wenig bekannt; ihre Wirkung haben die Projekte primär einrichtungsintern entfaltet. Die regelmäßig vorgesehenen Hilfeplangespräche (inkl. der Fachausschüsse auf kommunaler Ebene unter Beteiligung der Leistungsträger) bilden jedoch eine wesentliche Schnittstelle bei Fragen der individuellen Bedarfsermittlung, wenn es um die Fortschreibung des Hilfebedarfs geht.

Hilfeplanverfahren bei Sozialhilfeträgern

Die Rückmeldungen der Befragten zu ICF-gestützten Hilfeplanverfahren in der Eingliederungshilfe nach SGB XII waren sehr gering, was möglicher Weise teils durch die erschwerte Ansprache sowie den Rücklauf bei der Befragung durch Vertreter/-innen der überörtlichen Sozialhilfe erklärbar ist. Ein weiterer möglicher Erklärungsansatz könnte sein, dass eingesetzte Verfahren nicht oder nicht primär auf den Bereich der Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung beziehen und daher im Rahmen der Befragung nicht benannt wurden. Auch von Seiten weiterer, in Hilfeplanverfahren eingebundener Leistungsträger wie bspw. der BA gab es keine ergänzenden Angaben zu ICF-Entwicklungen.

Komplementär zu den überwiegend lokalen ICF-Entwicklungen auf Seiten der Leistungserbringer einiger Werkstätten für behinderte Menschen finden sich seit einigen Jahren Aktivitäten zur Nutzung ICF-orientierter Verfahren bei einzelnen Sozialhilfeträgern im Rahmen der Eingliederungshilfe bzw. Initiativen zur Entwicklung solcher Verfahren in einigen Bundesländern. Während beim

Landschaftsverband Rheinland mit dem Integrierten Hilfeplan (IHP-3) ein Instrument⁵⁹, welches das bio-psycho-soziale Modell der WHO nutzt, bereits im Einsatz ist, sind weitere Ansätze in Hessen (Integrierter Teilhabeplan (ITP) des Landeswohlfahrtsverbandes Hessen) und Thüringen (Integrierter Teilhabeplan (ITP) der Landesinitiative Thüringen⁶⁰) aktuell in Entwicklung oder Erprobung⁶¹.

Zeitlich vorausgegangen waren diesen Initiativen die ICF-basierten Entwicklungen zur übergreifenden Bedarfsermittlung bei Personen mit psychischen Beeinträchtigungen. Unter Mitwirkung des Vereins Aktion Psychisch Kranke (APK) wurde bereits 2005 im Bereich der gemeindenahen psychiatrischen Versorgung ebenfalls unter Mitwirkung von Frau Prof. Gromann ein ICF-basierter Erfassungsbogen entwickelt, der sogenannte Integrierte Behandlungs- und Rehabilitationsplan (IBRP⁶²). Der Zusatzbogen „Arbeit und Beschäftigung“ zum IBRP wird nach Praxiserfahrungen jedoch nicht routinemäßig mitverwendet. Die genannten Verfahren (IBRP, ITP, IHP) weisen inhaltlich und strukturell große Ähnlichkeiten auf.

Darüber hinaus wird derzeit beim Landschaftsverband Westfalen-Lippe (LWL) ein „ICF-gestütztes“ Verfahren zur individuellen Hilfeplanung in sechs Projektregionen erprobt: „Mit dem neuen Verfahren sollen belastbarere Daten gewonnen werden, um perspektivisch das neue Hilfeplanverfahren in allen Körperschaften des LWL umsetzen zu können.“⁶³

Einrichtungen zur Rehabilitation psychisch Kranker (RPK)

Zielsetzung von Einrichtungen zur Rehabilitation psychisch Kranker ist die nachhaltige Stabilisierung der Lebenssituation psychisch Kranker als vorbereitender Schritte für die sich anschließende berufliche Integration und Verselbständigung. Die Einrichtungen stellen das Bindeglied zwischen (akuter) medizinisch-psychiatrischer Rehabilitation und beruflicher Rehabilitation dar und bieten beide Leistungsbereiche unter einem Dach an. In dieser Funktion arbeiten sie häufig fallbezogen mit mehreren Leistungsträgern gleichzeitig zusammen.

Vier von fünf RPK-Einrichtungen nutzen die ICF – teilweise seit mehr als 10 Jahren. Die langjährige Praxiserfahrung sowie die interne Evaluation, auch über die Bundesarbeitsgemeinschaft der RPK-Einrichtungen, fanden auch ihren Niederschlag in einer Empfehlungsvereinbarung (2005) und Handlungsempfehlung (2010) auf Ebene der BAR, die für alle stationären RPK verbindlich ist (BAR

⁵⁹ Siehe www.lvr.de/app/resources/derneueihp3.pdf

⁶⁰ in Kooperation mit der LIGA der Freien Wohlfahrtspflege Thüringen; siehe <http://www.thueringen.de/de/tmsfg/aktuell/presse/62904/uindex.html>

⁶¹ Die ITP-Verfahren und Instrumente in Hessen und Thüringen wurden mit wissenschaftlicher Beratung und Begleitung von Frau Prof. Dr. Gromann sowie dem Institut für Personenzentrierte Hilfen aus Fulda entwickelt bzw. sind aktuell in Entwicklung.

⁶² Einige Netzwerke und Arbeitskreise auf kommunaler Ebene wie bspw. die Psycho-sozialen Arbeitsgemeinschaften (PSAG) oder die Gemeinde-psychiatrischen Verbände haben sich lokal auf die Nutzung derartiger Verfahren und Instrumente verständigt. Weil es sich hierbei jedoch primär um kommunale Akteure und Zuständigkeiten handelt, welche im Rahmen der Befragungsaktion kaum adressiert waren, konnten nur sehr vereinzelt Daten zu diesem Bereich erhoben werden.

⁶³ <http://www.lwl.org/LWL/Soziales/Behindertenhilfe/teilhabe2015>

2011). Darin sind Rahmenbedingungen für die ICF-Nutzung sowie entsprechende Qualitätsstandards definiert.⁶⁴

Schwerpunkt der ICF-Nutzung in RPK-Einrichtungen bildet zunächst das Aufnahmeverfahren, innerhalb dessen eine Checkliste mit bis zu 120 ICF-Items verwendet wird. Analyse und Bewertung der Merkmale sowie Vorschläge zur individuellen Bedarfsdeckung erfolgen im interdisziplinären RPK-Team. Die Ergebnisse werden dabei in einem Gutachten zusammengefasst, welches Grundlage der anschließenden Leistungsentscheidung durch den/die Leistungsträger bildet. Das ICF-Instrumentarium findet anschließend auch prozessbegleitend während der Rehabilitationsdurchführung in den RPK-Einrichtungen Anwendung.

Berufsbildungswerke (BBW)

Junge Menschen mit Behinderung, die keinen betrieblichen Ausbildungsplatz finden (können) und auf besondere Unterstützung angewiesen sind, finden in Berufsbildungswerken Gelegenheit, eine Berufsausbildung abzuschließen bzw. sich auf eine solche vorzubereiten. Daher bildet bei der Bedarfsermittlung in einem Berufsbildungswerk das Kriterium der „Ausbildungsfähigkeit“⁶⁵ eine wesentliche Querschnittskompetenz.

Im Berufsbildungswerk Maria-Veen, einer Einrichtung der Josefs-Gesellschaft, wurden – begleitend zur Organisationsentwicklung in Richtung Case-Management – die Merkmale der Ausbildungsfähigkeit mit Hilfe von ICF-Items codiert. Diese Item-Liste mit ca. 50 Einzelitems dient seit 2008 der internen „Leistungsplanung und -steuerung“ des Reha-Prozesses wie auch – in Form eines Spinnendiagramms – zur Kommunikation mit dem Rehabilitanden sowie zur Fortschreibung individueller Zielvereinbarungen.

Zu dieser Item-Liste, zunächst entwickelt im Kontext der Berufsvorbereitung, gibt es mittlerweile eine Ausbildungsvariante, welche begleitend zur Berufsausbildung Verwendung findet.

Der Anwendungsfokus bei diesen Instrumenten liegt sowohl auf der individuellen, personenorientierten Bedarfsermittlung wie auch auf einem zielorientierten internen Prozessmanagement im multiprofessionellen Team.

Berufliche Trainingszentren (BTZ)

Schwerpunkt der Arbeit der beruflichen Trainingszentren ist die Unterstützung der Wiedereingliederung von Menschen in den allgemeinen Arbeitsmarkt, die nach einer psychischen Erkrankung persönlich soweit stabilisiert sind, dass sie schrittweise den Anforderungen der Arbeitswelt – mit professioneller Begleitung – wieder gewachsen sind. Das berufliche Training mit einer Dauer von ca. 11 Monaten wird in enger Kooperation mit verschiedensten Betrieben der freien Wirtschaft durchgeführt.

⁶⁴ Ob es sich bei den rund 20 % der RPK-Einrichtungen, die angaben, die ICF nicht zu nutzen, um ambulante Einrichtungen handelt, konnte nicht untersucht werden.

⁶⁵ Siehe Nationaler Kriterienkatalog zur Ausbildungsreife (2006); gemeinsam verabschiedet vom Deutschen Industrie- und Handelskammertag (DIHK), Zentralverband des Deutschen Handwerks (ZdH), Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände (BdA), Bundesverband der Deutschen Industrie (BDI) sowie den drei Bundesministerien für Wirtschaft und Technologie (BmWiT), für Arbeit und Soziales (Bmas) und für Bildung und Forschung (BMBF) unter Beteiligung der Bundesagentur für Arbeit (BA)

Die BAG BTZ hat über ein verbandsinternes Modellprojekt für die Abklärungsphase nach Aufnahme in einem BTZ ein ICF-Screening-Instrument in Form eines Manuals entwickelt, welches derzeit in einigen Piloteinrichtungen erprobt und optimiert wird. Für 2014 ist die flächendeckende Nutzung in allen BTZ geplant. Eine Basisliste – mit der Möglichkeit von optionalen Erweiterungen – soll künftig ca. 60 Items umfassen. Bei der Auswahl geeigneter Items standen sowohl die Erfahrungen der RPK-Einrichtungen wie auch des BBW Maria Veen Pate.

Durch das Instrument soll die „bio-psycho-soziale Landschaft“ des Rehabilitanden abgebildet werden. Über eine Priorisierung im multiprofessionellen Team sollen auf dieser Basis erreichbare Teilziele sowie ein Trainingsplan mit dem Rehabilitanden vereinbart werden. Die Ergebnisse dienen auch zur Verlaufsdokumentation und zum Berichtswesen an die Leistungsträger – hier jedoch ohne Bezug zu Items.

Insgesamt betrachtet lässt sich die praktische Nutzung der ICF unter Zuhilfenahme von Items bzw. Listen derzeit aufteilen in den Sektor der Eingliederungshilfe (mit den Schwerpunkten Wohnen, Freizeit und Beschäftigung; Rechtskreis SGB XII) und zum anderen in den Sektor von Einrichtungen zur beruflichen Rehabilitation (Ersteingliederung/Wiedereingliederung 1. Arbeitsmarkt; Rechtskreis SGB IX).

Im Sektor der Eingliederungshilfe finden wir auf Seiten der Leistungserbringer diverse Anwendungen im Bereich der Wohn- und Werkstätten für behinderte Menschen, welche am Lebenslagen-Konzept anknüpfen und zum anderen die ICF-basierten Hilfeplanverfahren einiger Sozialhilfeträger in wenigen Bundesländern, die jedoch bis heute kein allgemeinverbindlicher Standard sind.

Bei den Leistungserbringern außerhalb des Werkstattbereiches sind es vor allem drei Sektoren, innerhalb derer die ICF genutzt wird: die Berufsbildungswerke (BBW), die beruflichen Trainingszentren (BTZ) und die Einrichtungen zur Rehabilitation psychisch Kranker (RPK). Die Verbreitung der Nutzung ist bei den RPK-Einrichtungen am größten und als verbindlicher Standard etabliert, bei den BTZ-Einrichtungen ist diese nach der Modellphase im Laufe des Jahres 2014 eingeplant und bei den BBW steigt die Anzahl von Modelleinrichtungen kontinuierlich. Weitergehende, vertiefende Angaben zur ICF-Nutzung wurden von Seiten der für diese Einrichtungen zuständigen Leistungsträger (BA, DRV, UV/BG) im Rahmen der Befragung nicht gemacht.

Für alle Leistungsträger bilden die Gemeinsamen Empfehlungen der BAR, insbesondere die zur sozialmedizinischen Begutachtung (BAR 2004a), einen Orientierungsrahmen. Bei der Gesetzlichen Unfallversicherung ist zudem deren Handlungsleitfaden Reha-Management (DGUV 2010) relevant, welcher Bezüge zur ICF aufweist.

4.1.7 Zusammenfassung: aktueller Stand der Bedarfsermittlung

Der Leistungsbereich der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben ist in verschiedenster Hinsicht durch Heterogenität geprägt. Diese Heterogenität ist insbesondere bedingt durch die Vielfältigkeit

- a) der Personengruppen, deren individuelle Bedarfslagen (Teilhabebeeinträchtigungen) und deren Teilhabeziele,
- b) der möglichen Leistungsträger und Leistungserbringer sowie
- c) Art und Umfang der Leistungen und deren spezifische Zielstellungen.

Bedarfsbegriff aus Akteursperspektive

Angesichts einer bislang fehlenden einheitlichen Definition von „Bedarf“ in Bezug auf Teilhabeleistungen finden sich bei der Konzeptualisierung des Bedarfsbegriffs bei den Akteuren unterschiedliche Schwerpunktsetzungen. Seitens der Leistungserbringer werden Bedarfssituationen insbesondere im Blick auf die individuelle Situation der Betroffenen, die Erfüllbarkeit der Anforderungen des Arbeitsmarktes als Kontext und der Frage nach Hilfen zur Verbesserung der Passungsfähigkeit von individuellen Möglichkeiten und äußeren Anforderungen beschrieben. Für Leistungsträger bildet sich Bedarf neben dem Aspekt der Erfüllbarkeit der Anforderungen des Arbeitsmarktes als Kontext insbesondere durch die Perspektive sozialrechtlich formulierter Anforderungen an LTA sowie ebenso über die Frage nach geeigneten Leistungen zur Verbesserung der Passungsfähigkeit von individuellen Möglichkeiten und äußeren (arbeitsweltlichen) Anforderungen ab. Aber auch klassische Übergangssituationen (klassisch: Schule-Beruf) sind hier von Relevanz, da diese teils zu einem regelhaften Einbezug von Leistungsträgern führen, aus denen sich Initiativen zur Bedarfsermittlung ergeben.

Zugangswege und Träger der Leistungen

Die eingangs dargestellte Heterogenität bei Leistungen zur Teilhabe (u. a. Zielgruppen, Akteure) wird bei der differenzierten Betrachtung des Zuweisungsgeschehens von Leistungsträgern und der Leistungsträgerschaften bei Leistungserbringern deutlich. Hierbei spielen auch die jeweiligen leistungsrechtlichen Zuständigkeiten sicherlich eine wesentliche Rolle (siehe auch Kapitel 5).

Die Deutsche Rentenversicherung weist Leistungsberechtigte insbesondere den RPK, den Phase-II-Einrichtungen und den BTZ, aber auch den BFW zu. Für die BFW spielen Leistungen im Auftrag der DRV eine besonders große Rolle. Seitens der Unfallversicherung sind als Leistungserbringer insbesondere Phase-II-Einrichtungen, BTZ sowie BFW von Bedeutung. Von Seiten der Integrationsämter/Hauptfürsorgestellen werden erwartungsgemäß v.a. Integrationsfachdienste sowie Werkstätten für behinderte Menschen benannt. Seitens der Sozialhilfe spielen gleichfalls erwartungsgemäß Werkstätten für behinderte Menschen eine zentrale Rolle.

Aus Leistungserbringerperspektive spielen neben den sicherlich zentralen Leistungsträgern weitere Akteure bzw. Zugangswege eine wesentliche Rolle. Sei es durch Information und Beratung (z. B. Beratungsstellen/Selbsthilfe), sei es durch spezifische Antragsunterstützung (z. B. niedergelassene Haus-/Fachärzte) oder durch Initiative für bzw. gemeinsam mit den Betroffenen (z. B. Angehörige/Gesetzliche Betreuer). Die jeweilige Bedeutung ist dabei zwischen den Leistungserbringertypen bisweilen sehr unterschiedlich. So spielen z. B. Akuteinrichtungen beim Zugang zu RPK-

Leistungen eine deutlich größere Rolle als bei BBW oder BFW und Betriebe sind für IFD und BFW deutlich wichtiger als für andere Leistungserbringer.

Verfahren und Instrumente der Bedarfsermittlung

Im Rahmen der Bedarfsermittlung werden von den Akteuren eine Vielzahl unterschiedlicher Verfahren und Instrumente eingesetzt. Aus über 1100 Einzelnennungen wurden 429 unterschiedliche Verfahren/Instrumente ermittelt, die bei Leistungsträgern und -erbringern in den verschiedenen Phasen des Rehabilitationsprozesses eingesetzt werden.

Besonders bei den Leistungsträgern kommen für das phasenübergreifende Rehabilitationsmanagement spezifische Verwaltungsverfahren zum Einsatz. Mit Ausnahme dieser administrativen Verfahren wurden die weiteren Verfahrens- und Instrumentennennungen der Leistungsträger der Initiierungsphase (Bedarfsbemessung und -feststellung) zugeordnet. Demgegenüber sind Nennungen der Leistungserbringer allen drei Reha-Prozess-Phasen (Initiierung, Durchführung, Abschluss) zuordenbar.

Die im Projektrahmen identifizierten Verfahren und Instrumente im Kontext einer Bedarfsermittlung reichen von kompakten Screenings und Standardtestverfahren (AVEM oder CFT-20/R) bis zu komplexen Verfahren wie Assessments oder speziellen Maßnahmeformen (DIA-AM). Daneben wurden zusätzlich auch spezifische Verfahren zur Planung bzw. Dokumentation wie auch Konzepte benannt. Eine Reihe von Verfahren werden bei Dritten in Auftrag gegeben (sozialmedizinische Gutachten, Arbeitserprobungen usw.).

Bei allen Akteuren haben diagnostische Verfahren/Instrumente (z. B. mit berufs- und arbeitspsychologischer Ausrichtung) eine hohe Bedeutung. Jedoch lassen sich nur wenige Verfahren/Instrumente herausarbeiten, die von den Akteursgruppen gleichermaßen benannt werden. Hierzu zählen HAMET und MELBA, die in allen drei Phasen des Rehabilitationsprozesses zur Bedarfsermittlung eingesetzt werden. Bei den Leistungsträgern greifen zwei von fünf Organisationen auf den HAMET sowie den MELBA zurück. Demgegenüber nutzen in jeder Phase des Reha-Prozesses sechs von sieben Leistungserbringern den HAMET und vier bzw. fünf von sieben den MELBA. Diese beiden Verfahren dürften, bezogen auf ihre jeweiligen Zielparameter, für eine umfassende Bedarfsermittlung – angesichts der Unterschiedlichkeit der Leistungsberechtigten und den verschiedenen Zielstellungen der Bedarfsermittlung im Rehabilitationsprozess – jedoch alleine nicht ausreichend sein.

Bei genauerer Analyse der benannten Verfahren und Instrumente unter den o.g. Kategorien zeigen sich auch wesentliche Unterschiede zwischen den beiden Akteursgruppen: Bei Leistungserbringern kommen in der Initiierungsphase mit 80 % primär diagnostische Verfahren/Instrumente zum Einsatz; demgegenüber setzen die Träger diagnostische Verfahren/Instrumente zu 41 % ein. Innerhalb der diagnostischen Verfahren/Instrumente wenden beide Akteursgruppen annähernd gleich häufig berufs- und arbeitspsychologische Verfahren/Instrumente an. Neben diesen nutzen die Leistungsträger vor allem Verfahren/Instrumente zur Messung funktioneller Leistungsfähigkeit. Im Gegensatz dazu fallen funktionelle Verfahren/Instrumente bei den Leistungserbringern kaum ins Gewicht. Sie benennen bei der Bedarfsermittlung neben berufs- und arbeitspsychologischen Verfahren/Instrumenten hauptsächlich solche zur Messung kognitiver Leistungsfähigkeit.

Auf Seiten der Leistungserbringer handelt es sich bei den benannten Instrumenten größtenteils um klassische Testverfahren, die auch in der Diagnostik anderer Fachdisziplinen Verwendung finden. Der andere Teil ist auf einrichtungsinterne Eigenentwicklungen zu diversen Fragestellungen im Reha-Prozess zurückzuführen, z. B. eigene Kompetenzanalysen. Auch ist bei den Nennungen der Leistungsträger kennzeichnend, dass die im Reha-Prozess eingesetzten Verfahren, bis auf wenige Ausnahmen, auf internen Eigenentwicklungen sowie sonstigen Erhebungspraktiken wie bspw. Fremdgutachten oder Arbeitserprobungen beruhen.

Insgesamt kann an dieser Stelle festgestellt werden, dass bei der derzeitigen Bedarfsermittlung bei LTA von einem stark diversifizierten Einsatz von Verfahren und Instrumenten auszugehen ist. Dabei wird eine Vielfalt heterogener Einzelinstrumente auf Seiten der Leistungserbringer sowie die Bedeutung von trägerspezifischen Verfahren bei den Leistungsträgern deutlich (weiterführend siehe Kapitel 5).

Kommunikation der Akteure

Hinsichtlich der Kommunikation zwischen Leistungserbringern und -trägern aber auch zwischen Leistungserbringern untereinander und zwischen Leistungsträgern bestehen, sicherlich auch wesentlich bedingt durch die Zuständigkeiten und spezifischen Aufgaben, erwartungsgemäß häufig fachliche Kontakte. Bei Leistungserbringern sind fachliche Kontakte zu Leistungsträgern zur DRV (94 %) und BA/ARGE (91 %) am häufigsten. Leistungsträgern haben bezogen auf Leistungserbringer insbesondere zu WfbM (95 %), IFD (84 %), BFW (71 %) und Betrieben (75 %) fachliche Kontakt.

Über alle Leistungserbringer bestehen am häufigsten Kontakte zu BBW (61 %), BFW (63 %), IFD (70 %) und WfbM (75 %). Ferner geben 87 % der Erbringer fachliche Kontakte zu Betrieben an. Bei der überwiegenden Zahl der Leistungserbringertypen haben jeweils mindestens zwei von drei Einrichtungen fachliche Kontakte zu Leistungserbringern des gleichen Typs (z. B. BFW zu BFW).

Bei den Leistungsträgern sind fachliche Kontakte untereinander insbesondere zur DRV (88 %) und BA/ARGE (95 %) etabliert. Zu Leistungsträgern gleichen Typs (z. B. DRV zu DRV) bestehen nach den vorliegenden Rückmeldungen Kontakte bei Sozialhilfe- und Unfallversicherungsträgern bei 63 %, bei der Rentenversicherung bei 77 %, bei den Integrationsämtern/Hauptfürsorgestellen bei 86 % und bei der Bundesagentur für Arbeit/ARGE zu 100 %.

Weiterführend ist feststellbar, dass 61 % der Leistungsträger regelmäßige interne und 78 % regelmäßige externe Fallkonferenzen durchführen. Bei Leistungserbringern trifft dies bei internen Fallkonferenzen auf 96 % der Einrichtungen zu; bei externen Fallkonferenzen auf 76 %. Zwischen den verschiedenen Trägern bzw. Erbringern gibt es wesentliche Unterschiede.

Insgesamt ist feststellbar, dass es bei Leistungsträgern wie -erbringern einen hohen Bedarf an interner und externer Kommunikation für eine zielführende Aufgabenerledigung gibt. Bei fallbezogener Kommunikation ist mit Sicherheit anzunehmen, dass Aspekte, die im Rahmen der Bedarfsermittlung erhoben wurden, eine wesentliche Rolle spielen.

Stellenwert von Neigungen und Fähigkeiten von Leistungsberechtigten bei der Bedarfsermittlung

Inwieweit Neigungen und Fähigkeiten von Leistungsberechtigten eine ausreichend große Rolle bei der Bedarfsermittlung spielen, wird von den verschiedenen Leistungsträgern bzw. Leistungserbringertypen relativ ähnlich beurteilt. Über alle Leistungsträger geben 88 % an, dass Neigungen und Fähigkeiten eine ausreichend große Rolle spielen, 12 % stimmen dieser Aussage teilweise zu. Einige Leistungserbringer beurteilen diesen Aspekt etwas zurückhaltender, wobei 57 % dem zustimmen und 41 % dies nur teils/teils erfüllt sehen. Für knapp 2 % der Leistungserbringer spielen die Neigungen und Fähigkeiten von Leistungsberechtigten keine ausreichende Rolle bei der Bedarfsermittlung.

ICF

Die ICF ist akteursübergreifend als bedeutsame Referenz im Bereich von Rehabilitation und Teilhabe anerkannt. Eine Vielzahl der Leistungserbringer (92 %) und Leistungsträger (80 %) geben an, dass ihnen die ICF bekannt ist. Bei Leistungserbringern findet sich häufiger eine vertiefte Auseinandersetzung mit der ICF. Rund 32 % der befragten Einrichtungen berichten, die ICF im Arbeitsalltag zu nutzen. Bei den Leistungsträgern sind es 21 % der befragten Organisationen. Von den Akteuren, die die ICF im Arbeitsalltag nutzen, beziehen sich rund 46 % auf Seiten der Leistungserbringer auf ICF-Items bzw. deren Codes. Bei den Leistungsträgern geben dies 27 % an. Als Nutzungskontext der ICF insgesamt (beide Ebenen) werden von Leistungsträgern u. a. die sozialmedizinische Leistungsbeurteilung sowie die Arbeitsergebnisse von Fachdiensten benannt.

Die praktische ICF-Nutzung auf Item-Ebene bei Leistungserbringern stützt sich im Wesentlichen auf einige wenige Eigenentwicklungen im Kontext von Projekten, die einzelne Träger in den vergangenen Jahren selbständig initiiert und durchgeführt haben (RPK, BTZ, BBW, WfbM). Im Bereich der RPK-Einrichtungen stellt die ICF-Nutzung mittlerweile einen anerkannten Standard dar. Aus den Untersuchungsergebnissen ergeben sich mit Ausnahme einzelner Hilfeplanverfahren im Rahmen der Eingliederungshilfe keine Anhaltspunkte für vergleichbare Nutzungsansätze der Item-Ebene auf Seiten der Leistungsträger.

4.2. Optimierungspotenziale der Bedarfsermittlung in der beruflichen Rehabilitation

Die im folgenden Kapitel dargestellten Ergebnisse beziehen sich auf den zweiten Themenkomplex der Studie, der Analyse von Optimierungspotenzialen der Bedarfsermittlung (SOLL-Zustand). Insbesondere wird der Frage nachgegangen, welche Möglichkeiten bestehen, um den Rehabilitationsprozess über die Bedarfsermittlung besser zu gestalten und zu steuern, eine angemessene Ressourcenverteilung angesichts knapper Mittel zu erreichen und eine zielführende Leistung zur richtigen Zeit im angemessenen Umfang und mit dem erforderlichem Aufwand zu erbringen.

Zunächst folgt in Kapitel 4.2.1 eine theoretische Darstellung von Anforderungen und Optimierungsmöglichkeiten der Bedarfsermittlung aus sozialrechtlicher Sicht auf Basis der Literaturrecherche.

Anschließend werden die empirischen Ergebnisse der Studie vorgestellt. In Kapitel 4.2.2 sind die Optimierungspotentiale zusammengefasst, die dem Reha-Prozess zugeordnet werden können: Zugang zu LTA, Durchführung von LTA und die abschließende Phase der Integration in Arbeit. Die in Kapitel 4.2.3 dargestellten Optimierungspotentiale beziehen sich auf die Verfahren und Instrumente, die zur Bedarfsermittlung eingesetzt werden und abschließend stellt Kapitel 4.2.4 die Optimierungspotentiale dar, die aus Sicht der Befragten bei der individuellen Bedarfsermittlung bestehen, um passgenaue LTA zu ermöglichen.

Die nachfolgend benannten Optimierungspotentiale beziehen sich auf die Fragebogenerhebungen bei Leistungsträgern, Leistungserbringern, Leistungsberechtigten, die Fokusgruppen mit Leistungsberechtigten und ihren Verbandsvertretern sowie die Diskussion mit Arbeitgebern (vgl. Kapitel 2). Zusätzlich wurde die Diskussion mit den Werkstattträtern berücksichtigt.

Das Antwortverhalten der Leistungsträger und Leistungserbringer fiel bei der Fragebogenerhebung sehr unterschiedlich aus. Insgesamt gibt es aufgrund der Rückmeldungen viele von den Leistungserbringern benannte Optimierungspotentiale, im Vergleich dazu aber nur wenige von den Leistungsträgern. Die Aussagen der Leistungsträger bezogen sich vor allem auf die externe Kommunikation, den trägerübergreifenden Austausch und die Arbeitsmarktorientierung von LTA (vgl. Abschnitt 4.2.2). In den anderen Kategorien sind zum Teil nur wenige Antworten von den Leistungsträgern vorhanden.

Die offenen Fragen des Fragebogens sowie die Aussagen aus den weiteren Quellen wurden entsprechend des Ansatzes der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2010) ausgewertet. Dabei stand eine themenzentrierte, fragenübergreifende Aufbereitung im Mittelpunkt, bei der sich auf die für die Bedarfsermittlung relevanten Aspekte beschränkt wurde. Mittels induktiv festgelegter Ordnungskriterien wurden relevante Aspekte aus dem Material herausgearbeitet (Mayring 2008). Die einzelnen Aussagen wurden durch Zusammenfassung, Explikation und Strukturierung herausgearbeitet und fallübergreifend generalisiert (Lamnek 2005, 218).

4.2.1 Die Bedarfsermittlung im Kontext sozialrechtlicher Normierung

Die gleichberechtigte und selbstbestimmte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft von Menschen mit Behinderung ist – verbunden mit dem Leitparadigma der Inklusion – seit langem eine wichtige gesellschaftliche **Zielstellung**. Mit Einführung des SGB IX im Jahr 2001 wurde dieses Ziel rechtlich normierte Grundlage sozialpolitischer Leistungen für Menschen mit Behinderung. Mit Inkrafttreten der UN-Behindertenrechtskonvention im Jahr 2009 in Deutschland besteht zudem die gesellschaftliche und politische Verpflichtung, „Menschen mit Behinderung in die Lage zu versetzen, ein Höchstmaß an Unabhängigkeit, umfassende körperliche, geistige, soziale und berufliche Fähigkeiten sowie die Einbeziehung in alle Aspekte des Lebens und die volle Teilhabe an allen Aspekten des Lebens zu erreichen und zu bewahren“ (Art. 26 Abs. 1 UN-BRK). Mit dem SGB IX und der UN-BRK ist somit das generelle Ziel der Ermöglichung, Förderung und Sicherung umfassender Teilhabe in den verschiedenen Lebensbereichen vorgegeben. Zu diesen Lebensbereichen zählt insbesondere das Arbeitsleben.

Als **Mittel** zur Erreichung dieser Zielsetzung sind „umfassende Habilitations- und Rehabilitationsdienste und -programme“ (Art. 26 Abs. 1 UN-BRK) bedeutsam, welche in Deutschland insbesondere in Form der Leistungen zur Teilhabe (§ 4 SGB IX) für Menschen mit Behinderung ihre sozialrechtliche Widerspiegelung finden. Bereits aus der terminologischen Fassung der „Leistungen zur Teilhabe“ ergibt sich dabei deren Zielauftrag. Für die Leistungsgruppe der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (§ 5 SGB IX) wird die Zielstellung „Teilhabe“ dergestalt näher bestimmt, dass „die erforderlichen Leistungen erbracht [werden], um die Erwerbsfähigkeit behinderter und von Behinderung bedrohter Menschen entsprechend ihrer Leistungsfähigkeit zu erhalten, zu verbessern, herzustellen oder wiederherzustellen und ihre Teilhabe am Arbeitsleben möglichst auf Dauer zu sichern“ (§ 33 Abs. 1 SGB IX). Der Ansatz frühzeitiger Interventionen ist wesentliches Leitprinzip im SGB IX (§ 3 SGB IX). Bedeutsam ist daher, dass Leistungen für Menschen mit Behinderung „im frühestmöglichen Stadium einsetzen“ (Art. 26 Abs. 2 UN-BRK).

Ausgehend von der Person mit ihren individuell bestehenden oder drohenden Beeinträchtigungen der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft – und hier insb. der Teilhabe am Arbeitsleben – ist jeweils bezogen auf den Einzelfall zu betrachten, welche Leistungen in welcher Form und Ausgestaltung erforderlich und zielführend sind, um die formulierten sozialpolitischen Zielstellungen zu erreichen. Für diese Betrachtung finden **Prozesse der Bedarfsermittlung** über den gesamten Rehabilitationsprozess statt. Eine zielgerichtete Bedarfsermittlung bildet für Leistungsträger die Voraussetzung der Konkretisierung von Ansprüchen auf Leistungen zur Teilhabe (Mittag/Jäckel 2011) und dient Leistungserbringern zur individuellen Anpassung von Leistungen zur Teilhabe und damit zur Erreichung definierter Teilhabeziele.

Für die Prozesse der Bedarfsermittlung ergeben sich aus den programmatischen Zielstellungen von Leistungen zur Teilhabe wie auch explizit aus spezifischen sozialrechtlichen Normen wesentliche Anforderungen, insbesondere in der Phase der Initiierung von Leistungen zur Teilhabe (am Arbeitsleben). Ausgehend von dem in § 8 Abs. 1 SGB IX normierten Vorrang von Leistungen zur Teilhabe sind alle Rehabilitationsträger (§ 6 SGB IX) verpflichtet, die Erfolgsaussicht von Leistung

zur Teilhabe trägerübergreifend und sämtliche Leistungsbereiche umfassend⁶⁶ sowie unabhängig von der Zielrichtung des auslösenden Leistungsbegehrens zu prüfen, wenn Sozialleistungen wegen oder unter Berücksichtigung einer Behinderung beantragt oder erbracht werden (Beck/Giraud/Petri 2011; Welti 2010). Dies schließt an den frühzeitigen und präventiven Ansatz im SGB IX an und bedeutet für den Bereich der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben u. a., dass bereits bei Leistungen zur medizinischen Rehabilitation mögliche Bedarfe an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben mit zu betrachten sind (siehe auch § 11 SGB IX). Auch ist bei einem Antrag auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben die Bedarfsermittlung so umfassend auszugestalten, dass diese „unter Berücksichtigung der persönlichen Gesamtsituation, d. h. individuell bzw. personenzentriert durchgeführt“ wird (Beck et al. 2011), also über das jeweilige Leistungsbegehren hinaus geht. Ausgehend davon, dass sich eine Behinderung erst durch Wechselwirkung von individuellen Beeinträchtigungen und Barrieren der Umwelt (Kontext) manifestiert, sind Umweltfaktoren bei der Beurteilung von Beeinträchtigungen der Teilhabe von wesentlicher Bedeutung. Entsprechend ergibt sich aus dem individuumsbezogenen Ansatz auch, dass neben der Person selbst zugleich Umweltfaktoren (wie Lebenswelt, Sozialraum) bei der Bedarfsermittlung zielgerichtet Berücksichtigung finden müssen.

Da bei der Bedarfsermittlung der individuelle Bedarf einer Person ganzheitlich zu betrachten ist und hierfür nicht allein die Frage nach der Erforderlichkeit einer spezifischen Leistung im Einzelfall entscheidend ist, sind Bedarfsermittlungsprozesse grundsätzlich teilhabeorientiert auf Partizipation auszurichten (vgl. Beck et al. 2011). Hierzu findet sich ausgeführt im Kontext der Koordinierung mehrerer erforderlicher Leistungen zur Teilhabe (verschiedener Leistungsgruppen bzw. bei verschiedenen Rehabilitationsträgern) die Anforderung der funktionsbezogenen Feststellung erforderlicher Leistungen (§ 10 SGB IX), was bereits terminologisch auf eine ICF-orientierte Bedarfsermittlungsprozesse verweist. Im Blick auf die Teilhabe von Menschen mit Behinderung sind dabei insbesondere folgende Bereiche⁶⁷ bedeutsam: Lernen und Wissensanwendung, Allg. Aufgaben und Anforderungen, Kommunikation, Mobilität, Selbstversorgung, Häusliches Leben, interpersonelle Interaktionen und Beziehungen, bedeutsame Lebensbereiche (z. B. Arbeit und Beschäftigung), Gemeinschafts- soziales und staatsbürgerliches Leben. Wenngleich fachwissenschaftlich bzw. fachpolitisch unterschiedliche Auffassungen zur Tragweite der Anforderung einer (grundsätzlich) funktionsbezogenen Betrachtung bei allen Bedarfsermittlungsprozessen besteht, ist fraglich, inwieweit es in der Praxis sinnvoll ist, abhängig von der Komplexität des Einzelfalls, verschiedene Vorgehensweisen einer funktionsbezogenen Betrachtung – und damit des Grades einer ICF-Orientierung – zu etablieren. So kommen u. a. Beck et al. (2011, 13) zum Ergebnis, dass für „eine trägerübergreifende Erhebung und Feststellung von Bedarf an Leistungen zur Teilhabe eine konzeptionelle Ausrichtung an der ICF sinnvoll“ ist.

⁶⁶ Siehe auch § 96 SGB X und § 10 SGB IX (Welti 2011)

⁶⁷ Die nachstehende Aufzählung entspricht der Untergliederung (Domänen) der Komponente „Aktivitäten und Partizipation“ der ICF.

Über Vorstehendes hinaus sind auch grundlegende sozialrechtliche Verfahrensvorschriften zu beachten (ausführlich und im Folgenden: Welti 2011). So gibt § 20 SGB X⁶⁸ vor, dass die Rehabilitationsträger die „Art und den Umfang von Ermittlungen“ bestimmen, unabhängig davon was von den Beteiligten vorgebracht wird. Dabei „bedient sich [die Behörde] der Beweismittel, die sie nach pflichtgemäßen Ermessen zur Ermittlung des Sachverhaltes für erforderlich hält“ (§ 21 SGB X, ebd.). Auch der „Kooperationsgrundsatz“ in § 96 Abs. 1 Satz 1 SGB X stützt dabei einen trägerübergreifenden Ansatz der Bedarfsermittlung. Demnach werden die im Rahmen der Bedarfsermittlung bei Leistungsträgern besonders bedeutsamen ärztlichen und psychologischen Untersuchungen so vorgenommen, dass „sie auch bei der Prüfung der Voraussetzungen anderer Sozialleistungen verwendet werden können“. Zwar hat sich nach § 96 Abs. 1 Satz 2 SGB X der Umfang der Untersuchung nach der Aufgabe, welche der Leistungsträger, der die Untersuchung veranlasst hat, zu erfüllen hat, zu richten, jedoch können die Rehabilitationsträger vereinbaren, dass sich der Umfang der Untersuchungen nach den Aufgaben der beteiligten Leistungsträger richtet (§ 96 Abs. 2 Satz 3). Somit eröffnen sich auch hier Möglichkeiten einer an der Gesamtsituation der Person und somit trägerübergreifend ausgerichteten Bedarfsermittlung.

Werden weitere Anforderungen an die Bedarfsermittlung bei Leistungen zur Teilhabe betrachtet, ist es zur Umsetzung des Gleichheitsgrundsatzes und damit zur Gewährleistung einheitlicher Lebensverhältnisse von Menschen mit Behinderung (Beck et al. 2011) erforderlich, dass Leistungen nach einheitlichen Grundsätzen bzw. Kriterien gewährt bzw. konkretisiert werden (Mittag/Jäckel 2011; § 12 Abs. 1 Nr. 4 SGB IX). Gleiches gilt dabei für die Bedarfsermittlung als prozessuales Instrument zur Ermöglichung sachgerechter Entscheidungen oder Bedarfsfeststellungen. So muss die Bedarfsermittlung bundesweit vergleichbar und bei den verschiedenen Leistungsträgern nach einheitlichen Kriterien erfolgen (ebd.). Welti (2011) merkt hierbei jedoch kritisch an, dass bislang gemeinsame Grundlagen der Bedarfsfeststellung fehlen, was „bereits als eine der wesentlichen Barrieren zur Implementation des Persönlichen Budgets identifiziert“ wurde (Metzler et al. 2007; Welti 2011).

Prozesse der Bedarfsermittlung sind ferner für die Leistungsberechtigten in ihrer Eigenschaft als Rechtssubjekte transparent, nachvollziehbar und barrierefrei zu gestalten, um Möglichkeiten der Selbstbestimmung und des aktiven Einbringens zielgerichtet zu unterstützen. Bei der Leistungsauswahl und der ihr vorlaufenden Bedarfsermittlung ist dabei im Blick auf die Selbstbestimmungsrechte, wie Nebe (2013, 2014) in Bezug auf § 33 Abs. 4 SGB IX betont, neben der Eignung, der bisherigen beruflichen Tätigkeit sowie der Lage und Entwicklung auf dem Arbeitsmarkt insbesondere die Berücksichtigung der individuellen Neigung relevant. Besonders im Sachverhalt der Neigung sei die subjektive Perspektive des Betroffenen repräsentiert. Der individuellen Neigung muss dabei auch bei Bedarfsermittlungsprozessen Relevanz zukommen, da diese bei Bedarfsfeststellung und Leistungsauswahl im Rahmen der Ausübung des Auswahlermessens der Rehabilitationsträger eine wesentliche Bedeutung zukommt (ebd.).

⁶⁸ Das Sozialgesetzbuch Zehntes Buch (SGB X) beinhaltet Regelungen zum Sozialverwaltungsverfahren und zum Sozialdatenschutz.

Nicht zuletzt ist nach Artikel 26 UN-BRK eine „multidisziplinäre Bewertung der individuellen Bedürfnisse und Stärken“ bei der Bedarfsermittlung bedeutsam. Dies verweist zum einen darauf, dass über defizitorientierte Betrachtungen hinaus auch Ressourcen und Kompetenzen in den Blick zu nehmen sind. Zum Anderen aber auch, dass es geboten ist bzw. sein kann, die zentrale Rolle der Sozialmedizin als „Leitprofession“ (Mittag/Jäckel 2011; Welti 2011) für die integrative Betrachtung bio-psycho-sozialer Wechselwirkungen im Prozess der Bedarfsermittlung durch Hinzuziehung nichtärztlichen Sachverständes im Einzelfall, z. B. für den Bereich der Kontextfaktoren und der Teilhabe, zu ergänzen.

4.2.2 Bedarfsermittlung im Reha-Prozess

Kommunikation, Informationsfluss und Zusammenarbeit

Wenngleich von Befragten vielfältig angegeben wird, dass die Kooperation und Vernetzung mit anderen Akteuren zum Teil in der Praxis gut funktioniere, ist der Bereich Kommunikation/Informationsfluss/Zusammenarbeit aus Sicht von Leistungsträgern und -erbringern gleichwohl wesentlicher Ansatzpunkt für Optimierungen bei der Bedarfsermittlung. Hierzu wurden in Kapitel 4.1.4 die oftmals vielfältigen Kooperationsnotwendigkeiten dargestellt.

Optimierungsmöglichkeiten betreffen zum einen die interne Kommunikation in den verschiedenen Organisationen, zum anderen die trägerübergreifende Kommunikation sowie insbesondere die Kommunikation zwischen Leistungsträgern und -erbringern. Für den gesamten Bereich der Zusammenarbeit und Kommunikation wurde von allen Akteuren ein wesentlicher Optimierungsbedarf gesehen. Wie diese Kommunikation von den Akteuren bewertet wird und insbesondere wo Verbesserungsbedarf besteht, wird nachfolgend beschrieben.

Besonders bei Übergängen zwischen den verschiedenen Phasen des Rehabilitationsprozesses sowie bei Leistungsänderungen ist eine akteursübergreifende Kommunikation relevant. Sowohl von Seiten der Leistungsträger als auch der Leistungserbringer wird hierzu Optimierungsbedarf formuliert: *„Die Kommunikation mit anderen am Rehabilitationsprozess beteiligten Leistungsträgern... erscheint verbesserungsbedürftig.“* (Aussage eines Leistungsträgers), *„intensiverer Austausch wünschenswert (abhängig vom Leistungsträger)“* (Aussage eines Leistungserbringers), *„Bessere Abstimmung und Kommunikation unter den Rehaträgern.“* (Aussage eines Leistungsträgers). Leistungsträger beziehen sich in ihren Aussagen vermehrt auf die Notwendigkeit einer trägerübergreifenden Zusammenarbeit. Sobald mehr als ein Leistungsträger am Verfahren bzw. Prozess beteiligt ist, erhöhen sich nach ihren Aussagen der Abstimmungsaufwand und damit auch die Schwierigkeiten in der Kommunikation.

Mit dem Bereich der Kommunikation eng verknüpft ist der Informationsfluss zwischen Leistungsträgern und -erbringern. Im Rahmen der Bedarfsermittlung und bei Übergängen im Rehabilitationsprozess werden i. d. R. Informationen, z. B. ärztliche und psychologische Gutachten, Arbeitsplatz- und Kompetenzprofile sowie andere Dokumente, zwischen den verschiedenen Beteiligten (insb. zwischen Leistungsträgern und Leistungserbringern) übermittelt. Diese sind als Teil der Bedarfsermittlung zu betrachten. Einige Leistungserbringer bemängeln vor allem die Qualität der Informationen. Unterlagen seien unvollständig, nicht aussagekräftig oder fehlen gänzlich: *„Vorinformationen über Teilnehmer oft veraltet“*, *„Bei Anmeldungen sind die mitgeschickten Unterlagen oft*

nicht genügend aussagekräftig, so dass zeitaufwendige Nachfragen erforderlich sind und Anforderung fehlender Unterlagen“; „Informationen könnten besser gebündelt sein“.

Aber auch die Qualität der Unterlagen selbst wird vereinzelt von Leistungsträgern und -erbringern bemängelt. Die Gutachten seien zum Teil nicht nachvollziehbar und berücksichtigen nicht alle relevanten Aspekte: *„Die sozialmedizinische Begutachtung ist oft nicht nachvollziehbar und berücksichtigt oft nicht die reale Situation auf dem Arbeitsmarkt“ (Aussage eines Leistungserbringers), „in den Einzelfällen könnten Gutachten konkreter und realistischer sein“ (Aussage eines Leistungsträger).* Wünschenswert sind hier nach Aussagen weniger Leistungserbringer aussagefähigere Gutachten, die die Lebenswelt der Leistungsberechtigten berücksichtigen: *„Diskrepanz zwischen ärztlichen Gutachten und Anforderungen des ersten Arbeitsmarktes“, „oft sehr einschränkende Gutachten, die auch Entwicklung vermindern“.* Ein Leistungsträger fordert: *„bessere, aussagefähigere Gutachten, insbesondere zu den Bereichen der körperlichen, geistigen und psychischen Belastbarkeit, genauere Angaben, welche Berufe ggf. mit welchen Einschränkungen ausgeführt werden können evtl. Nischen usw. (Arbeitsmarktanforderungen)“.* Dagegen bemerkt ein Leistungserbringer: *„Allerdings sind viele Aspekte davon nicht in einem Gutachtengespräch oder gar bei einer Begutachtung per Aktenlage zu erfassen, sie können erst im Alltag beobachtet werden“.*

Ebenso wird vereinzelt die Geschwindigkeit der Informationsübermittlung als verbesserungsbedürftig gesehen: *„fehlende oder verspätete Übermittlung von TN-Unterlagen“ (Aussage eines Leistungserbringers).* In der Diskussion mit dem Unternehmensforum wurde von Vertreter/-innen ange-regt, die Betriebsärzte stärker in den Rehabilitationsprozess mit einzubeziehen und auch den Informationsaustausch zwischen Betriebsärzten und Einrichtungen der Rehabilitation, z. B. Kliniken, zu verbessern. Vereinzelt wünschen sich Leistungserbringer auch einen stärkeren Austausch z. B. mit Kliniken. So berichtet ein Leistungserbringer: *„Informationen von Therapeuten, Ärzten, Kliniken erfolgen, wenn überhaupt, nur auf explizite Nachfrage/Nachhaken“.*

Im Kontext der Kommunikation über Ergebnisse oder relevante Informationen der Bedarfsermittlung werden von mehreren Leistungserbringern auch Vorgaben und Anforderungen an das Berichtswesen – als Kommunikationsformat zwischen Leistungserbringern und -trägern – problematisiert. Laut Aussagen mehrerer Leistungserbringer seien Berichte in zu kurzen Abständen und häufig sehr umfangreich zu erstellen. Daher wäre nach Aussagen einiger Leistungserbringer die *„Anzahl der Berichtsintervalle ... zu hinterfragen“.* Schwierig scheinen hier auch die unterschiedlichen Berichtsformate der einzelnen Leistungsträger zu sein. So werden von einzelnen Leistungserbringern *„abgestimmte Berichtsformen“* gefordert und dazu eine Vereinfachung des Berichtswesens: *„zeitlich knappe Ressourcen erfordern ein schnelles unkompliziertes Berichtswesen (z. B. online)“.* Leistungsträger sehen dagegen vereinzelt Optimierungsbedarf bei der zeitnahen Erstellung und Übermittlung der Berichte: *„Berichte müssen schneller erstellt werden“, „teilweise lange Laufzeit beim Berichtswesen“.*

Einige Leistungserbringer formulieren ferner als Optimierungspotenzial Möglichkeiten eines intensiveren, regelmäßigeren und frühzeitigeren, personenzentrierten Austauschs mit allen Akteuren über institutionalisierte Formen der Zusammenarbeit wie z. B. Teilhabe- bzw. Fallkonferenzen: *„Frühzeitige Hilfeplankonferenzen zwischen Zuweiser/Leistungsträger/Leistungserbringer und Rehabilitand“, „ein Optimum wäre die Durchführung von Hilfeplankonferenzen mit allen Beteiligten bzw. von Zukunftsplanungen“.*

Insgesamt sehen die Akteure viele Notwendigkeiten die Zusammenarbeit zu verbessern und die Kommunikation zu stärken. Eine bessere Vernetzung und Kooperation wird gewünscht und zum Teil auch bereits umgesetzt. Besonders Leistungserbringer fordern eine bessere Vernetzung der verschiedenen Akteure und einen Ausbau der bestehenden Netzwerke: *„vernetztes agieren unterschiedlicher Leistungserbringer“*, *„Das Netzwerk muss ausgebaut werden. Dies scheitert z. Zt. noch am fehlenden Interesse einiger Leistungserbringer...“*, *„stärkere Verzahnung der Akteure“*, *„Auswertung und Vertiefung bestehender bzw. neu zu schaffender Netzwerke/Koop.partner“*.

Exkurs: Datenschutz

Für eine zielführende, ggf. auch akteursübergreifende Gestaltung der Bedarfsermittlung sind datenschutzrechtliche Vorgaben zu beachten. Die in dieser Studie befragten Akteure nehmen die notwendige Berücksichtigung dieser datenschutzrechtlichen Vorgaben teilweise als Hürde wahr. Entsprechende Aussagen auf der Fachtagung in Stendal bezogen sich vor allem auf die akteursübergreifende Kommunikation und Kooperation sowie insbesondere die Weiterleitung von relevanten Unterlagen. Auch in der Fragebogenerhebung wurde dies deutlich. Unter *„Optimierungspotentialen“* fordert ein Leistungserbringer: *„Datenschutzbestimmungen müssen klarer und transparenter gelebt werden“*. Ein Leistungsträger sieht *„Datenschutz-Barrieren“*, die die Kommunikation innerhalb der Organisation erschweren.

Eng mit dem Datenschutz verknüpft ist das Ziel der Vermeidung von Mehrfachbegutachtungen (siehe auch § 96 SGB X). Auch hier wurden Herausforderungen benannt. Da die Begutachtungen der Leistungsträger nach unterschiedlichen Zielsetzungen und spezifischen Fragestellungen erfolgen, kann in der Praxis nicht jedes Gutachten von anderen Leistungsträgern genutzt werden. Denn unter Umständen wird die jeweilige spezifische Frage nicht beantwortet. Bezüglich einer frühzeitigen, umfassenden Begutachtung mit Ergebnissen, welche im weiteren Rehabilitationsverlauf trägerübergreifend nutzbar sind, besteht nach Auffassung der Leistungsträger auf der Fachtagung in Stendal noch erhebliches Optimierungspotential.

Erreichbarkeit

Für eine gute Kommunikation und gelingende Abstimmung der verschiedenen Akteure sind verlässliche Ansprechpartner wichtig, die auch bei Bedarf, z. B. bei Fragen und Problemen, erreichbar sind. Viele Vertreter/-innen verschiedener Leistungserbringer bemängeln jedoch die unzureichende Erreichbarkeit, insbesondere der Leistungsträger: *„teils Kostenträger nur schwer zur Absprache erreichbar (zeitverzögert)“*, *„Ansprechpartner wechselnd und zum Teil nicht eindeutig benannt“*, *„Kontaktaufnahme zur BA gestaltet sich schwierig, teilweise lange Wartezeiten“*, *„zu optimieren sind auch die Erreichbarkeit von Reha-Beratern und Fallmanagement“*. Nicht bekannt gemachte E-Mail-Adressen und Telefonnummern von den zuständigen Ansprechpartnern erschweren die Kommunikation zusätzlich. Auch Leistungsträger berichten von der schwierigen Erreichbarkeit der Reha-Berater bei anderen Leistungsträgern: *„Ansprechpartner insbesondere der DRV, BA, ARGE sind teilweise schwer, kaum oder nur über Umwege erreichbar. Callcenter gehören im Bereich der LTA abgeschafft. Im Rahmen der LTA muss es eine Vernetzung auf kürzestem Wege geben“*, *„direkte telefonische Erreichbarkeit der Sachbearbeiter bei der BA bzw. den örtlichen Agenturen für Arbeit wäre wünschenswert“*.

Die Leistungsberechtigten berichten dagegen, einen festen Ansprechpartner beim Leistungsträger zu haben. Bei den befragten Leistungsberechtigten haben 86 % einen oder mehrere Ansprechpartner, 14 % haben dagegen keinen festen Ansprechpartner beim Leistungsträger.⁶⁹

Beratung

Ein weiterer, wesentlicher Ansatz, der jedoch über den Kontext der Bedarfsermittlung hinausgeht, ist für alle befragten Akteure im Bereich „Beratung und Information“ im Vorfeld der LTA zu sehen. So wünschen sich einige Leistungsberechtigte während der Zeit vor der beruflichen Rehabilitation mehr Informationen über den Ablauf der beruflichen Rehabilitation und die anstehenden Prozessschritte und zu erwartenden Termine. Über die Hälfte der Teilnehmenden der Fokusgruppe der Menschen mit Behinderung berichtet, sich vor der Leistung nicht gut informiert gefühlt zu haben. So regten die Teilnehmenden an, dass die Informationen über den Ablauf des Rehabilitationsverfahrens sowie Leistungen und Angebote der beruflichen Rehabilitation verbessert werden sollten. Eine persönliche, frühzeitige Beratung z. B. schon während der medizinischen Rehabilitation ist aus ihrer Sicht sinnvoll. Ebenfalls einige Leistungserbringer äußerten im Rahmen der Fragebogenerhebung Verbesserungsbedarf im Bereich Beratung und sprechen sich für eine objektive, frühzeitige und umfassende Beratung im Vorfeld der beruflichen Rehabilitation aus: *„Objektive und umfassende Beratung der Teilnehmer im Vorfeld der Antragstellung fehlt häufig“*, *„Leistungsträger müssen ihre Beratungsfunktion für Menschen mit Behinderung wesentlich ernster nehmen“*. Die Teilnehmenden der Fokusgruppe der Verbände ergänzen, dass die Beratung auf Augenhöhe und partnerschaftlich erfolgen sollte und der Mensch mit Behinderung in den Mittelpunkt gestellt werden muss. Hierbei gäbe es noch Entwicklungsmöglichkeiten, wobei hierzu auch die Berater/-innen geschult⁷⁰ werden müssten. Wenige Leistungsträger äußerten sich in Bezug auf die Beratung und weisen darauf hin, dass die Bedeutung eines Beratungsgesprächs gestärkt werden und eine größere Bedeutung erfahren müsse.

Transparenz

Während des gesamten Prozesses, insbesondere in der Phase der Initiierung, wird von einigen Leistungserbringern aber auch vereinzelt von Leistungsträgern Optimierungsbedarf bei der Transparenz und Nachvollziehbarkeit von Rehabilitationsprozessen angegeben. Als Aspekte umfassenderer Information werden hierbei unter anderem eine bessere Nachvollziehbarkeit der Arbeitsprozesse der Akteure benannt. Ein Leistungsträger formuliert dies folgendermaßen: *„Das gegliederte System innerhalb der Versorgungslandschaft macht es dem Kunden und teilweise auch den Spezialisten unmöglich Bedürfnisse zu formulieren und an die / den richtigen Adressaten heranzutragen“*. Ein anderer Leistungsträger gibt an: *„Die sehr unterschiedliche Arbeitsweise der Leistungsträger macht den Prozess sehr intransparent. Aus meiner Sicht sollte die Berufliche Reha/LTA bei einem Leistungsträger für alle Fallgestaltungen zusammengeführt werden.“*. Vertreter/-innen ver-

⁶⁹ Als Erklärungsansatz dieser Diskrepanz zu vorstehenden Befunden könnte die Hypothese dienen, dass es sich bei den befragten Leistungsberechtigten faktisch um „geklärte Leistungsfälle“ mit akzeptiertem Reha-Bedarf handelt. Vorstehende Wahrnehmungen der Befragten könnten hingegen insbesondere der Phase der Initiierung zuzuordnen sein.

⁷⁰ Weiterer Schulungsbedarf für die Mitarbeiter/-innen in den verschiedenen Einrichtungen wird von wenigen Leistungserbringern unter anderem bezüglich der Instrumente der Bedarfsermittlung, der Leistungsbeurteilung und der Fallkonferenzen gesehen.

schiedener Leistungserbringer äußern sich wie folgt: *„verschiedene Zuständigkeiten, wenig Transparenz der Leistungssysteme“*, *„für den Klienten umfassendere Transparenz der Prozesse“*, *„nachvollziehbare Entscheidungskriterien“*, *„mehr Transparenz zwischen den am Prozess beteiligten Personen und Institutionen“*.

Für die Leistungsberechtigten wirkt der Reha-Prozess häufig durch einen Mangel an Informationen intransparent und kaum nachvollziehbar. Sie wünschen sich mehr Informationen zum Ablauf des Verfahrens und zu den verschiedenen Leistungen sowie *„transparentere Angebote“*. Ein Leistungserbringer beschreibt dies folgendermaßen: *„behinderte Menschen sind nicht umfassend informiert, das gilt auch für die Angehörigen, bzw. die Informationen sind nicht transparent für die Betroffenen“*. So formuliert ein Leistungsträger: *„Bessere Transparenz bzgl. Reha-Verfahrens, um Intention, Möglichkeiten und Grenzen darstellen zu können“*.

Verfahrensdauer/Wartezeiten

Zusammenhängend mit der Nachvollziehbarkeit von Prozessen und der Absehbarkeit weiterer Schritte durch umfassende Information kann auch die Benennung von Optimierungspotenzialen im Bereich Wartezeiten gesehen werden. Hierbei wird seitens der Leistungsberechtigten die Zeit von der Antragstellung bis zum Beginn der Leistung teils als schwierig beschrieben. Ein Leistungsberechtigter wies in der Fokusgruppe darauf hin, dass es wichtig sei, auf diese Wartezeiten bereits in der Beratung während der Bedarfsermittlung hinzuweisen und die Leistungsberechtigten hierüber zu informieren. Lange Reha-Verläufe mit Wartezeiten von der Erkrankung bis zum Beginn der Leistung und Wartezeiten zwischen medizinischer und beruflicher Rehabilitation ließen sich dabei im Rahmen der Fokusgruppe der Menschen mit Behinderung ebenso nachzeichnen wie hinzukommende Unterbrechungen durch Arbeitsunfähigkeit oder Arbeitslosigkeit⁷¹.

Bereits in der Initiierungsphase von LTA (Zugang) und der darin erfolgenden Bedarfsermittlung wird von einigen Leistungserbringern in der Fragebogenerhebung die zum Teil lange Bearbeitungszeit von Anträgen⁷² bemängelt, die zu Wartezeiten für die Leistungsberechtigten führe: *„Zeitnahe Bearbeitung der Anträge. Der Leistungsnehmer muss zu lange auf die Kostenzusage warten“*, *„die Entscheidung der Leistungsträger fällt meist erst nach Entlassung aus der Einrichtung“*. Auch ein Leistungsträger formuliert: *„Wartezeiten für amtsärztliche Begutachtungen“*. Die Aussagen der Leistungsträger und -erbringer beziehen sich hier vor allem auf die Bedarfsermittlung zu Beginn des Reha-Prozesses seitens der Leistungsträger und auf eine schnellere Genehmigung von Leistungen und eine zügige Zuständigkeitsklärung. So berichtet ein Leistungsträger: *„Ein Optimierungsbedarf besteht regelmäßig, vor allem im Bereich der Zuständigkeitsklärung zwischen den Leistungsträgern. Kürzere Prüfungszeiten, die Zurverfügungstellung aller relevanten Unterlagen an alle Beteiligten würden zu schnelleren Entscheidungen führen...“* Wartezeiten für den Menschen mit Behinderung könnten nach dieser Aussage bereits während der Bedarfsermittlung vermieden werden. Auch ein Leistungserbringer weist auf Wartezeiten hin: *„Schlechte Handhabung*

⁷¹ Von den befragten Teilnehmenden in Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation mussten 53 % auf den Beginn ihrer Leistung warten. Im Durchschnitt lag die Wartezeit bei den Befragten bei ca. 6 Monaten.

⁷² Weitere Optimierungspotenziale im Bereich Antragswesen werden von vereinzelt Leistungserbringern wie folgt beschrieben: *„Antragswesen nicht barrierefrei“* ist und *„Zugänge zur Antragstellung können optimiert werden, da häufig unklar ist, wer für wen zuständig ist, Betroffene sind häufig irritiert, überfordert“*. Für Leistungsberechtigte sei aus Sicht einiger Befragten die Zuständigkeit der Leistungsträger häufig nicht nachvollziehbar.

von Fragen der Zuständigkeiten (Leistungsträger) im Verlauf der Beantragung. Zeitverzögerung durch unangemessene Weiterleitung (z. B. KK -> DRV)“. Ein anderer Leistungserbringer berichtet noch von einer weiterführenden Zuständigkeitsproblematik: *„Teilweise besteht ein Bedarf, aber es findet sich kein Leistungsträger“*.

Darüber hinaus wird der Übergang von der medizinischen in die berufliche Rehabilitation vereinzelt von Leistungserbringern kritisch gesehen, da dieser ebenfalls häufig mit Wartezeiten und einer erneuten Antragstellung verbunden ist: *„Die Schnittstellenarbeit muss verbessert werden, vor allem hinsichtlich Nahtlosigkeit vom Übergang von der medizinischen zur beruflichen Reha. Für berufliche Reha ist ein erneuter Antrag erforderlich, der oft erst Monate nach Abschluss der medizinischen Reha bearbeitet wird!“*.

Die Dauer von Aktivitäten zur Bedarfsermittlung wird von den Befragten unterschiedlich eingeschätzt. Zum einen gibt es vereinzelte Aussagen, insbesondere von Leistungserbringern, dass der individuelle Bedarf aufgrund des zu kurzen Zeitraumes nicht ausreichend bzw. umfassend genug betrachtet werden könne. Hier formulieren Leistungserbringer: *„mehr Zeit für Bedarfsermittlung durch Beobachtung, Auseinandersetzung mit dem Leistungsberechtigten“*, *„Zuweisungszeiträume sind manchmal zu knapp, um sich ein umfassendes Bild von den Leistungsberechtigten zu machen“*, *„der einzelne Mensch mit Behinderung sollte mehr Zeit zur Erprobung haben“*. Zum Teil wird die Bedarfsermittlung von einigen Leistungsträgern und -erbringern aber auch als zu lang eingeschätzt: *„Dauer der Bedarfsermittlung ist z. T. zu lang (Erwachsene)“* (Aussage eines Leistungsträger), *„Verkürzung der Prozesse (schneller ermitteln)“* (Aussage eines Leistungserbringers). Von vielen anderen Befragten wird die Dauer der Bedarfsermittlung jedoch nicht thematisiert.

Inhaltliche Aspekte der Bedarfsermittlung und Leistungsauswahl

Zu möglichen inhaltlichen Optimierungsansätzen bei der Bedarfsermittlung berichten Menschen mit Behinderung in der Fokusgruppe, dass die Bedarfsermittlung aus Ihrer Sicht nicht immer objektiv erfolgt. Sie wünschen sich neutrale und unabhängige Assessments. Auch Leistungserbringer, hier insbesondere die Berufsbildungswerke, äußern diesen Wunsch und formulieren dies folgendermaßen: *„Bedarfsermittlung wird über den Kostenträger gesteuert, sollte aber möglichst neutral und unabhängig erfolgen, d. h. Trennung von Bedarfsermittlung und Kostenträger“*, *„Nachdenken über eine Entkoppelung von Bedarfsermittler und Leistungserbringer – Aufhebung von Rollendiffusionen, Schaffung von noch mehr an den Leistungsberechtigten orientierten Maßnahmeentscheidungen (Clearingstellen?)“*, *„selbstbestimmte Teilhabe erfordert eine unabhängige Diagnostik, bei der der betroffene Mensch im Mittelpunkt steht und nicht die Budgets der Träger...“*. Leistungsträger äußern sich diesbezüglich nicht.

Darüber hinaus werden seitens der Leistungserbringer Aspekte der Leistungsauswahl bzw. der Leistungsentscheidung problematisiert. Nach Rückmeldung von Leistungserbringern spielten nach deren Erfahrung individuelle Bedarfsfaktoren teils eine nicht immer ausreichende Rolle im Vergleich z. B. zu Angebotsvariablen: *„In Einzelfällen sind Bedarfe zu sehr am lokalen Angebot orientiert und entsprechen nicht immer den Neigungen der Rehabilitanden“* und *„Immer noch wird eher in Schubladen gedacht und nicht welchen individuellen Bedarf hat eine Person.“*. Einige Vertreter/-innen verschiedener Leistungserbringer weisen hier besonders auf die wirtschaftlichen Aspekte hin: *„Ehrlicherweise handeln Entscheider hier manchmal mehr vor dem Hintergrund ökonomischer Notwendigkeiten der Bildungsträger – Teilnehmer werden gelegentlich eher in Richtung des eige-*

nen Portfolio beraten als in Richtung Neigungen und Fähigkeiten“, „die finanzielle Förderung bei der Integration ist oft undurchsichtig und folgt eher Haushaltvorgaben als dem tatsächlichen Bedarf“, „Kostenbudgets haben Vorrang vor Bedarfen...“. Auch Leistungsträger, hier insbesondere Vertreter/-innen der Bundesagentur für Arbeit berichten: „Wie bereits vorhin genannt stehen oft wirtschaftliche Interessen der Träger und Bildungsträger den Belangen der Kunden konträr gegenüber“ und „durch die Pflicht zur Vergabe von Maßnahmen bzw. der sehr starren Prozesse zu Vertragsgestaltungen allgemein bei Angeboten bleiben individuelle Lösungsmöglichkeiten sehr begrenzt...“. Hier erscheinen Budgetgesichtspunkte, fest gebuchte Kontingente an Plätzen in Maßnahmen oder das Angebot vor Ort für die Auswahl der Leistung als wesentliche Einflussgröße. Zudem könnten nach Aussagen von Leistungsträgern und -erbringern die vorhandenen Möglichkeiten im Rahmen der Leistungen der beruflichen Rehabilitation noch nicht ausreichend individuell und flexibel genutzt werden. Mehrere Leistungserbringer regen an: „ggf. Flexibilisierung von bestehenden Angeboten, weniger ‚All-inclusive-Pakete‘, höhere Individualisierung, Anbindung an den Sozialraum“, „Manche Angebote sind zu starr und undurchlässig...“. Auch Leistungsträger weisen hier vereinzelt auf Optimierungsmöglichkeiten hin: „Flexibler Einsatz der Produkte LTA Leistungen“. Die Teilnehmenden der Fokusgruppe der Verbandsvertreter sprechen von einer „Maßnahmenzentrierung“, die derzeit vorherrschend ist und von der im Sinne der Personenzentrierung bzw. Individualisierung abgerückt werden müsse. Die Menschen mit Behinderung forderten in der Fokusgruppe eine stärkere Offenheit der Reha-Berater gegenüber Einzelfall-Lösungen.

Mit der Durchführung der Leistung zeigen sich demgegenüber die Teilnehmenden überwiegend zufrieden. 94 % der befragten Teilnehmenden würden ihre Leistung weiterempfehlen. Auch die Teilnehmenden der Fokusgruppe sind überwiegend mit der Qualität der Leistung zufrieden.

Arbeitsmarktorientierung

Leistungsträger und -erbringer erläutern, dass die aktuelle Arbeitsmarktsituation maßgeblich die Chancen von Menschen mit Behinderung auf dem Arbeitsmarkt mit definiere. Daher müssten entsprechende regionale Entwicklungen auf dem Arbeitsmarkt (z. B. Beschäftigungschancen, Berufsbilder) nach Aussagen vieler Leistungserbringer schon bei der Bedarfsermittlung eine stärkere Berücksichtigung finden: „Situation des regionalen Arbeitsmarktes findet in der Bedarfsermittlung kaum Beachtung“, „Es sollte ein größerer Fokus auf die aktuelle Arbeitsmarktlage sowie die gegebenen Bedingungen am allgemeinen Arbeitsmarkt der entsprechenden Region gelegt werden. Bei Umschulungen muss die aktuelle und perspektivische Arbeitsmarktsituation beachtet werden. In Berufe umzuschulen, in denen der Arbeitsmarkt bereits gesättigt ist, macht wenig Sinn...“. Auch für viele Leistungsträger spielt die Orientierung am Arbeitsmarkt bei der Bedarfsermittlung eine wichtige Rolle. Sie berichten: „Die Frage des Arbeitsmarktes und welche Berufe sind derzeit bei Arbeitgebern gefragt, wird nicht hinreichend gestellt bzw. beantwortet“, „stärkerer Bezug zur Arbeitswelt bei BBW/BFW erst im Entstehen (längere Praktika)“, „Die Bildungsträger sollten die Leistungsbezieher noch besser über die tatsächlichen Chancen am Arbeitsmarkt informieren (im Rahmen eines RehaAssessments)“. Damit wird deutlich, dass teils ein Bedarf an der Weiterentwicklung bisheriger LTA-Angebote besteht, als auch – und hier von besonderem Interesse – die Forderung, dass Prozesse der Bedarfsermittlung die individuellen Chancen der Teilhabe am Arbeitsleben nach einer LTA kontinuierlich und ggf. verstärkter berücksichtigen sollten.

Einen anderen Aspekt der Arbeitsmarktorientierung sprechen Menschen mit Behinderung an. Diese hoben im Rahmen der Fokusgruppe u. a. die Bedeutsamkeit qualifizierender Praktika hervor, welche bisweilen verstärkter genutzt werden sollten. Auch die Werkstatträte wünschen sich zum einen mehr Unterstützung beim Übergang in den ersten Arbeitsmarkt, zum anderen mehr Möglichkeiten für Beschäftigte in Werkstätten, sich auf dem ersten Arbeitsmarkt auszuprobieren.

Einen Fokus auf die Arbeitsmarktorientierung von Leistungen richteten auch verstärkt die Arbeitgeber. Diese führten aus, dass sie sich mehr Informationen zu Teilhabebeeinträchtigungen und deren Auswirkungen auf die konkrete Tätigkeit sowie Ausgleichsmöglichkeiten wünschten. Einige Leistungserbringer fordern hier: *„Betriebe müssen vorab über Menschen mit Behinderung informiert werden -> was können sie“*, *„Regelmäßige Informationen und ggf. Schulung in Betrieben, die Arbeitsplätze für Menschen mit psychischer Erkrankung anbieten“*. Auch Informationen über finanzielle Unterstützungsmöglichkeiten und die Zuständigkeiten der Rehabilitationsträger sind für Arbeitgeber relevant, so die Teilnehmenden der Diskussion mit Arbeitgebern. Des Weiteren wird von den Akteuren angemerkt, dass mehr Arbeitsplätze für schwerbehinderte Menschen sowie Anreize für Unternehmen geschaffen werden müssen: *„höhere Zuschüsse für Arbeitgeber, die einstellen wollen“ (Aussage eines Leistungserbringers)*.

Auch die Verbandsvertreter fordern in der Fokusgruppe mehr Unterstützungen und Investitionen zum Erhalt des Arbeitsplatzes zu tätigen und zum Beispiel den Minderleistungsausgleich als Anreiz für die Unternehmen zu forcieren. Die Werkstatträte fordern hier mehr Außenarbeitsplätze für Beschäftigte in Werkstätten einzurichten. Ein Leistungserbringer stellt ebenfalls das Engagement der Unternehmen in den Fokus und sieht hier Optimierungsbedarf: *„Bereitschaft der Arbeitgeber schwerbehinderte Mitarbeiter einzustellen“ (Aussage eines Leistungserbringers)*. Leistungsträger und –erbringer sehen jedoch vereinzelt die fehlende Barrierefreiheit in den Betrieben als Herausforderung: *„Insbesondere bei privaten Unternehmen besteht Bedarf bei der Barrierefreiheit“ (Aussage eines Leistungsträgers)*. Auch bei der *„Einstellung der Arbeitgeber zur Herstellung der Barrierefreiheit“ (Aussage eines Leistungserbringers)* wird Optimierungsbedarf gesehen. Zudem weisen wenige Leistungserbringer darauf hin, dass Barrieren bei den Arbeitgebern bestehen: *„Barrieren befinden sich in den Köpfen der Arbeitgeber, der Personalverantwortlichen bzw. Kollegen im Sinne des Vorurteils behindert = nicht leistungsfähig“*.

Insgesamt lässt sich festhalten, dass in allen Phasen des Rehabilitationsprozesses von den Akteuren Optimierungsbedarf gesehen wird. In der Initiierungsphase steht der Zugang zu LTA im Vordergrund und damit verbunden auch die Antragstellung mit der Zuständigkeitsklärung, die Beratung im Vorfeld der Rehabilitation und die Bedarfsfeststellung der Leistungsträger. In der Phase der Durchführung hat die Kommunikation und Kooperation der verschiedenen Akteure einen hohen Stellenwert. In der Abschlussphase liegt der Blick dagegen verstärkt auf dem Arbeitsmarkt, der für eine erfolgreiche Wiedereingliederung entscheidend ist.

4.2.3 Verfahren und Instrumente der Bedarfsermittlung

Zur Bedarfsermittlung werden, wie in Kapitel 4.1.3 beschrieben, von Leistungsträgern und Leistungserbringern eine Vielzahl an unterschiedlichen Verfahren und Instrumenten eingesetzt. Leistungsträger und -erbringer sehen hier diverse Optimierungsmöglichkeiten.

Besonders Leistungserbringer formulieren als Optimierungsperspektive eine stärkere **Vereinheitlichung und Konvergenz** der Verfahren und Instrumente. Dies umfasst zum einen die Verwendung von einheitlichen Verfahren/Instrumenten über bestimmte Leistungserbringer hinweg, zum anderen die Vereinheitlichung der Bedarfsermittlung insgesamt und akteursübergreifend: *„flächendeckender, institutionsübergreifender Einsatz von Profilinginstrumenten“*, *„Anwendung standardisierter Verfahren zur Bedarfsermittlung und Diagnose“*, *„evtl. Vereinheitlichung über alle BBWs in den Instrumenten der Bedarfsermittlung“*, *„einheitliche Instrumente zur Erhebung“* und *„im Rahmen zunehmender Individualisierung sind einzelne Prozessschritte umständlich, da keine standardisierten Verfahren zur Verfügung stehen.“*. Auch ein Leistungsträger formuliert: *„Die Bedarfsermittlung sollte nach möglichst einheitlichen Verfahren erfolgen“*. Andererseits weist ein Leistungserbringer auch auf mögliche Nachteile standardisierter Ansätze hin: *„durch standardisierte Verfahren fallen z. B. im Übergang Schule-Beruf Personen aus der Begleitung raus“*, und einem anderen fehlt ein *„Verfahren/Instrument, das für Übergänge zwischen den Systemen geeignet ist“*.

Von Seiten der Werkstätten für behinderte Menschen wird – trotz der Vielzahl der ermittelten Verfahren und Instrumente – auf das Fehlen von Verfahren/Instrumenten bzw. einen bestehenden Bedarf zur Weiterentwicklung von Verfahren/Instrumenten hingewiesen. Dies bezieht sich einerseits auf den Bereich umfassender und ganzheitlicher Verfahren/Instrumente, aber auch auf spezifische Verfahren/Instrumente für bestimmte Zielgruppen, wie Menschen mit psychischen Erkrankungen und geistigen Behinderungen. Leistungserbringer treffen hierzu folgende Aussagen: *„Weiterentwicklung der Assessmentinstrumente in Bezug auf Personenzentrierung“*, *„Differenzierung für entsprechende Personenkreise (geistig/psychisch/Beh.)“*, *„Ich habe den Eindruck, dass einige Instrumente zu detailliert sind. Es stehen die betroffenen Personen als Teile im Mittelpunkt aber nicht die ganze Person mit ihren Wechselwirkungen, „Entwicklung von Bedarfsermittlungstools für den Schwerstmehrfachbehindertenbereich“*. Dagegen berichtet ebenfalls ein Vertreter der WfbM: *„Ein ganzheitliches Bild kann gezeichnet werden. Hierfür würde jedoch ein Verfahren genügen.“*. Auch der Bezug zu anderen Lebensbereichen wie dem Arbeitsleben ist derzeit nach Aussagen der Leistungserbringer noch nicht ausreichend in den Verfahren/Instrumenten berücksichtigt: *„...es fehlen Instrumente, die die Lebensbedingungen und den Grad der Selbstständigkeit abbilden, die nötig sind, um eine Tätigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt zu übernehmen“*, *„Schaffung transparenter Assessmentverfahren speziell für handwerklich-praktische und ausbildungsbezogene Fähigkeitsprofile...“*.

Während seitens der Befragten somit einerseits das Erfordernis einer großen Differenziertheit der Bedarfsermittlung formuliert wird, wird andererseits von Leistungserbringern wie -trägern auch die Anforderung praktikabler und praxistauglicher Verfahren/Instrumente als wesentlich benannt. Leistungserbringer führen dazu aus, dass die Bedarfsermittlung „zeitlich machbar“ sein sollte, was z. B. über verkürzte oder vereinfachte Fragebögen sowie eine ökonomische bzw. effiziente Handhabung gelingen könnte: *„Einsatz effektiver und praxisorientierter Verfahren, weniger Bürokratie“*, *„neben der notwendigen Differenziertheit bei der Erfassung sind auch eine einfache und ökonomische Handhabung zu bedenken“*, *„Die einzusetzenden Instrumente sollen gut umsetzbar und gut*

zu handhaben sein“. Ein Leistungsträger formuliert es ähnlich: *„Instrumente zur Bedarfsermittlung müssen auch für Leistungsträger bzw. Leistungserbringer mit geringer Fallzahl praxistauglich sein. Der Nutzen für die Auswahl erfolgreicher LTA muss im Vordergrund stehen.“*

Auch wünschen sich einige Leistungserbringer einheitliche Grundlagen zur Beschreibung der Ergebnisse der Bedarfsermittlung: *„einheitliche Darstellung der Ergebnisse im Sinne einer Standardisierung“, „standardisierte Beschreibungen von Förderbedarf, Einschränkungen, Zielen, Maßnahmen“, „Zusammenführung der Einzelergebnisse/Einzelbegutachtungen ist oft recht willkürlich und von Zufällen mitbestimmt. Einheitliches Kategoriensystem würde den Prozess transparenter und effizienter machen“, „regelmäßiges Instrument zur Erhebung des Ist-Zustandes“, „Bessere Zusammenarbeit von Leistungsträgern und Leistungserbringern und eine gemeinsame Struktur mit den gleichen Kategorien/Merkmalen!“*. Auch ein Leistungsträger sieht in diesem Bereich Verbesserungsmöglichkeiten: *„Optimierungsbedarf bestünde im Hinblick auf eine einheitliche Beschreibung der Kompetenzen und Schwierigkeiten auf der Grundlage der ICF sowie eine einheitliche Dokumentation der Entscheidungsgrundlage“*. Insgesamt stehen hier **prozessphasenübergreifende, einheitliche Formate für Verfahren und Ergebnisse** im Vordergrund.

Aber auch die Möglichkeit stärkerer **inhaltlicher** Standards bzw. definierter **gemeinsamer Kriterien** als Ausgangspunkte werden von verschiedenen Leistungserbringern im Kontext von Weiterentwicklungsperspektiven genannt: *„einheitliche Standards zur Einschätzung der Leistungsfähigkeit von Rehabilitanden“, „gemeinsame Kriterien der Beurteilung, die alle Arten von Beeinträchtigungen einschließen, also auch Körperbehinderungen und chronische Erkrankungen“, „Bedarfsermittlung auf der Basis einheitlicher Mindeststandards über die Bundesländer hinaus“*.

Mit den Aspekten der Einheitlichkeit von Instrumenten wie auch von Prozessen steht ein weiterer, von Leistungserbringern benannter Optimierungsbedarf in Verbindung – die Verwendung einer gemeinsamen Sprache. Eine **einheitliche, gemeinsame Sprache** wird dabei als hilfreich und wünschenswert empfunden, besonders im Hinblick auf eine Verbesserung der Kommunikation: *„keine gemeinsame Sprache -> ein unbedingtes Muss“, „Es gibt keine eindeutige Begriffsklärung. Oft sind Interpretationen möglich und der Austausch mit externen Stellen, die nicht häufig stattfindet, gestaltet sich teilweise missverständlich. Die einrichtungsspezifische Sprache, Bewertungskriterien u. ä. machen das Verstehen teilweise schwierig“* und *„eine gemeinsame ‚Sprache‘ wie z. B. ICF wäre u. U. hilfreich“, „Vereinheitlichte Sprachregelungen auf Grundlage eines gemeinsamen Verständnisses von Persönlichkeit, Kompetenzen, Defiziten und Teilhabewünschen. ICF erscheint als Instrumentarium zur Beschreibung ganzheitlicher Persönlichkeit und Bedarfsermittlung gut geeignet.“* (Aussagen von Leistungserbringern). Ähnliche Aussagen, auch von Leistungsträgern, finden sich im Kapitel 4.2.5.

Im Hinblick auf die Frage, wie bzw. mit welchen Ansätzen „Bedarf“ ermittelt wird, bestehen auch unterschiedliche Rückmeldungen zur Frage der Möglichkeiten und Grenzen der **Objektivierbarkeit von Bedarf**. Hier finden sich unterschiedliche Optimierungsvorschläge. Die mögliche Bandbreite der Objektivierung lässt sich beispielhaft auf der einen Seite mit Ansätzen zur objektiven, psychometrisch abgesicherten Messung relevanter Merkmale und auf der anderen Seite mit nicht standardisierten gesprächsbasierten Ansätzen der Informationserhebung umreißen. So formuliert ein Leistungsträger: *„Kommt es tatsächlich auf standardisierte, vermeintlich objektive Bedarfsermittlung an? Eine wesentlich stärkere Beteiligung des Individuums: erscheint unabdingbar: Was will ich erreichen, warum, warum gerade jetzt?“*. Dagegen wünscht sich ein Leistungserbringer:

„einheitliche valide Ratinginstrumente“. Dabei wird von verschiedener Seite die Bedeutsamkeit von (Beratungs)Gesprächen, also die persönliche kommunikative Verständigung, bei der Bedarfsermittlung betont. Aus Sicht eines Leistungserbringers sollte insgesamt *„vor allem die individuelle Arbeit zwischen Betreuer und Klient berücksichtigt werden und die Illusion eines neutralen Mittels der Bedarfsermittlung in Frage gestellt werden“.* Für einzelne Leistungsträger ist insbesondere das Beratungsgespräch mit dem betroffenen Menschen mit Behinderung von Bedeutung. Besonders Vertreter/-innen der Bundesagentur für Arbeit stellen den hohen Stellenwert des Beratungsgesprächs in der Bedarfsermittlung heraus: *„Bei der Bedarfsermittlung wird die Bedeutung von Gutachten der Fachdienste häufig überbewertet und das Beratungsgespräch als Info-Quelle vernachlässigt.“*, *„Analog dem neuen Beratungskonzept muss das Gespräch mit den Kunden im Prozess der Bedarfsermittlung eine größere Bedeutung erfahren“.*

Mit der Frage der Objektivität des inhaltlichen Messansatzes steht nach Rückmeldung eines Teils der Befragten auch die Objektivität des Ermittelnden selbst in Verbindung. So wird z. B. eine Verortung der Bedarfsermittlung bei einer unabhängigen Stelle vorgeschlagen. So wünscht sich ein Leistungserbringer z. B. einen objektiven Casemanager, der die Leistungsberechtigten unterstützt und nicht die Interessen der Leistungsträger oder -erbringer vertritt. Auch einige Leistungsberechtigte der Fokusgruppe wünschen sich *„neutrale und unabhängige Assessments“.*

Insgesamt kann festgehalten werden, dass aus Sicht der Akteure eine Reihe, teils auch ambivalenter, Optimierungsmöglichkeiten bei der Bedarfsermittlung benannt werden. Werden einerseits Ansätze der Einheitlichkeit bei Verfahren/Instrumenten angeführt, ist zugleich eine ausreichende Spezifik des Ansatzes bedeutsam, dem mit einer festen Standardisierung nach Meinung der Befragten nicht ausreichend Rechnung getragen werden könne. Eine zweite Ambivalenz besteht in der Frage, ob Ansätze zur „objektiven Messung von Bedarf“ (mit psychometrischen Tests) im Vordergrund stehen sollten, oder ob nicht gerade die kommunikative Verständigung zwischen Menschen mit Behinderung und Beratern wesentliche Bedeutung für die Ermittlung relevanter Bedarfsaspekte zukommt. Gemeinsam ist vielen Optimierungsvorschlägen, dass – auf Basis von einheitlichen Begriffen und der Nutzung von Konvergenzen – eine gemeinsame Grundlage für die Bedarfsermittlung und die Verlaufsdocumentation zu einer verbesserten Kommunikation und Kooperation aller Beteiligten führen kann.

4.2.4 Passgenauigkeit der LTA durch passgenaue Bedarfsermittlung

Eine umfassende Bedarfsermittlung und der zielgerichtete Zugang zu Leistungen können erheblich zu einer passgenauen und erfolgreichen beruflichen Rehabilitation beitragen. Gerade die Betonung der Bedeutung des Gesprächs bei der Bedarfsermittlung, kann als Hinweis auf den jeweiligen Einzelfall und dessen Spezifik gesehen werden. Damit ist die Passgenauigkeit von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben angesprochen.

Die Akteure der beruflichen Rehabilitation sehen bezüglich einer umfassenden Bedarfsermittlung Optimierungsmöglichkeiten. Einige Leistungserbringer, aber auch Leistungsträger sind der Auffassung, dass derzeit nicht alle relevanten Aspekte i. S. einer **ganzheitlichen Bedarfsermittlung** ausreichend berücksichtigt werden. Dabei bemängeln Leistungsträger und -erbringer zum einen die unzureichende Berücksichtigung von Kontextfaktoren, also Umweltfaktoren und personbezogene Faktoren i. S. der ICF, sowie die mangelnde Berücksichtigung der gesamten Lebensumstän-

de: „krankheits- und behinderungsbedingte Einschränkungen werden oft zu isoliert, d. h. ohne angemessene Berücksichtigung personbezogener und Kontextfaktoren betrachtet und dominieren daher vielfach bei der Bedarfsermittlung“ (Aussage eines Leistungserbringers), „Maßnahmen sind aufgrund unserer Erfahrung nur dann effektiv, wenn Bedarfe nicht isoliert, sondern in der gesamten Breite/Kontexte erfasst und berücksichtigt werden“ (Aussage eines Leistungserbringers), „viel stärkere und deutlichere Schwerpunktsetzung auf ganzheitliche Aspekte von Lebensprozessen im Kontext der LTA“ (Aussage eines Leistungserbringers), „Kontextfaktoren sollten noch stärker in den Fokus genommen werden“ (Aussage eines Leistungsträgers). Ein Leistungsträger berichtet von den Schwierigkeiten bei der Berücksichtigung der Kontextfaktoren: „Kontextfaktoren (wie z. B. soziales Umfeld etc.) die wesentlich für eine Integration in Arbeit wären, sind nur schwer zugänglich und zeitgerecht zu erkennen. Dies stellt eine besondere Herausforderung an die persönliche Betreuung und Beratung dar“. Diese Aspekte können eine Barriere bei der (Wieder-) Eingliederung in den Arbeitsmarkt darstellen und damit für die Erreichung der Ziele von LTA relevant sein. Die Teilnehmenden der Fokusgruppe der Menschen mit Behinderung berichten, dass auf ihre persönliche Lebenssituation während der beruflichen Rehabilitation (in den jeweiligen Einrichtungen der Leistungserbringer) überwiegend Rücksicht genommen wurde. Lediglich ein Teilnehmender stimmte dieser Aussage nicht zu.

In Verbindung mit einer ganzheitlichen und personenzentrierten Erfassung und Betrachtung von Bedarfssituationen steht nach Meinung mehrerer Befragter auch die Berücksichtigung eines möglichen **sozialen Teilhabebedarfs** bei der Bedarfsermittlung. Leistungsträger und -erbringer weisen dabei zum Teil darauf hin, dass Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gesellschaft bisher bei der Bedarfsermittlung nicht ausreichend berücksichtigt werden. Dies ist dann von besonderer Bedeutung, wenn ein sozialer Teilhabebedarf (z. B. Stabilität durch Alltagsunterstützung) mit dem Erreichen des LTA-Ziels in Verbindung steht (z. B. Erreichen einer beruflichen Qualifikation). So äußern Vertreter/-innen verschiedener Leistungsträger und -erbringer: „*Teilhabebedarf am Leben in der Gemeinschaft sollte parallel mit erhoben werden, um eine ganzheitliche Teilhabe anzustreben (dann kippen auch nicht die LTA-Ziele)*“ (Aussage eines Leistungsträgers), „*Die soziale Integration wird nicht genügend berücksichtigt und bewertet*“ (Aussage eines Leistungserbringers), „*Bedarfsermittlung bezieht sich auf Arbeitsfähigkeit, lässt z. B. Überschuldung und soziale Probleme außer Acht*“ (Aussage eines Leistungserbringers), „*soziale Rehabilitation muss als ein wesentlicher Aspekt von LTA gesehen werden* (Aussage eines Leistungserbringers).

Eng mit dem Aspekt der Ganzheitlichkeit verknüpft ist der von einigen Leistungserbringern benannte Ansatz der **Personenzentrierung**, welcher zu stärken sei. Der Mensch mit Behinderung muss mehr in den Mittelpunkt rücken: „*wünschenswert ist eine stärkere Personenzentrierung, mehr auf Inhalte, weniger auf Formulierungen Wert legen*“ (Aussage eines Leistungserbringers), „*Der Leistungsberechtigte muss noch mehr in den Mittelpunkt rücken.*“ (Aussage eines Leistungsträgers). Auch die Teilnehmenden der Fokusgruppe der Verbände bekräftigen, dass die Person immer im Mittelpunkt bei der beruflichen Rehabilitation stehen muss, und dies insbesondere bei der Bedarfsermittlung. Damit einhergehend ist für die Befragten auch eine stärkere Berücksichtigung der jeweils individuellen Neigungen und Fähigkeiten verbunden: „*Die Neigungen des Rehabilitanden sind sehr wichtig. Die Konsequenzen einer nicht auf die Integration zielenden Neigung wird nicht genügend herausgestellt. Im Rahmen einer Beratung müssen auch unangenehme Dinge (Traumberuf wird nicht nachgefragt) gesagt werden.*“ Diese werden nach Ansicht einzelner Leis-

tungserbringer nicht ausreichend berücksichtigt: „*stärkere Berücksichtigung der Neigungen und Fähigkeiten oft erforderlich*“ „*Verwaltungsstrukturen und -abläufe verhindern personenzentrierte Leistungserbringung*“, „*Der Rehabilitand sollte mehr im Mittelpunkt stehen und seine Neigungen mehr Anerkennung im Rehaprozess finden*“.

Auch gibt es teils von Leistungserbringern sowie von Teilnehmenden der Fokusgruppe der Verbandsvertreter Hinweise, dass der Fokus bei der Bedarfsermittlung zu sehr auf Erkrankungen, Einschränkungen und Defiziten der Menschen mit Behinderung liege. Leistungserbringer formulieren es wie folgt: „*wenn ein defizitorientiertes Instrument als Abrechnungsgrundlage eingesetzt wird, verschiebt sich und vermischt sich die Lage und werden die Ressourcen des Menschen außer Acht gelassen*“, „*Ressourcen noch zielgerichteter herausfiltern und zur Zielvereinbarung nutzen*“, „*Die Ziele der Person müssen stets im Vordergrund stehen. Derzeit herrscht ein mechanistisches Weltbild vor bei der Bedarfsermittlung*“. Eine Orientierung an den Potentialen, Fähigkeiten und Ressourcen ist dagegen für die Befragten wünschenswert. Für die Menschen mit Behinderung, die an der Fokusgruppe teilnahmen, standen die Stärken nicht ausreichend im Vordergrund. Auf eine **Orientierung an Ressourcen** und Kompetenzen legen genauso die Teilnehmenden der Diskussionsrunde der Arbeitgeber wert. Es müssten den Arbeitgebern mehr als bisher die Vorzüge der Menschen mit Behinderung aufgezeigt werden. Die häufige Fokussierung auf den Grad der Behinderung, die Erkrankung und die Defizite kann für Arbeitgeber abschreckend wirken. Bei Menschen ohne Behinderung liege in Einstellungsverfahren ebenfalls der Fokus auf den Kompetenzen.

Laut § 9 SGB IX haben die Leistungsberechtigten bei der Entscheidung und Ausführung über Leistungen ein **Wunsch- und Wahlrecht**. Sofern die Wünsche berechtigt sind, soll diesen entsprochen werden. Auch hier gibt es nach Ansicht einiger Leistungserbringer Optimierungspotentiale: *Vor allem im Vorfeld bei der Auswahl der Maßnahme beim Kostenträger könnte die Beteiligung (Wunsch- und Wahlrecht) optimiert werden*“, *Das Wunsch- und Wahlrecht sollte stärker Berücksichtigung finden. Oft nur wenig Zeit für Passung*“, „*Realisierung Wunsch- und Wahlrecht*“, „*vor allem im Vorfeld bei der Auswahl der Maßnahme beim Kostenträger könnte die Beteiligung (Wunsch- und Wahlrecht) optimiert werden*“. Der Umsetzung des Wunsch- und Wahlrechts stehen in der Praxis Rahmenbedingungen wie volle Gruppen, Schließung von Bereichen einer Einrichtung, Einzugsbereiche, knappe zeitliche Ressourcen oder feste Termine zum Beispiel Schuljahr, Semester oder Trimester gegenüber. Auch ein nicht ausreichend breites Angebot an LTA kann das Wunsch- und Wahlrecht einschränken. Knapp die Hälfte der Teilnehmenden der Fokusgruppe der Menschen mit Behinderung sind mit dem Angebot an LTA zufrieden. Die anderen Teilnehmenden regen an, mehr Berufsfelder in den Einrichtungen anzubieten. Darauf bezieht sich auch ein befragter Leistungserbringer und fordert eine „*Erweiterung des Fachangebots/Angebotsspektrums*“. Zudem wird in der Fokusgruppe angeregt, die Angebote anhand der Nachfrage anzubieten. Leistungsträger beziehen sich in ihren Aussagen nicht auf dieses Thema.

Im Zusammenhang mit dem Wunsch- und Wahlrecht steht auch eine **stärkere Beteiligung** der Menschen mit Behinderung, die wenige Leistungsträger und -erbringer als ausbaufähig ansehen. Dies betrifft zum einen eine stärkere und verbindlichere Beteiligung an der Bedarfsermittlung selbst, sowie die Information und Kommunikation bzgl. der Ergebnisse der Bedarfsermittlung „auf Augenhöhe“. Auch die Bezugspersonen der Menschen mit Behinderung, wie Lebenspartner, Eltern, Angehörige und Freunde sollten in den Prozess mit einbezogen werden. Die Werkstatträte

ergänzen, dass sie sich mehr Einbeziehung in das Hilfeplanverfahren wünschen. Diese Augenhöhe fehlt bisher nach Ansicht von Leistungserbringern und der Fokusgruppe der Verbandsvertreter.

Besonders Vertreter/-innen der Werkstätten für behinderte Menschen, aber auch Vertreter/-innen der Berufsbildungswerke und Integrationsfachdienste, weisen auf die Notwendigkeit der Verwendung leichter Sprache hin: *„mehr Ansätze zur Verwendung leichter Sprache“, „durchgängige Nutzung leichter Sprache und wenn nötig unterstützte Kommunikation“, „verstärkter Einsatz von leichter Sprache in schriftlichen Konzepten und der täglichen Arbeit (verbal + nonverbal)“*. Dies betrifft nach Aussagen der Leistungserbringer auch Formulare, Anträge, Bescheide von Leistungsträgern, Behörden und anderen Organisationen. Ein Leistungserbringer weist auch darauf hin, dass viele Testverfahren nicht in leichter Sprache verfügbar sind. Auch die Auswertungen der Tests erfolgen selten in leichter Sprache. Die Verwendung von leichter Sprache kann nach Aussagen der Leistungserbringer zu einer stärkeren Beteiligung des Menschen mit Behinderung führen und würde auch eine Entbürokratisierung mit sich bringen.

In der Fokusgruppe der Menschen mit Behinderung wurde deutlich, dass der Weg in eine LTA langwierig und schwierig sein kann. Die Teilnehmenden stimmten überwiegend der Aussage zu „Ich musste für mein Ziel kämpfen“. Während der beruflichen Rehabilitation konnten mit den Teilnehmenden Perspektiven erarbeitet werden. Der Großteil der Teilnehmenden der Fokusgruppe sieht Perspektiven für die Zukunft.

Insgesamt kann die Bedarfsermittlung nach Meinung der Befragten noch umfassender und ganzheitlicher durchgeführt werden. Der Fokus der Bedarfsermittlung müsse stärker auf die Ressourcen gelegt werden und Menschen mit Behinderung müssten stärker in den Prozess mit einbezogen werden.

4.2.5 Möglichkeiten und Potenziale der ICF

Zur Erfassung möglicher (zukünftiger) Potenziale und Nutzungsmöglichkeiten der ICF für den Bereich der Bedarfsermittlung bei LTA wurden im Rahmen der Fragebogenerhebung bei Leistungsträgern und -erbringern entsprechende Informationen mit geschlossenem und offenem Antwortformat erhoben. Nachfolgend werden dazu die Ergebnisse vorgestellt. Empirische Ausgangsbasis sind diejenigen Leistungsträger und -erbringer, welche sich bereits mit der ICF auseinandergesetzt haben bzw. diese im Arbeitsalltag nutzen (vgl. 4.1.6).

4.2.5.1 Einschätzung und Potential der ICF

Gegenüberstellung Leistungsträger und -erbringer

Im Bereich „Einschätzung und Potentiale der ICF“ waren durch Leistungsträger und Leistungserbringer unter der Leitfrage *„Wie schätzen Sie die folgenden Aussagen zur ICF mit Blick auf LTA ein?“* folgende fünf Aussagen zu bewerten:

- a) Eine Weiterentwicklung der ICF ist aus meiner Sicht notwendig.
- b) Eine ICF-Nutzung verbessert aus meiner Sicht die Identifikation von Bedarfen.

- c) Eine ICF-Nutzung verbessert aus meiner Sicht die Prozesssteuerung von Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation.
- d) Die ICF bildet die Grundlage, Verfahren zur Bedarfsermittlung zu entwickeln, die träger- und erbringerübergreifend benutzt werden können.
- e) Die Potentiale der ICF zur Nutzung innerhalb der LTA sind aus meiner Sicht bisher noch kaum ausgeschöpft.

Dabei soll es zunächst um eine vergleichende Betrachtung der Bewertungen von Leistungsträgern und Leistungserbringern gehen, wie sie mit Abbildung 40 grafisch dargestellt ist.

Hinsichtlich der Notwendigkeit einer Weiterentwicklung der ICF (a) ist zunächst zu konstatieren, dass etwa jeder Zehnte Antwortende hierzu keine inhaltliche Einschätzung treffen kann. Darüber hinaus ist ersichtlich, dass Leistungserbringer deutlich häufiger Weiterentwicklungsnotwendigkeiten der ICF feststellen. Während fast die Hälfte der Leistungserbringer (45,6 %) Weiterentwicklungsbedarf sehen (Leistungsträger: 23,5 %), ist dies bei einem kleinen Anteil (7 %) nicht der Fall. Mit knapp einem Drittel (32,4 %) sehen Leistungsträger dem gegenüber solche Entwicklungsnotwendigkeiten deutlich seltener als gegeben. Mit dem Aspekt der Weiterentwicklung der ICF steht die Frage in Verbindung, inwieweit im Bereich LTA die Potenziale der ICF ausgeschöpft sind (e). Der Aussage nach bisher noch kaum ausgeschöpften Potenzialen wird von drei Viertel der Leistungserbringer (75 %) und zwei Drittel der Leistungsträger (66 %) teils oder ganz zugestimmt. Während dabei die Leistungserbringer überwiegend vollständig zustimmen (55,1 %), ist das Meinungsbild seitens der Leistungsträger differenzierter. Kaum ausgeschöpfte Potenziale sieht hier die Mehrheit der Befragten nur teilweise (42,9 %). Obwohl die Leistungsträger und -erbringer sich hier in der Zustimmungsrate stark unterscheiden, ist umso beachtlicher, dass sich diese – über alle zu bewertenden Aspekte – hinsichtlich der Häufigkeit der Ablehnung dieser Aussage ähnlich sind (10 % bzw. 17 %).

Weiterhin fällt bei Abbildung 40 ins Auge, dass die Leistungserbringer die vorgegebenen Sachverhalte b) bis d) tendenziell positiver bewertet haben als Leistungsträger. Den Aussagen, dass die ICF die Identifikation von Bedarfen (b) bzw. die Prozesssteuerung (c) verbessert sowie die Grundlage für die Entwicklung von Verfahren der Bedarfsermittlung bilden kann (d), stimmen jeweils etwa die Hälfte der Leistungserbringer zu und jeweils mehr als ein Drittel sieht die Aussagen teils/teils als gegeben. Über alle Leistungsträger findet sich zur Frage, ob die ICF die Grundlage für Weiterentwicklungen von Verfahren der Bedarfsermittlung bildet bzw. bilden kann (d) mit 38 % der Antwortenden die höchste Zustimmung. Während nur ein kleinerer Anteil der Befragten bestehende Potenziale der ICF zur Verbesserung der Bedarfsidentifikation (b) bzw. der Prozesssteuerung (c) eindeutig bejaht (18,8 % bzw. 26,5 %), ist die Zahl derjenigen, mit ambivalenter Einschätzung umso größer.

Im Vergleich von Leistungsträgern und -erbringer hinsichtlich der Zustimmungsrate bei den beiden letztgenannten Sachverhalten (b und c) sowie bzgl. kaum ausgeschöpfter Potenziale der ICF für LTA (e) werden auch wesentliche Beurteilungsunterschiede deutlich. Ferner ist beim Vergleich von Leistungsträgern mit -erbringern augenfällig, dass das Antwortverhalten von Leistungsträgern weniger eindeutig ist, was sich durch hohe Anteile der „Teils/teils“, aber auch häufigere Angaben von „weiß nicht“ abbildet.

Wird das Antwortverhalten von Leistungsträgern und -erbringern insgesamt betrachtet, weisen die Ergebnisse darauf hin, dass Potenziale und Möglichkeiten der ICF insgesamt mit unterschiedlichem Differenzierungsgrad gesehen werden. Während Leistungsträger bei den erfragten Komplexen häufiger „teilweise“ angeben und damit für diese weitere, hier nicht erfragte Kriterien bedeutsam sind, scheinen die Antworten der Leistungserbringern von einer größeren Zuversicht in Bezug auf bestehende Potenziale der ICF im Bereich Bedarfsermittlung und darüber hinaus geprägt zu sein. Gleichwohl wird der Sachverhalt, dass die ICF als Grundlage für Verfahren zur erbringer- sowie trägerübergreifenden Bedarfsermittlung entwickelt und genutzt werden kann (d) sowohl von Leistungsträgern wie -erbringern vergleichbar eingeschätzt. Eine solche häufige Übereinstimmung in der Bewertung birgt dabei scheinbar Potentiale für eine übergreifende Weiterentwicklungsinitiative. Fasst man auf Ebene der Leistungsträger zustimmende und ambivalente (teils/teils) Antworten zusammen, so ergibt sich hier ein Anteil von 64,7 %, der der Auffassung ist, hier vertieft Potentiale im Bereich der Bedarfsermittlung zu sehen. Für die LE ist hier ein Potential 83,8 % zu identifizieren.

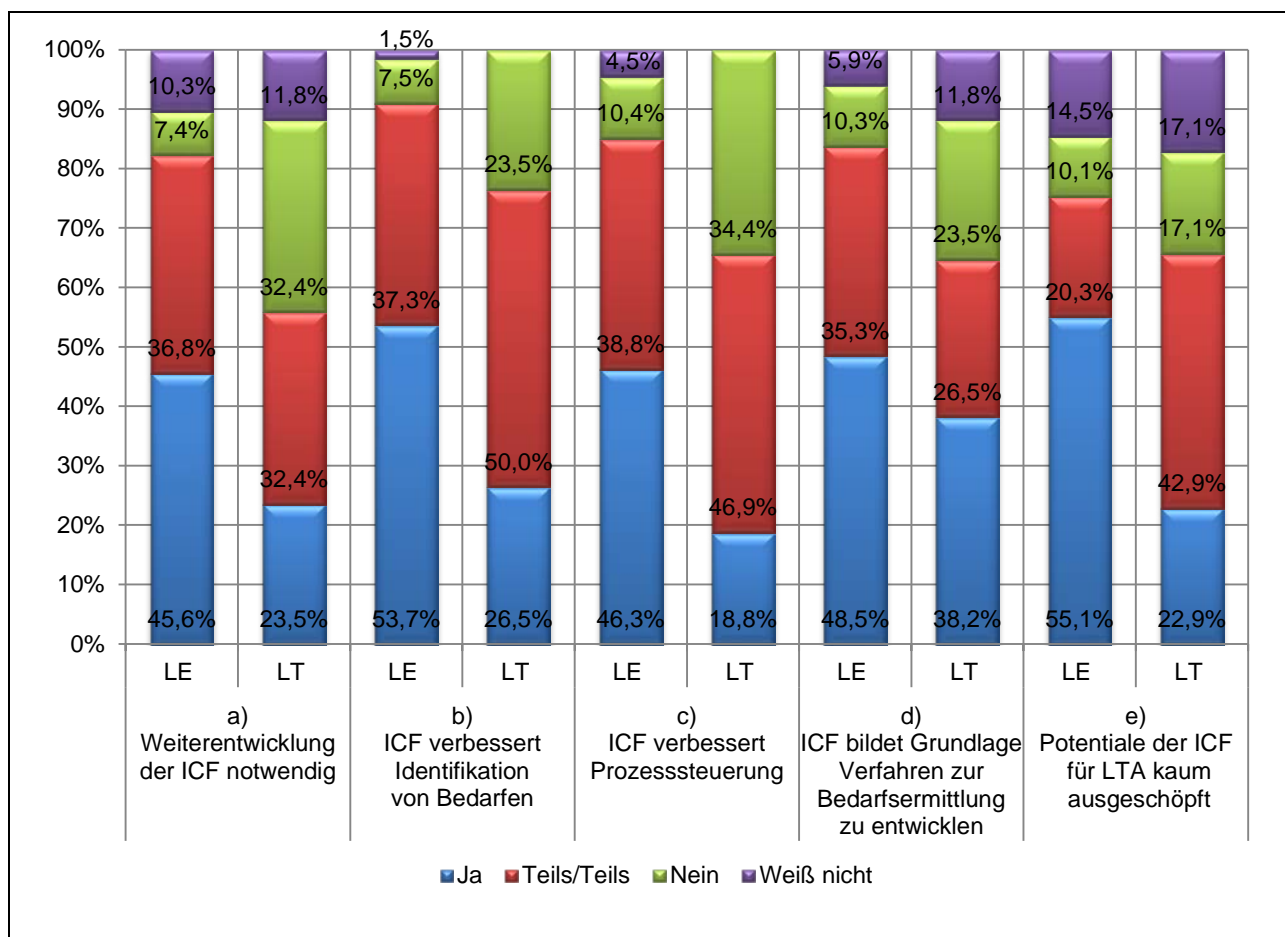


Abbildung 40: Vergleich der Leistungserbringer und -träger zur Einschätzung sowie Potential der ICF

Leistungsträger

Werden die Antworten nach den jeweiligen Trägerbereichen differenziert, ist zunächst festzuhalten, dass zu den fünf Aussagen durchweg ca. 90 % der Leistungsträger Stellung nehmen, die die ICF bereits praktisch nutzen oder sich mit ihr schon näher auseinandergesetzt haben (n=20) (vgl. Tabelle 11). Die nachfolgenden Prozentangaben beziehen sich hier ebenfalls nur auf die jeweils gültigen Antworten.

Methodisch ist hierbei folgendes zu berücksichtigen: Die einzige Organisation seitens der Integrationsämter/Hauptfürsorgestellten, die sich mit der ICF eingehender beschäftigt hat, hat nachfolgende Fragestellung nicht beantwortet. Die Werte bzgl. der Sozialhilfe beziehen sich auf nur eine Organisation⁷³ und sind damit keineswegs auf den gesamten Trägerbereich verallgemeinerbar. Von den Organisationen der BA arbeitet eine bereits mit der ICF im Arbeitsalltag, enthält sich aber ferner der Fragestellung. Die zwei weiteren BA⁷⁴ Organisationen, die die ICF zwar noch nicht im Arbeitsalltag nutzen, sich gegenwärtig aber schon mit ihr beschäftigt haben und sich zur Frage bzw. den fünf Aussagen positionieren, werden auf Grund des Gewichtungsfaktors nur dann in die Auswertung einbezogen, sofern sie sich beide für die gleiche Antwortkategorie entscheiden.

Tabelle 11: Einschätzung und Potenzial der ICF aus Sicht von Leistungsträgern, in Prozent

		DRV	UV/BG/ SVLFG	SozH	BA	InA/Hauptf.
a) Notwendigkeit der Weiterentwicklung der ICF	Ja	18,2	20,0	100,0	0,0	0,0
	Teils/Teils	18,2	60,0	0,0	0,0	0,0
	Nein	45,5	20,0	0,0	0,0	0,0
	Weiß nicht	18,2	0,0	0,0	0,0	0,0
b) ICF Nutzung verbessert Identifikation von Bedarfen	Ja	8,3	60,0	100,0	0,0	0,0
	Teils/Teils	50,0	40,0	0,0	100,0	0,0
	Nein	41,7	0,0	0,0	0,0	0,0
	Weiß nicht	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
c) ICF Nutzung verbessert Prozesssteuerung von LTA-Maßnahmen	Ja	10,0	40,0	0,0	0,0	0,0
	Teils/Teils	30,0	60,0	100,0	0,0	0,0
	Nein	60,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Weiß nicht	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
d) ICF bildet Grundlage für Entwicklungen von Verfahren zur Bedarfsermittlung	Ja	18,2	80,0	100,0	0,0	0,0
	Teils/Teils	45,5	20,0	0,0	0,0	0,0
	Nein	27,3	0,0	0,0	0,0	0,0
	Weiß nicht	9,1	0,0	0,0	0,0	0,0
e) Potentialausschöpfung der ICF bei LTA	Ja	0,0	60,0	0,0	0,0	0,0
	Teils/Teils	45,5	40,0	100,0	0,0	0,0
	Nein	27,3	0,0	0,0	0,0	0,0
	Weiß nicht	27,3	0,0	0,0	0,0	0,0

Auf die Aussage, betreffend die Notwendigkeit einer Weiterentwicklung der ICF (a), spricht sich die Mehrheit der DGUV/SVLFG (60 %) teilweise für eine Weiterentwicklung der ICF aus. Die Mehrzahl der Rentenversicherungsträger sehen dem gegenüber keine Weiterentwicklungsnotwendigkeit, was ebenso auf 20 % der DGUV/SVLFG zutrifft. Keine Position beziehen bei beiden Trägern jeweils etwa 20 %.

⁷³ Problematik der verzerrten Fallzahlen, vgl. Kapitel 7

⁷⁴ Problematik der überlagerten Fallzahlen, vgl. Kapitel 7

Der formulierten These, dass die ICF-Nutzung die Identifikation von Bedarfen verbessert (b), schließt sich die Mehrheit der DGUV/SVLFG (60 %) an. Die DRV ist in der Beurteilung verhaltener, so dass der Aussage mehrheitlich nur eingeschränkt zugestimmt wird (50 %). Keine Verbesserung bei der Bedarfsidentifikation durch die ICF geben knapp 42 % der DRV-Organisationen an und niemand seitens der DGUV/SVLFG.

Auch die Beurteilung der Potenziale einer ICF-Nutzung zur Verbesserung der Prozesssteuerung bei beruflichen Rehabilitationsmaßnahmen (c) fällt bei den Leistungsträgern unterschiedlich aus. Während die Organisationen der DGUV/SVLFG zu je 100 % eine vollständige bzw. teilweise Verbesserung der Prozesssteuerung von LTA-Maßnahmen durch die ICF-Nutzung sehen, verneint dies mit 60 % eine Mehrheit der DRV.

Der Aussage, dass die ICF Grundlage eines träger- und erbringerübergreifenden Verfahrens zur Bedarfsermittlung (d) sein kann, stimmen – ähnlich dem Antwortmuster in Aussage b) – die DGUV/SVLFG mehrheitlich voll und ganz zu (80 %). Das Gros der DRV (46 %) stimmt zwar ebenfalls zu, allerdings mit Abstrichen in der Kategorie „Teils/teils“. Darüber hinaus verneinen 27 % der Rentenversicherungsträger, dass die ICF eine Grundlage zur Entwicklung von Verfahren zur akteursübergreifenden Bedarfsermittlung sein könnte. Gleichfalls fällt es einem kleineren Teil der DRV-Organisationen schwer, hierzu eine inhaltliche Positionierung vorzunehmen („Weiß nicht“: 9 %).

Ähnlich wie in den vorangegangenen Aussagen, votiert der Großteil der DRV-Organisationen bezüglich bisher unausgeschöpfter Potentiale der ICF innerhalb der LTA (e) verhaltener als die DGUV/SVLFG. Während mit 60 % die Organisationen der DGUV/SVLFG deutliche Potentiale der ICF innerhalb der LTA sehen, tun dies 46 % der DRV teilweise. Wiederum sind es DRV-Organisationen, die die Aussage mit je 27 % verneinen bzw. denen es schwer fällt, sich eindeutig zu positionieren.

Leistungserbringer

Von den Leistungserbringern, die sich mit der ICF bereits inhaltlich auseinandergesetzt haben oder gar im Arbeitsalltag nutzen, haben jeweils rund 95 % eine Einschätzung betreffend der folgenden fünf Aussagen zur ICF im Bereich LTA vorgenommen (vgl. Tabelle 12). Daher sind nachfolgend nur die gültigen Antworten (n=124) Basis der Prozentangaben.

Werden die verschiedenen Leistungserbringertypen differenziert betrachtet (zusammenfassend Tabelle 12), ergibt sich hinsichtlich der Einschätzung der Notwendigkeit einer Weiterentwicklung der ICF (a) ein recht heterogenes Antwortverhalten. Während die BTZ einheitlich der Notwendigkeit zur Weiterentwicklung zustimmen, sind es bei den WfbM, Phase-II-Einrichtungen und RPK noch knapp die Hälfte. Die BBW und BFW sehen mehrheitlich den teilweisen Bedarf an einer Weiterentwicklung der ICF. Mit ca. 80 % sind sich diesbezüglich die BFW Einrichtungen nahezu einig. Keinerlei Notwendigkeit an einer entsprechenden Weiterentwicklung der ICF wird mit einem Prozentsatz zwischen 7 und 11 nur von WfbM, BFW und BBW genannt. Innerhalb der IFD kann sich die Hälfte nicht für eine konkrete Position entscheiden und wählt die Kategorie „Weiß nicht“.

Die Einschätzung, dass die ICF-Nutzung die Identifikation von Bedarfen verbessert (b), erfolgt zwischen den verschiedenen Leistungserbringern sehr ähnlich. Bis auf die WfbM stimmt jeweils die Mehrheit der antwortenden Experten der Aussage zu, allen voran die Phase-II-Einrichtungen mit

rund 83 %, gefolgt von den BBW mit 77 %, BTZ mit 67 %, RPK 52 % und BFW sowie IFD mit je 50 %. Die WfbM, die mit 33 % voll und ganz bzw. mit 47 % teilweise zustimmen, verneinen gleichzeitig mit 13 % auch am häufigsten neben den RPK (ca. 7 %) und BBW (rund 6 %) diese Aussage. Ferner sind die verbleibenden 7 % der WfbM, die sich nicht eindeutig positionieren können, auch die einzigen der Leistungserbringereinrichtungen in dieser Kategorie.

Tabelle 12: Einschätzung und Potenzial der ICF aus Sicht von Leistungserbringern, in Prozent

		BBW	WfbM	BFW	BTZ	IFD	RPK	Phase II
a) Notwendigkeit der Weiterentwicklung der ICF	Ja	33,3	53,3	10,5	100,0	25,0	46,4	50,0
	Teils/Teils	50,0	26,7	79,0	0,0	25,0	46,4	33,3
	Nein	11,1	6,7	10,5	0,0	0,0	0,0	0,0
	Weiß nicht	5,6	13,3	0,0	0,0	50,0	7,1	16,7
b) ICF Nutzung verbessert Identifikation von Bedarfen	Ja	76,5	33,3	50,0	66,7	50,0	51,9	82,6
	Teils/Teils	17,7	46,7	50,0	33,3	50,0	40,7	17,4
	Nein	5,9	13,3	0,0	0,0	0,0	7,4	0,0
	Weiß nicht	0,0	6,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
c) ICF Nutzung verbessert Prozesssteuerung von LTA-Maßnahmen	Ja	66,7	31,3	36,8	66,7	50,0	51,9	33,3
	Teils/Teils	11,1	43,8	52,6	33,3	50,0	40,7	66,7
	Nein	11,1	18,8	10,5	0,0	0,0	7,4	0,0
	Weiß nicht	11,1	6,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
d) ICF bildet Grundlage für Entwicklungen von Verfahren zur Bedarfsermittlung	Ja	58,8	37,5	36,8	83,3	40,0	46,4	50,0
	Teils/Teils	29,4	37,5	36,8	16,7	20,0	39,3	50,0
	Nein	11,8	12,5	26,3	0,0	20,0	7,1	0,0
	Weiß nicht	0,0	12,5	0,0	0,0	20,0	7,1	0,0
e) Potentialausschöpfung der ICF bei LTA	Ja	58,8	62,5	10,5	83,3	50,0	52,0	50,0
	Teils/Teils	11,8	18,8	52,6	16,7	25,0	20,0	33,3
	Nein	11,8	6,3	10,5	0,0	0,0	20,0	16,7
	Weiß nicht	17,7	12,5	26,3	0,0	25,0	8,0	0,0

Bei der Einschätzung, dass die Nutzung der ICF die Prozesssteuerung beruflicher Rehabilitationsmaßnahmen verbessert (c), bilden sich im Antwortverhalten zwei Gruppen. So stimmen mehrheitlich die BBW, BTZ (je 67 %), RPK (ca. 52 %) und IFD (50 %) der Aussage vollkommen zu, gegenüber einer Minderheit bei den BFW (37 %), Phase II (33 %) und WfbM Einrichtungen (31 %), die demgegenüber häufiger ambivalent urteilen und die Kategorie „Teils/teils“ wählen. Aus vier Leistungserbringertypen schreiben Experten der ICF-Nutzung kein Verbesserungspotential hinsichtlich der Prozesssteuerung beruflicher Maßnahmen zu; dies sind 7 % der RPK, je 11 % der BFW sowie BBW und 19 % der WfbM.

Zur Aussage, dass die ICF eine Grundlage zur Entwicklung von Verfahren der Bedarfsermittlung bietet, die dann träger- und erbringerübergreifend eingesetzt werden kann (d), findet sich einerseits eine klare mehrheitliche Zustimmung innerhalb der Einrichtungen der BTZ (83 %), BBW (59 %) sowie RPK (46 %) und IFD (40 %). Zum anderen stimmen Einrichtungen anderer Erbringertypen zu gleichen Teilen der Aussage voll bzw. nur partiell zu, wie Phase II (je 50 %), WfbM (je 38 %) und BFW (je 37 %). Eine generelle Ablehnung erfolgt hauptsächlich von den BFW mit 26 %, aber auch von 20 % der IFD sowie den WfbM, BBW (je rund 12 %) und RPK (7 %).

Bei der Aussage, dass die ICF noch bisher unausgeschöpfte Potentiale in Bezug auf LTA besitzt (e), zeigt sich, wie schon bei Aussage b), ein eher homogenes Antwortverhalten der unterschiedlichen Einrichtungstypen. So spricht jeweils eine große Mehrheit, bis auf die BFW, der ICF im Bereich LTA noch einiges an Potential zu, besonders die BTZ mit 83 %, gefolgt von den WfbM mit 63 %, BBW mit 59 % RPK 52 % sowie IFD und Phase-II-Einrichtungen mit je 50 %. Hingegen bejahen die BFW dies zwar mit 11 %, die Mehrheit sieht mit 53 % demgegenüber nur teilweise unausgeschöpfte Potentiale. Bis auf die BTZ und IFD verneint ein Anteil zwischen 6 % und 20 % die Aussage, bei den RPK sowie Phase-II-Einrichtungen ist er mit 20 % und 17 % am höchsten. Ferner scheint eine klare Positionierung, mit Ausnahme der BTZ sowie Phase-II-Einrichtungen, für bis zu 26 % der Leistungserbringer schwierig (26 % BFW, 25 % IFD, 18 % BBW, 13 % WfbM und RPK 8 %).

4.2.5.2 Weitere Nutzungsmöglichkeiten der ICF im Bereich LTA

Gegenüberstellung Leistungsträger und -erbringer⁷⁵

Weitere Nutzungsmöglichkeiten der ICF im Bereich LTA sehen Leistungserbringer und -träger in zahlreichen Bereichen, die in Tabelle 13 gegenübergestellt sind. Benannt werden dabei teils übereinstimmende, teils aber auch unterschiedliche Nutzungsmöglichkeiten.

Gemeinsamkeiten in den Angaben der Leistungserbringer und -träger lassen sich bei der Kommunikation und dort schwerpunktmäßig in der einheitlichen Sprache sowie in der Berücksichtigung in Dokumentationssystemen bzw. im gesamten Berichtswesen erkennen.

Von Seiten der Leistungserbringer sind hier die ganzheitliche Sicht, die Anpassung der Bedarfsermittlungsverfahren an die ICF, die Rehabilitationsplanung/Zielvereinbarung, die Maßnahmensteuerung, die Vernetzung, die Bedarfsermittlung, der Wunsch nach ICF- Spezifizierung auf LTA, der Bereich Fortbildung/Weiterentwicklung, die Transparenz, Inklusion, die Selbstbestimmung, die Sozialpolitik, die Prävention, die Auflösung des GdB sowie die Evaluation zu nennen. Hingegen sehen Leistungsträger weitere Nutzungsmöglichkeiten in der exakten Beschreibung, der Berücksichtigung von Kontextfaktoren, der Weiterentwicklung von Assessmentverfahren, in der Grundlage zur Leistungsbeurteilung, in der Entwicklung von Qualitätssicherungsmaßnahmen sowie im Einbezug in den gesamten Reha-Prozess.

Zugleich finden sich aber auch kritische Rückmeldungen von Leistungsträgern und -erbringern: die Einführung der ICF sei für eine Handhabung im Arbeitsalltag nicht praktikabel und sie sprechen sich gegen die Nutzung der ICF aus.

⁷⁵ Leistungserbringer beantworten die Frage deutlich häufiger als Leistungsträger. Während bei Leistungsträgern weniger als 35 % eine Antwort mitteilen, sind es bei den Leistungserbringern nahezu doppelt so viele Einrichtungen (rund 60 %).

Tabelle 13: Zusammenfassung der verdichteten Kategorien zu weiteren Nutzungsmöglichkeiten der ICF im Bereich LTA

Leistungserbringer	Leistungsträger
Kommunikation/einheitliche Sprache	Einheitliche Sprache
Ganzheitliche Sicht	Exakte Beschreibung
Anpassung der Bedarfsermittlungsverfahren an die ICF	Berücksichtigung Kontextfaktoren
Rehabilitationsplanung/Zielvereinbarung	Weiterentwicklung von Assessmentverfahren
Maßnahmensteuerung	Grundlage zur Leistungsbeurteilung
Berichtswesen	Berücksichtigung in Dokumentationssystemen
Vernetzung	Entwicklung Qualitätssicherungsmaßnahmen
Bedarfsermittlung	Einbezug im gesamten Reha-Prozess
Wunsch nach ICF-Spezifizierung auf LTA	Nicht praktikabel
Fortbildung/Weiterentwicklung	
Transparenz	
Inklusion	
Selbstbestimmung	
Sozialpolitik	
Prävention	
Auflösung GdB	
Evaluation	
Kontra ICF	

Leistungsträger⁷⁶

Wird bei den weiteren Möglichkeiten zur Nutzung der ICF im Bereich LTA die Gruppe der Leistungsträger näher betrachtet, ergibt sich aus Sicht der befragten Leistungsträger (n=9) ein weites Spektrum potenzieller Einsatzmöglichkeiten, das je nach Perspektive der Akteure, unterschiedliche Dimensionen aufweist. Die Antworten beziehen sich auf Angaben der DRV (n=4), der BG (n=3), der Integrationsämter/Hauptfürsorgestellen (n=1) und der SozH (n=1).

Die Chance zur exakten und vor allem einheitlichen Beschreibung funktionaler Gesundheit sieht die DRV (n=2) in der ICF. Auf Basis der ICF ist es daher gut möglich, Barrieren und Förderfaktoren des Kontextes sowie Ressourcen des Leistungsberechtigten abzubilden. Zudem stellen zwei BGs die Möglichkeiten der ICF bei der Berücksichtigung von Kontextfaktoren des Rehabilitanden heraus. Nach Dafürhalten einer DRV und zwei Angaben der BG kann zudem auf Basis einer ICF-orientierten, gemeinsamen sowie einheitlichen Sprache die Kommunikation zwischen allen beteiligten Akteuren, d. h. zwischen den Fachleuten und den betroffenen Menschen, im Bereich LTA optimiert und der Blick auf eine potentiell einheitlichere Bedarfsermittlung (Standardisierung) erweitert werden. Verdeutlicht wird dieser Impuls durch das folgende Zitat einer BG: „Aus einer einheitli-

⁷⁶ Hinweise: a) es finden alle inhaltlichen Nennungen unabhängig vom jeweiligen Bekanntheits- bzw. Nutzungsgrad der ICF Beachtung; b) Das Antwortverhalten der wenigen Leistungsträger, die mit der ICF arbeiten bzw. sich damit näher auseinandergesetzt haben, ist hier relativ gering. Während die BA, die Integrationsämter/Hauptfürsorgestellen und die SozH keine inhaltlichen Angaben zur Fragestellung machen, nehmen 60 % der UV/BG/SVLFG sowie 40 % der DRV ihre Möglichkeit zur Mitteilung wahr.

chen Sprache können Standards für die Identifikation von Bedarfen für alle Beteiligten entwickelt werden, Reha-Ziele ließen sich so besser und schneller definieren“. Aus Sicht einer Einrichtung der DRV kann sich die Implementierung der ICF in Diagnostik bzw. Bedarfsermittlungsverfahren als nützlich erweisen. Die ICF in die Weiterentwicklung von Assessmentverfahren (Inhalt und Struktur) einzubetten, wird von einer Einrichtung der DRV benannt, ebenso wie die ICF als Grundlage zur Leistungsbeurteilung zu nutzen. Zusätzlich werden Möglichkeiten der Berücksichtigung bei zukünftigen Revisionen einrichtungsinterner Dokumentationssysteme von einem Integrationsamt/einer Hauptfürsorgestelle gesehen, was die Akzeptanz und die erfolgreiche Implementierung der ICF in den Arbeitsalltag voraussetzt. Darüber hinaus kann die ICF, laut Aussage einer BG, neben der statusorientierten Bedarfsermittlung, ein zusätzliches, wesentliches Element zur „Entwicklung von prozessbegleitenden Qualitätssicherungsmaßnahmen darstellen, welche die Bedarfe und Veränderungen in Aktivitäten und Teilhabe abbilden“. Eine Nennung der befragten DRV formuliert das Potential, die ICF im gesamten Rehabilitationsprozess einzubeziehen, „bei der Feststellung des Rehabilitationsbedarfs, bei der funktionalen Diagnostik, dem Reha-Management, der Interventionsplanung und der Evaluation rehabilitativer Maßnahmen“.

Neben den bereits genannten zustimmenden Nutzungsmöglichkeiten der ICF wird von den befragten Einrichtungen der DRV sowie der BG kritisch auf die Komplexität der ICF verwiesen (mit jeweils einer Nennung), die für den „täglichen Gebrauch in der Praxis der beruflichen Rehabilitation unpraktikabel ist“ und zusätzlich die individuelle Bedarfsermittlung vernachlässigt. Eine Nennung der SozH stellt Weiterentwicklungsansätze der ICF grundsätzlich in Frage: „Die ICF ist eine Klassifikation der WHO und kann sofern nicht von einzelnen Leistungsträgern weiterentwickelt werden“. An gleicher Stelle wird aber auch der Wunsch nach einem trägerübergreifenden Instrument formuliert, dass die Förderfaktoren und Barrieren des Kontextes berücksichtigt.

Leistungserbringer⁷⁷

Mit Blick auf weitere Nutzungsmöglichkeiten der ICF im Bereich LTA wird von den Leistungserbringern (n=69) insbesondere der Aspekt Kommunikation/einheitliche Sprache herausgestellt, wie ein BBW mit der folgenden Angabe „gemeinsame Sprache aller an der LTA Beteiligten/Betroffener“ unterstreicht. Die genannten Angaben zur Kommunikation/einheitliche Sprache tätigten BBW (n=5), WfbM (n=7), BTZ (n=7) sowie RPK-Einrichtungen (n=2). Des Weiteren benennen ein BBW, ein BFW, eine Einrichtung zur Phase II, WfbM (n=14) und RPK-Einrichtungen (n=4) den Aspekt der ganzheitlichen Sicht, also die Möglichkeiten einer umfassenden Betrachtung individuellen Bedarfs. Aus Sicht einer WfbM ermöglicht die ICF „eine ganzheitliche Betrachtung des Bedarfs (Unterstützungsbedarf), um eine Teilhabe am Arbeitsleben zu verwirklichen“. Darüber hinaus werden Nutzungsmöglichkeiten im Rahmen der Anpassung der Bedarfsermittlungsverfahren an die ICF durch eine WfbM benannt. Häufige Angaben sind auch zur Rehabilitationspla-

⁷⁷ Hinweise: a) es finden alle inhaltlichen Nennungen unabhängig vom jeweiligen Bekanntheits- bzw. Nutzungsgrad der ICF Beachtung; b) Bezüglich aller Einrichtungen, die sich mit der ICF inhaltlich zumindest auseinandergesetzt haben, nutzen vor allem die BTZ die Möglichkeit ihre Position mitzuteilen. Alle Einrichtungen beziehen hier zur Frage Stellung. Mit je zwei Dritteln nutzen die WfbM, BFW und RPK die Möglichkeit sich zur Fragestellung zu äußern, gegenüber den BBW und Phase-II-Einrichtungen, bei denen sich noch die Hälfte beteiligt. Kaum einen Gebrauch von der Möglichkeit sich zu positionieren machen hingegen die IFD, bei denen nur eine Mitteilung in die Auswertung eingeht.

nung/Zielvereinbarung mit den Leistungsberechtigten zu verzeichnen. Dies nennen BBW (n=2), WfbM (n=8), BTZ (n=2) sowie jeweils ein BFW, eine RPK-Einrichtung und eine Phase-II-Einrichtung. Die Rehabilitationsplanung/Zielvereinbarung diene nach Angaben eines BTZ in diesem Zusammenhang als „*Grundlage der Ziel- und Maßnahmenplanung*“.

Die Antworten zeigen insgesamt eine große Varianz zu Nutzungsmöglichkeiten der ICF seitens der Leistungserbringer. Sie reichen von Maßnahmensteuerung, welche von BBW (n=3) sowie einem BFW angegeben wird, über Vernetzung, die BBW (n=2), RPK-Einrichtungen (n=2) und eine WfbM angeben, bis hin zur Bedarfsermittlung, die von BBW (n=4), WfbM (n=5), BFW (n=3), RPK-Einrichtungen (n=6) sowie ein BTZ und ein IFD berichtet werden. Zur Bedarfsermittlung wird von einem IFD erläutert: „*Individuelles und bedarfsgerechtes Vorgehen bei der Ermittlung der Leistungen, heißt sich Zeit für den Einzelnen zu nehmen und für seine Besonderheit, seine körperlichen/geistigen Funktionen, seine Partizipationsmöglichkeiten*“ und von einer RPK als „*individuelle Bedarfserhebung im Sinne einer personenzentrierten Hilfe*“. Des Weiteren weisen die Nennungen von WfbM (n=3), BFW (n=2) und einer Phase II-Einrichtung auf die Notwendigkeit hin, die ICF stärker auf LTA hin zu spezifizieren: „*Das bio-psycho-soziale Modell sollte in seiner Komplexität stärker auf LTA angepasst werden*“, verdeutlicht ein BFW. Zudem werden Fortbildung/Weiterbildung thematisiert, denn „*vorhandene Kenntnisse reichen zur Beantwortung der Frage nicht aus*“, berichtet eine WfbM. Weitere Angaben zur Fortbildung/Weiterbildung erläutern WfbM (n=8), sowie jeweils ein BFW, ein BTZ, ein BBW, ein IFD, eine RPK- sowie eine Phase II-Einrichtung. Darüber hinaus ist der Aspekt der Transparenz durch eine WfbM und ein BFW benannt, sowie das Berichtswesen, welches exemplarisch von einer Phase II-Einrichtung mit „*Dokumentation der Defizite und Ressourcen*“ erläutert wird. Eine WfbM nennt darüber hinaus den Aspekt der Inklusion, neben zwei weiteren WfbM, die die Selbstbestimmung, bzw. die Sozialpolitik thematisieren. Ein BTZ berichtet zudem über Prävention während ein weiteres BTZ die Auflösung des GdB anführt. Eine RPK-Einrichtung sieht in der ICF eine zusätzliche Nutzungsmöglichkeit in Bereich der Evaluation.

Seitens der Leistungserbringer finden sich ebenfalls kritische Stimmen. Neben dem Hinweis auf eine fehlende Praktikabilität der Klassifikation seitens eines BBWs und mehrerer WfbM (n=5) finden sich auch dergestalt allgemeine Bewertungen, welche in der Kategorie Kontra ICF zusammengefasst sind.

4.2.6 Zusammenfassung: Optimierungspotenziale der Bedarfsermittlung

Die Bedarfsermittlung im Kontext sozialrechtlicher Normierung

Wie insgesamt im Teilhaberecht, sind auch im Bereich der Bedarfsermittlung bei LTA einschlägige sozialrechtliche Normen des SGB IX sowie die UN-Behindertenrechtskonvention zu beachten. Während in Art. 26 der UN-BRK insb. die gesellschaftspolitische Zielstellung der „vollen Teilhabe [von Menschen mit Behinderung] an allen Aspekten des Lebens“ sowie die Erforderlichkeit des Bestehens geeigneter Mittel („Umfassende Habilitations- und Rehabilitationsdienste und -programme“) bedeutsam ist, ergeben sich darüber hinaus aus dem SGB IX wesentliche Vorgaben zur Gestaltung der Prozesse der Bedarfsermittlung. Demnach habe die Bedarfsermittlung durch Leistungsträger u. a. individuell, ganzheitlich und teilhabeorientiert zu erfolgen. Ferner haben die

Rehabilitationsträger die Erfolgsaussicht von Leistungen zur Teilhabe trägerübergreifend und sämtliche Leistungsbereiche umfassend sowie unabhängig von der Zielrichtung des auslösenden Leistungsbegehrens zu prüfen, wenn Sozialleistungen wegen oder unter Berücksichtigung einer Behinderung beantragt oder erbracht werden.

Weitere Anforderungen an die Bedarfsermittlung ergeben sich ferner aus der Stellung des Leistungsberechtigten in seiner Eigenschaft als Rechtssubjekt (Person): Bedarfsermittlungsprozesse sind transparent, nachvollziehbar und barrierefrei zu gestalten. Im Zuge der Leistungsauswahl sind zudem das Wunsch- und Wahlrecht und damit auch die Neigung des Betreffenden zu berücksichtigen. Im Rahmen der Bedarfsermittlung haben dabei Ressourcen und Kompetenzen einen wichtigen Stellenwert.

Bedarfsermittlung im Reha-Prozess

Hinsichtlich Optimierungspotenzialen bei der Bedarfsermittlung ist in einem ersten Schritt die Bedarfsermittlung im Kontext des Rehabilitationsprozesses zu betrachten. Hierbei konnten insbesondere Aspekte zur Kommunikation, zum Informationsfluss und zur Zusammenarbeit zwischen und unter Leistungsträgern und -erbringern herausgearbeitet werden. Bedeutsam sind dabei beispielsweise Aspekte zu Inhalt und Qualität der Informationen als auch zur Geschwindigkeit der Informationsübermittlung. Aber auch Ansätze einer verbesserten Zusammenarbeit wurden genannt. Leistungsträger wie -erbringer formulieren hierbei zudem den Wunsch nach einem verstärkten Austausch und einer besseren Vernetzung. Als hierbei bedeutsam werden auch Herausforderungen, die sich mit datenschutzrechtlichen Vorgaben verbinden, benannt. Betroffenen Menschen mit Behinderung, aber teils auch den Akteuren selbst, erscheint der Reha-Prozess zuweilen intransparent: Welche Akteure beteiligt sind und wie das Verfahren abläuft, sei wenig durchschaubar. Hier wird insbesondere von den betroffenen Menschen mehr Beratung und Informationen gewünscht.

Verfahren und Instrumente der Bedarfsermittlung

Die Rückmeldungen zu Optimierungsmöglichkeiten im Bereich der Verfahren und Instrumente beziehen sich – nachvollziehbar vor dem Hintergrund der bestehenden Diversifikation – wesentlich auf eine stärkere Vereinheitlichung bzw. Konvergenz. Dies wird von Leistungsträgern wie -erbringern gleichermaßen eingebracht und umfasst sowohl die Verwendung von einheitlichen Verfahren/Instrumenten über bestimmte Leistungserbringer hinweg, als auch die Vereinheitlichung der Bedarfsermittlung insgesamt und akteursübergreifend. Von Seiten der Werkstätten für behinderte Menschen gibt es – trotz der schon bestehenden Vielzahl der ermittelten Verfahren und Instrumente – aber auch den Hinweis auf partiell fehlende Verfahren bzw. einen bestehenden Bedarf der Weiterentwicklung für definierte Personengruppen.

Während seitens der Befragten einerseits das Erfordernis einer großen Differenziertheit der Bedarfsermittlung formuliert wird, wird andererseits von Leistungserbringern wie -trägern auch die Anforderung praktikabler und praxistauglicher Verfahren/Instrumente als wesentlich benannt. Sicherlich damit in Verbindung stehen ebenso zahlreiche Nennungen von Weiterentwicklungsmöglichkeiten im Hinblick auf einheitlichere Grundlagen der Bedarfsermittlung, um sowohl gemeinsame Begriffe („einheitliche Sprache“) für eine effizientere Kommunikation zu ermöglichen als auch zu prozessphasenübergreifenden Formaten für Verfahren und Ergebnisse in der Bedarfsermittlung zu gelangen.

Gemeinsam ist vielen Optimierungsvorschlägen, dass – auf Basis von einheitlichen Begriffen und der Nutzung von Konvergenzen – eine verbesserte Kommunikation und Kooperation aller zu Beteiligten zu erwarten ist, wenn gemeinsame Grundlagen für die Bedarfsermittlung sowie die Verlaufs- und Ergebnisdokumentation existieren.

Passgenauigkeit der LTA durch passgenaue Bedarfsermittlung

Optimierungspotenziale werden auch im Hinblick auf eine individuellere und passgenauere Bedarfsermittlung gesehen. Der Mensch müsse im Mittelpunkt stehen und ganzheitlich betrachtet werden. Die Berücksichtigung von Kontextfaktoren und die Orientierung auf Ressourcen sind hier bedeutsam. Insbesondere von den Leistungserbringern wird die Berücksichtigung des sozialen Teilhabebedarfs hervorgehoben, welcher für LTA besonders dann relevant ist, wenn dieser in Wechselwirkung mit dem Erreichen des Ziels der beruflichen Rehabilitation steht. Eng mit dem Aspekt der Ganzheitlichkeit verknüpft ist der von einigen Leistungserbringern benannte Ansatz der Personenzentrierung, welcher zu stärken sei. Neben der gezielten Berücksichtigung von und Orientierung an individuellen Ressourcen und Kompetenzen einer Person ist hiermit auch eine, von den Befragten formulierte, stärkere Berücksichtigung der jeweils individuellen Neigungen und Fähigkeiten verbunden. Vereinzelt wird von Seiten der Leistungserbringer auch eine Stärkung des Wunsch- und Wahlrechts der Menschen mit Behinderung sowie deren Beteiligung bei der Bedarfsermittlung benannt.

Möglichkeiten und Potenziale der ICF

Im Rahmen der Fragstellung waren nachfolgende Aspekte zu Möglichkeiten und Potenzialen der ICF bei LTA durch die Befragten zu beurteilen:

- a) Eine Weiterentwicklung der ICF ist aus meiner Sicht notwendig.
- b) Eine ICF-Nutzung verbessert aus meiner Sicht die Identifikation von Bedarfen.
- c) Eine ICF-Nutzung verbessert aus meiner Sicht die Prozesssteuerung von Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation.
- d) Die ICF bildet die Grundlage, Verfahren zur Bedarfsermittlung zu entwickeln, die träger- und erbringerübergreifend benutzt werden können.
- e) Die Potentiale der ICF zur Nutzung innerhalb der LTA sind aus meiner Sicht bisher noch kaum ausgeschöpft.

Wird das Antwortverhalten von Leistungsträgern und -erbringern gegenübergestellt, findet sich eine durchgehend höhere Zustimmungsrates der Leistungserbringer, was einen dort bestehenden größeren Optimismus in Bezug auf bestehende Potenziale der ICF im Bereich Bedarfsermittlung vermuten lässt. So bejahen jeweils etwa die Hälfte der antwortenden Leistungserbringer die einzelnen Bewertungsaspekte, während dies bei Leistungsträgern meist deutlich seltener der Fall ist. Leistungsträger stimmen den Aussagen am häufigsten teilweise zu. Gleichwohl wird der Sachverhalt, dass die ICF als Grundlage für Verfahren zur erbringer- sowie trägerübergreifend Bedarfsermittlung entwickelt und genutzt werden kann (d) sowohl von Leistungsträgern wie -erbringern vergleichbar eingeschätzt. Eine solche, häufige Übereinstimmung in der Bewertung verweist auf Potentiale für eine übergreifende Weiterentwicklungsinitiative. Werden zustimmende und ambivalente (teils/teils) Antworten zusammengefasst, so ergibt sich auf Ebene der Leistungsträger ein Anteil

von 64,7 %, der der Auffassung ist, hier vertieft Potentiale im Bereich der Bedarfsermittlung zu sehen. Für die Leistungserbringer ist hier ein Potential von 83,8 % zu identifizieren.

In Bezug auf die von den Akteuren beschriebenen Nutzungsmöglichkeiten der ICF ergeben sich Gemeinsamkeiten in den Angaben von Leistungsträgern und -erbringern im Bereich der Kommunikation. Hierbei werden Vorteile benannt, wie die einer einheitlichen Sprache, um zu einer besseren Verständigung der Akteure untereinander beizutragen. Ferner werden Nutzungsmöglichkeiten für die Weiterentwicklung von Verfahren/Instrumenten und hinsichtlich einer differenzierten Beschreibung von Bedarf formuliert. Gleichwohl sehen einige Leistungsträger wie -erbringer, dass die ICF im Bereich der beruflichen Rehabilitation weiterentwickelt werden muss und hier zusätzlich ein inhaltlicher Optimierungsbedarf besteht.

5. DISKUSSION UND SCHLUSSFOLGERUNGEN

Die hier vorgelegte Studie berichtet über den aktuellen Stand und die Potenziale der Bedarfsermittlung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben unter Berücksichtigung der ICF. Unter „Bedarfsermittlung“ wurde dabei dasjenige Vorgehen verstanden, das auf individueller Ebene Informationen zur Prüfung bzw. Konkretisierung eines potenziell vorliegenden Teilhabebedarfs vor dem Hintergrund individuell zu bestimmender Teilhabeziele erhebt, bündelt und auswertet. Deren Ergebnisse sind Grundlage von Auswahlentscheidungen zu individuell geeigneten und erforderlichen Leistungen für die Erreichung der jeweiligen Teilhabeziele (Leistungsauswahl). Sie dient Leistungsträgern zur Konkretisierung von Ansprüchen auf Leistungen zur Teilhabe und Leistungserbringern als Grundlage zur individuellen Anpassung von Leistungen zur Teilhabe und damit insgesamt zur Erreichung definierter Teilhabeziele. Anlass für im Einzelfall erforderliche Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sind gesundheitsbedingte Teilhabebeeinträchtigungen, die sich negativ auf die Teilhabemöglichkeiten im gesellschaftlich bedeutsamen Bereich der Arbeit und Beschäftigung auswirken.

Um die wirksame und wirtschaftliche Verwendung der für entsprechende Leistungen zur Teilhabe eingesetzten Mittel sicher zu stellen, muss deren Initiierung und Durchführung zielgerichtet, passgenau und effektiv erfolgen. Dabei ist es notwendig, einen potenziellen Bedarf frühzeitig zu erkennen und zielgerichtet zu ermitteln, entsprechende Teilhabeziele festzulegen und den Rehabilitationsprozess von Beginn an daran auszurichten.

Nachfolgend werden ausgewählte theoretische wie empirische Ergebnisse aufgegriffen, diskutiert und Schlussfolgerungen daraus vorgestellt (komprimiert als Thesen siehe Anlage XI). Im Anschluss daran werden Perspektiven zur Weiterentwicklung im Bereich der Bedarfsermittlung bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben vorgestellt.

Heterogenität im Bereich der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Das Gesamtfeld der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben ist in verschiedener Hinsicht durch Heterogenität geprägt. Diese Heterogenität ist insbesondere bedingt durch eine Vielfältigkeit

- a) der Personengruppen, deren individueller Bedarfslagen (Teilhabebeeinträchtigungen) und deren Teilhabeziele,
- b) der Leistungsträger und Leistungserbringer sowie
- c) der Art und des Umfangs der Leistungen und deren spezifische Zielstellungen.

Die Ergebnisse der Betrachtung der Zugangswege und Leistungsträger verschiedener Leistungen (Kapitel 4.1.2) bilden die aus der Heterogenität entstehenden Vielfältigkeiten ab. Die dahinter stehende Zielgruppen-, Leistungs- und Anbieterdifferenzierung ist dabei zunächst nicht apriori zu problematisieren. Vielmehr ermöglichen differenzierte Leistungsstrukturen im Hinblick auf die praktische Umsetzung der Anforderung individualisierter Rehabilitationsprozesse vielfältige Möglichkeiten, individuellen Bedarfslagen von Menschen mit Behinderung gezielt Rechnung zu tragen. Gerade spezifische Leistungsformen wie bspw. solche bei RPK-Einrichtungen sind – entwicklungshistorisch betrachtet – Ergebnis von Weiterentwicklungsprozessen von Anbieterstrukturen und Leistungen. Diese orientieren sich an spezifischen Bedarfslagen spezieller Zielgruppen von Leistungen zur Teilhabe, und damit je individuellen Unterstützungsbedarfen des Einzelnen. Bei einem geglie-

derten Sozialsystem, bei dem sich Leistungszuständigkeiten bei Leistungsträgern (oft Sozialversicherungen) nicht nach der Art der Behinderung sondern – zumeist – versicherungsrechtlichen und/oder persönlichen Voraussetzungen ergeben, ist es zweifelsohne nachzuvollziehen, dass sich Leistungsträger entsprechend der individuellen Bedarfslagen unterschiedlicher Leistungsarten wie auch Typen von Erbringereinrichtungen bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben bedienen. Folgelogisch entsteht so eine unterschiedlich große Bedeutsamkeit von Leistungsträgern für die einzelnen Einrichtungen und Einrichtungstypen der Leistungserbringer. Heterogenität ist damit Folge des differenzierten Leistungsrechts im gegliederten Sozialsystem.

Die seitens der Leistungserbringer über die Leistungsträger hinaus benannten Zugangswege in Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (Vgl. Abbildung 9, S. 50) erweitern die vielfältigen Beziehungen zwischen Leistungsträgern und Leistungserbringer um weitere, in unterschiedlichem Umfang relevante Akteure. Hierzu zählen bspw. Schulen, Haus-/Fach-/Betriebsärzte oder Kliniken der Akutversorgung. Oftmals sind es diese Akteure, die relevante Informationen und/oder Hinweise zu bestehenden individuellen Bedarfskonstellationen in Prozesse der Bedarfsermittlung einbringen (z. B. im Rahmen von Befundberichten), die dann durch Leistungsträger wie auch -erbringer oftmals zur Einschätzung bestehenden Bedarfs genutzt werden. Gerade von solchen Akteuren wird häufiger die Vielfältigkeit und Differenziertheit des Systems beklagt, mit dem nicht selten unterschiedliche Anforderungen einhergehen.

Im Blick auf die vorhandenen, differenzierten Leistungsangebote für unterschiedliche Bedarfslagen kann die Vielfältigkeit des Systems als Stärke verstanden werden, stellt aber im Hinblick auf die Anforderung der effektiven und effizienten Leistungsprozesse die Kernfrage nach einer einheitlichen Verständigungsgrundlage und Kommunikationsebene – innerhalb des Systems (insb. LT und LE) als auch mit Dritten (Schulen, Betriebe, niedergelassene Ärzte etc.).

Bedarfsermittlung im Kontext von Kooperations- und Interaktionserfordernissen der Akteure

Prozesse der Bedarfsermittlung, die sowohl bei Leistungsträgern wie auch bei Leistungserbringern stattfinden, haben oftmals eine unterschiedliche Zielstellung, was aus ihrem jeweiligen organisationsbezogenen Auftrag resultiert. Leistungsträger verfolgen im Rahmen der Leistungsgewährung (Initiierung von LTA) oftmals das Ziel der Leistungsbemessung⁷⁸. Leistungserbringer ermitteln demgegenüber Teilhabebedarfe während der Erbringung von Teilhabeleistungen (Durchführung von LTA), um die Leistung und deren Erbringungsprozess individuell für den Leistungsberechtigten ausgestalten zu können⁷⁹. Bedarfsermittlungsprozesse finden so zu verschiedenen Zeitpunkten im Rehabilitationsprozess statt (Initiierung, Durchführung und Abschluss).

Darauf aufbauend konnte gezeigt werden, dass Leistungsträger und -erbringer über den gesamten Rehabilitationsprozess zusammenarbeiten und miteinander kommunizieren müssen, insbesondere beim Übergang zwischen verschiedenen Phasen oder Leistungen. Dies bezieht sich zum einen auf

⁷⁸ Mit der Initiierungsphase verbunden sind auch die Zuständigkeitsklärung, die Beratung im Vorfeld der Rehabilitation und die Bedarfsfeststellung der Leistungsträger.

⁷⁹ Bedarfsermittlung hat so bei Leistungserbringern insbesondere das Ziel des Monitorings der Erreichung von Teilhabezielen und ggf. die darauf aufbauende zur Verfügungstellung weiterer Hilfen.

den Übergang zwischen den Phasen Initiierung (Leistungsentscheidung LT) und Durchführung (Leistungserbringung LE). Zum anderen werden in der Initiierungsphase partiell Leistungserbringer von Leistungsträgern mit der Durchführung von Leistungen beauftragt (z. B. Arbeitserprobung/Eignungsabklärung), die dem Ziel der Bedarfsfeststellung dienen. Hieraus ergeben sich vielfältige Interaktionsnotwendigkeiten zwischen Leistungsträgern und -erbringern.

Dies untermauert auch die empirische Analyse, nach der von einer Vielzahl der Leistungserbringer entsprechende fachliche Kontakte zu den Rehabilitationsträgern berichtet werden. Während jeweils mehr als 90 % der Leistungserbringer solche zur Arbeitsverwaltung (BA/ARGE n/Jobcenter) und zur Deutschen Rentenversicherung angeben, sind diese zu anderen Leistungsträgern teils auch geringer (z. B. zur Sozialhilfe (35 %)), was sich durch die unterschiedlichen Zuständigkeiten im System der Rehabilitation und Teilhabe plausibilisiert (s. o.). In gleicher Weise geben auch Leistungsträger häufig bestehende fachliche Kontakte zu den verschiedenen Leistungserbringertypen an, wobei hier Werkstätten für behinderte Menschen (95 %) und Integrationsfachdienste (84 %) am häufigsten genannt werden. Darüber hinaus zeichnen sich in bedeutsamer Weise zugleich auch Interaktionsnotwendigkeiten zwischen Leistungsträgern und zwischen Leistungserbringern ab. Nicht zuletzt wird seitens der Leistungserbringer kontinuierlich auch auf Kommunikationserfordernisse zwischen den verschiedenen Professionen innerhalb der Erbringereinrichtungen während der Durchführung der Leistungen hingewiesen, deren feste Institutionalisierung sich an den zu meist stattfindenden regelmäßigen internen Fallkonferenzen festmachen lässt. Für dreiviertel der befragten Organisationen (Leistungsträger wie Leistungserbringer) bilden auch regelmäßige externe Fallkonferenzen etablierte Kommunikationsformen zur gegenseitigen Verständigung und Abstimmung.

Verfahren und Instrumente der Bedarfsermittlung

Eine der Kernaufgaben des Projektes war die Bestandsaufnahme von zur Bedarfsermittlung eingesetzten Verfahren und Instrumenten von den Akteuren bei LTA. Mit über 1100 Einzelnennungen und daraus ermittelten 429 Verfahren/Instrumenten finden sich bei Leistungsträgern und -erbringern eine Vielzahl unterschiedlichster Verfahren und Instrumente.

Aufbauend darauf, dass es derzeit weder einen Konsens in Bezug auf einen einheitlichen Begriffsbegriff gibt, noch eine etablierte Systematik für Verfahren, Instrumente, Profiling etc. zur Bedarfsermittlung, wurde eine Systematisierung anhand zweier verschiedener Ansätze vorgenommen: zum einen mittels der spezifischen Eigenschaften von Verfahren bzw. Instrumenten sowie zum anderen strukturiert am Verlauf des Rehabilitationsprozesses⁸⁰.

Die Ergebnisse der Aufbereitung der Verfahren und Instrumente weisen in verschiedener Hinsicht auf erhebliche Unterschiede hin, die in ihrer Gesamtheit als „Diversifikation“ beschrieben werden können:

⁸⁰ Eine weitergehende Analyse hat zu berücksichtigen, dass bis heute in der Fachwelt keine eindeutigen, allgemein anerkannten Definitionen von weiteren relevanten Kriterien zur Beurteilung von Verfahren/Instrumenten existieren. Daher war eine Aufbereitung der Verfahren/Instrumente nach derartigen zusätzlichen Gesichtspunkten (bspw. ICF-Orientierung, Ausrichtung auf Partizipation, Barrierefreiheit, psychometrische Güte, Kompatibilität usw.) im Projektrahmen nicht zu leisten.

- Unterschiedlichkeit in der Dauer und Umfang der einzelnen Verfahren und Instrumente: die Spanne reicht von kürzeren Tests (z. B. Aufmerksamkeits- oder Intelligenztests) über Prozessverfahren (z. B. 4-Phasen-Modell, Reha-Management) und mehrtägigen Assessments (z. B. EFL) bis hin zu Maßnahmen (z. B. DIA-AM, BvB).
- Unterschiedlichkeit bei der Art des methodischen Ansatzes (z. B. Test vs. Gespräch): Neben klassisch-psychometrischen Testverfahren, werden von den Befragten u. a. auch – allgemeiner – Gespräche oder Maßnahmen genannt. So zählen auch sozialmedizinische Begutachtungen oder Beratungen zu den ermittelten Instrumenten/Verfahren. Leistungsträger benennen die nicht-psychometrischen Verfahren häufiger.
- Unterschiedlichkeit bei den Zielsetzungen: Die ermittelten Verfahren und Instrumente unterscheiden sich wesentlich in ihrer Zielsetzung (bzw. Zieldimension). So ist es nachvollziehbar, dass spezifische, im Rahmen der Bedarfsermittlung zu erhebende Informationen auch unterschiedlichen Verfahren/Instrumenten zuzuordnen sind.
- Unterschiedliche Ansätze in den unterschiedlichen Phasen bzw. zwischen Leistungsträgern und -erbringern: Nicht zuletzt ist bedeutsam, dass sich die zur Bedarfsermittlung genutzten Instrumente in den verschiedenen Prozessphasen unterscheiden, was im Wesentlichen sicherlich aus dem jeweiligen organisationsbezogenen Auftrag und dem damit verbundenen Erkenntnisinteresse erwächst. Damit immanent verbunden ist, dass trotz der Tatsache, dass bei allen Akteuren diagnostischen Verfahren (z. B. mit berufs- und arbeitspsychologischer Ausrichtung) eine hohe Bedeutung zukommt, sich nur wenige Verfahren herausarbeiten lassen, die von den Leistungsträgern wie -erbringern gleichermaßen benannt werden (z. B. HAMET, MELBA). Diese Verfahren sind in ihren Zielparametern aber für eine umfassende Bedarfsermittlung allein in der Regel nicht ausreichend.

Neben Unterschieden findet sich in den Ergebnissen teils aber auch eine – wohl wesentlich durch eine historische Gewachsenheit begründete – Vielfalt von Verfahren/Instrumenten mit prinzipiell gleicher oder sehr ähnlicher Zieldimension (z. B. Intelligenztests).

Insgesamt betrachtet besteht eine ausgeprägte Varianz beim Instrumenten-/Verfahrenseinsatz, insbesondere auf Seiten der Leistungserbringer. Damit lässt sich der bisweilen formulierte Praxis-eindruck bestätigen, dass aktuell nicht von einem einheitlichen Vorgehen ausgegangen werden kann, sondern vielmehr von einem heterogenen, diversifizierten Einsatz von Verfahren und Instrumenten in der Bedarfsermittlung⁸¹.

Diversifikation meint dabei keineswegs allein das Bestehen mehrerer Instrumente/Verfahren, deren Berechtigung sich aus vorstehenden Begründungssträngen ergeben kann, sondern insbesondere die Frage nach der Bezogenheit und Anschlussfähigkeit der Instrumente zueinander. Denn während spezifische Instrumente für spezifische Zielgruppen zweifelsohne bedeutsam sind, sind –

⁸¹ Im Blick auf die ermittelten Verfahren/Instrumente im Kontext der Bedarfsermittlung ist aber zu berücksichtigen, dass im Rahmen dieser Studie nicht alle Akteure der beruflichen Rehabilitation befragt wurden. So wurden z. B. nicht alle nach § 35 SGB IX anerkannten Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation berücksichtigt (vgl. Kapitel 7). Es ist daher durchaus wahrscheinlich, dass in der Praxis noch weitere Verfahren und Instrumente im Einsatz sind. Welche Rolle und welche Bedeutung die einzelnen Verfahren und Instrumente für die Akteure für die Bedarfsermittlung spielen, wie oft diese z. B. eingesetzt werden, konnte im Rahmen dieser Studie nicht thematisiert werden.

vor dem Hintergrund der sozialrechtlichen Normierungen von UN-BRK und SGB IX – einheitliche Grundlagen und Maßstäbe für Verfahren und Instrumente erforderlich, derzeit jedoch nicht erkennbar. So gibt es derzeit keine trägerübergreifenden (Qualitäts-)Kriterien für eine umfassende und ganzheitliche Bedarfsermittlung und deren Ergebnisformate.

Hierbei ist bedeutsam, dass sozialpolitische Anforderungen von UN-BRK und SGB IX die gesellschaftliche Teilhabe (beruflich und sozial, über Leistungsgrenzen hinweg) von Menschen mit Behinderung bzw. drohender Behinderung in den Mittelpunkt stellen. An diesem Ziel sind die Prozesse der Bedarfsermittlung von Leistungen zur Teilhabe auszurichten. Demnach müssen diese im Sinne dieser Menschen vollständig, umfassend, ganzheitlich und nach gleichen Maßstäben und Grundsätzen (§ 10 SGB IX) erfolgen. Zudem sollen Ergebnisse von Bedarfsermittlungsprozessen trägerübergreifend verwendbar sein, sodass die Leistungen nach Gegenstand, Umfang und Ausführung einheitlich erbracht werden (§ 12 SGB IX, § 96 SGB X). Um die Leistungen individuell bzw. personenzentriert durchzuführen, soll die Bedarfserhebung dabei ergebnisoffen und unter Berücksichtigung der persönlichen Gesamtsituation erfolgen (Beck et al. 2011).

Insbesondere die Verschiedenartigkeit der genannten Verfahren/Instrumente sowie die verschiedentliche Nennung von Optimierungspotenzialen hinsichtlich einer stärkeren Vereinheitlichung von Verfahren/Instrumenten führen so zur begründeten These, dass die derzeitige Kompatibilität der Verfahren/Instrumente einschließlich der Ergebnisdarstellung allenfalls als gering einzuschätzen ist⁸². Dies erschwert sowohl die effektive trägerübergreifende Nutzung der jeweiligen Verfahrensergebnisse zwischen den professionellen Akteuren als auch die Transparenz gegenüber den Leistungsberechtigten.

Erfolgt nun eine Zusammenschau der eingangs dargelegten Heterogenität bei LTA mit den Befunden zur eingesetzten Verfahren/Instrumenten ist festzustellen, dass der Vielfalt unterschiedlicher individueller Teilhabebeeinträchtigungen und Bedarfslagen auf Seiten der Menschen mit Behinderung ebenso eine Vielfalt unterschiedlicher Verfahren und Instrumente der professionellen Akteure im Bereich der Bedarfsermittlung gegenübersteht. Wenn dabei, wie dargelegt, vielfältige Kooperationsnotwendigkeiten bestehen und sich zugleich die Mittel der Bedarfsermittlung unterscheiden, führt dies zur bedeutsamen Frage, inwieweit der Status Quo eine einheitliche Verständigungs- und Kooperationsebene ermöglicht oder erschwert und damit effektives und effizientes Handeln im Gesamtsystem befördert. Hierfür schlüssige Antworten zu entwickeln, scheint dabei insbesondere auch im Sinne der Akteure selbst zu sein, die als Ansatzpunkte von Optimierungsprozessen häufig eine stärkere Konvergenz im Bereich der Verfahren und Instrumente genannt haben. Sie sehen darin eine wesentliche Grundlage für eine bessere Verständigung und Zusammenarbeit der Akteure sowie einen Mehrwert für die Leistungsberechtigten.

Aus den vorliegenden Befunden ergibt sich somit das Erfordernis einer inhaltlichen Weiterentwicklung von Bedarfsermittlungsprozessen im Sinne der UN-BRK und des SGB IX im Hinblick auf eine

⁸² Mit über 400 verschiedenen benannten Ansätzen plausibilisiert sich dies zudem allein über die Zahl der Instrumente/Verfahren.

stärkere Konvergenz und Strukturierung bei der Bedarfsermittlung. Ziel muss eine aktors- und phasenübergreifende Anschlussfähigkeit der Prozesse und Formate sein. Angesichts der angeführten Heterogenität im Bereich der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und dabei insbesondere der unterschiedlichsten Teilhabebeeinträchtigungen und diesen zu Grunde liegenden Gesundheitsstörungen (geistige, körperliche, psychische) der Leistungsberechtigten, ist eine Konvergenz zu einem Verfahren für alle Leistungsberechtigten nicht praktikabel und zielführend.

Vielmehr bedarf es für eine stärkere Konvergenz eines übergeordneten Bezugsrahmens für bestehende Verfahren und Instrumente, der zugleich Maßstab für Neu- und Weiterentwicklungen in diesem Bereich sein muss. Durch solch gemeinsame Grundlagen bzw. gemeinsame Anforderungen wird zu einer einheitlichen Qualität der Bedarfsermittlung beigetragen.

Konsequenzen für die Optimierung der Kommunikation und Zusammenarbeit der Akteure

Die Erforderlichkeit einer zukünftig stärkeren Konvergenz und Strukturierung wird insbesondere hinsichtlich der Aspekte der Kommunikation und Zusammenarbeit deutlich. Zwar berichten eine Vielzahl der befragten Leistungsträger und -erbringer von gelingender Kommunikation und Zusammenarbeit bei LTA, jedoch werden gleichwohl in diesem Bereich auch häufig weitere Optimierungsmöglichkeiten seitens der Befragten formuliert.

So lässt sich bei einer geringen Anschlussfähigkeit der Verfahren/Instrumente zueinander konstatieren, dass die Nutzung verschiedener Bedarfsermittlungsverfahren mit jeweils z.T. unterschiedlichen Begrifflichkeiten und Systematiken z. B. in den häufig stattfindenden internen oder externen regelmäßigen Fallkonferenzen eine aktorsübergreifende Kommunikation bei und zwischen Leistungsträgern und -erbringern über die Ergebnisse der Bedarfsermittlung erschwert. Leistungsträger wie Leistungserbringer formulieren hierzu gleichermaßen, dass gemeinsame Begrifflichkeiten zu einer Verbesserung der jeweiligen Kommunikation beitragen können („gemeinsame Sprache“). Eine Optimierung und Konvergenz nach einheitlichen Anforderungen an die Prozesse und Ergebnisse der Bedarfsermittlung kann hier zu einer höheren Effizienz beitragen.

Um effektive Leistungen, inkl. der Bedarfsermittlung, für die Leistungsberechtigten zu erbringen, ist eine effiziente Kooperation und Kommunikation der Akteure von wesentlicher Bedeutung. Hierbei ist der Ausbau von Ansätzen der aktorsübergreifenden Vernetzung und Zusammenarbeit erforderlich. So wurden in der Fragebogenerhebung von Leistungsträgern und -erbringern Optimierungspotentiale gerade im Bereich von Kommunikation und Verständigung, u. a. bezüglich eines intensiveren, regelmäßigeren und frühzeitigeren Austausches, gesehen. Dies auch, um den als optimierbar beschriebenen Informationsfluss zwischen Leistungsträgern sowie Leistungsträgern und -erbringern hinsichtlich Inhalt, Geschwindigkeit und Informationsqualität weiter zu verbessern. Hierbei sind bestehende Anforderungen des Datenschutzes, die bisweilen als Hürden beschrieben werden, lösungsorientiert mit zu betrachten.

Exkurs: Datenschutz als Hürde?⁸³

Im Rahmen der Studie wurde von verschiedener Seite Optimierungspotential aufgezeigt hinsichtlich der praktisch umsetzbaren Abstimmung fachlicher und rechtlicher Anforderungen an die Bedarfsermittlung mit datenschutzrechtlichen Vorgaben. Festgemacht wurde dies insbesondere am Umfang der zu erhebenden Daten und an der Weiterleitung von Unterlagen. Datenschutzrechtlich handelt es sich dabei um Datenerhebung bzw. Datenübermittlung (§ 67 Abs. 3 bzw. Abs. 6 Nr. 3 SGB X)

Überblick über den datenschutzrechtlichen Rahmen

Die Zulässigkeit der Erhebung und Übermittlung von Daten ist anhand der Vorschriften des Datenschutzrechts zu beurteilen, die das auf Art. 2 Abs. 1 i. V. m. Art. 1 Abs. 1 des Grundgesetzes gestützte Recht auf informationelle Selbstbestimmung⁸⁴ konkretisieren. Bei der Anwendung von grundrechtsrelevanten Regelungen ist regelmäßig eine restriktive Auslegung zu fordern.

Vereinfacht formuliert dürfen nach diesen Vorschriften (Sozial-)Daten nur erhoben, übermittelt (bzw.: verarbeitet) oder genutzt werden, wenn

- dafür eine Rechtsgrundlage besteht oder
- der Betroffene (grundsätzlich: schriftlich) eingewilligt bzw. beteiligte Berufsheimlichkeitsbesitzer (insbesondere: Ärzte) von ihrer Schweigepflicht entbunden hat. Zu einzelnen Begriffsbestimmungen vgl. § 67 SGB X.

In der Rehabilitation geht es oft um gesundheitsbezogene Daten, die als Daten besonderer Art i. S. v. § 67 Abs. 12 SGB X in einigen Einzelheiten einem besonderen Schutz unterliegen.

Als Rechtsgrundlage für eine (Sozial-) **Datenerhebung** bei der Bedarfsermittlung kommt insbesondere § 67a SGB X in Betracht. Danach ist die Erhebung – auch gesundheitsbezogener Daten – zulässig, wenn sie zur Erfüllung einer „Aufgabe“ der erhebenden Stelle nach dem Sozialgesetzbuch (SGB I-XII) erforderlich ist. Daten sind in erster Linie beim Betroffenen zu erheben (Ersterhebungsgrundsatz). Eine Erhebung bei Dritten ist insbesondere nur dann zulässig, wenn keine Anhaltspunkte dafür bestehen, dass überwiegende schutzwürdige Interessen des Betroffenen beeinträchtigt sind. Sofern eine Einwilligung in die Datenerhebung gesetzlich gesondert vorgesehen ist und gesundheitsbezogene Daten erhoben werden sollen, muss sich die Einwilligung ausdrücklich darauf beziehen. Bei der Erstellung von Gutachten ist beim Umfang der Untersuchungen zudem § 96 Abs. 1 S. 2 SGB X zu beachten (Begrenzung auf den Aufgabenbereich des anlassgebenden Leistungsträgers).

Eine Rechtsgrundlage für eine **Datenübermittlung** bildet vor allem § 69 SGB X. Danach ist eine Übermittlung insbesondere dann zulässig, wenn sie erforderlich ist zur Erfüllung einer „Aufgabe“ (s.o.) der übermittelnden oder der empfangenden Stelle. Sofern Daten von einer Stelle ursprünglich durch Einschaltung eines Berufsheimlichkeitsbesitzers (z. B.: Arzt, Gutachter) erhoben wurden, dürfen sie nach § 76 SGB X grundsätzlich nur unter den Voraussetzungen übermittelt werden, die

⁸³ Autoren des folgenden Abschnitts sind Marcus Schian und Thomas Stähler, für deren Unterstützung sich das Projektteam herzlich bedankt.

⁸⁴ BVerfG, Urteil vom 15.1.1983 – 1 BvR 209/83, 269/83, 362/83, 420/83, 440/83, 484/83, BVerfGE 65, 1.

auch für den Berufsgeheimnisträger gelten (insbesondere: Schweigepflichtentbindung). Eine Ausnahme davon gilt wiederum für Daten, die im Rahmen einer Begutachtung erhoben wurden. Hier hat der Betroffene lediglich ein Widerspruchsrecht, über das er zu informieren ist, vgl. § 76 Abs. 2 Nr. 1 SGB X.

Sofern Daten **innerhalb einer Organisation** (z. B. im Verhältnis zwischen zwei verschiedenen Abteilungen eines Leistungsträgers) erhoben oder übermittelt werden, liegt datenschutzrechtlich in der Regel lediglich eine **Datennutzung** i. S. v. § 67c SGB X vor. Für die Zulässigkeit der Nutzung ist ebenfalls insbesondere entscheidend, ob die (weitere) Nutzung zur Aufgabenerfüllung nach dem SGB erforderlich ist. Allerdings entfallen nach herrschender Meinung manche Schutzmechanismen, die bei Erhebung/Übermittlung zwischen getrennten Stellen gelten (z. B. Prüfung von Anhaltspunkten für Beeinträchtigung überwiegender Interessen des Betroffenen bei der Datenerhebung bei Dritten, Widerspruchsrecht bei Übermittlung von Daten, die über Berufsgeheimnisträger wie Ärzte erhoben wurden). Auch bei der Datenverarbeitung im Auftrag (§ 80 SGB X) ist bei Erhebung/Übermittlung zwischen Auftraggeber und Beauftragtem eine solche Nutzung anzunehmen.

Auswahl wesentlicher datenschutzrechtlicher Fragen im Kontext der Bedarfsermittlung

Bereits aus der vorstehenden stark vereinfachenden Darstellung und den in der Studie benannten Optimierungspotenzialen lassen sich einige wesentliche Fragestellungen erkennen, die, soweit ersichtlich, noch nicht umfassend und konsistent geklärt sind:

- Was genau sind die „Aufgaben“ (i. S. d. Datenschutzrechts) der an der LTA-Bedarfsermittlung beteiligten Stellen? Insbesondere: Enthalten die Regelungen des SGB IX, z. B. § 10 Abs. 1 und § 12 SGB IX, solche „Aufgaben“ und dürfen z. B. von Rehabilitationsträgern mithin immer auch solche Daten erhoben werden, die Anlass geben könnten, die Zuständigkeit anderer Rehabilitationsträger zu prüfen? § 10 Abs. 4 SGB IX scheint dagegen zu sprechen (vgl. Schian/Stähler 2014).
- Welche Daten genau sind jeweils zur Erfüllung der bestehenden Aufgaben „erforderlich“, welche nicht?⁸⁵ Vgl. zu dieser Frage nur die Vielfalt der in dieser Studie identifizierten Verfahren/Instrumente zur Bedarfsermittlung, aber z. B. auch das in der Studie identifizierte Optimierungspotential bei der trägerübergreifenden Nutzbarkeit von Gutachten.
- Darf eine Stelle Daten auch ohne vorheriges Ersuchen einer anderen Stelle eigeninitiativ übermitteln, etwa wenn klare Anhaltspunkte für die Zuständigkeit eines anderen Trägers bestehen? Vgl. dazu neben den §§ 10 und 12 SGB IX z. B. § 14 Abs. 6 SGB IX.

Auswirkungen in der Praxis

Je nach Handhabung/Auslegung der vorstehend benannten und weiterer Fragen sowie unbestimmten Rechtsbegriffe des (Sozial-)Datenschutzrechts in der Praxis erfordert die datenschutzkonforme Gestaltung der akteursübergreifenden Bedarfsermittlung zeitliche Ressourcen und bedingt Wartezeiten unterschiedlichen Umfangs. Denn grundsätzlich erkennbare Hinweise auf Rehabilitationsbedarf oder auf Zuständigkeiten anderer Beteiligter werden bei restriktiver Datenerhe-

⁸⁵ Unter dieser Fragestellung ist auch der Aspekt der „Erforderlichkeit“ von Informationen über den Kontext (Umweltfaktoren, personbezogene Kontextfaktoren i. S. d. ICF) hinsichtlich einer umfassenden bzw. ganzheitlichen Bedarfsermittlung zu fassen.

bung und -übermittlung ggf. nicht oder erst später erkannt bzw. mitgeteilt. Da nach gegenwärtigem Kenntnisstand davon ausgegangen werden kann, dass Rehabilitation in der Tendenz umso erfolgreicher ist, je früher sie einsetzt (Buschmann-Steinhage/Zollmann 2011; Seger et al. 2008), können sich längere Wartezeiten auf den Rehabilitationserfolg auswirken. Bei restriktiver Handhabung datenschutzrechtlicher Regelungen (im Zweifel: Verzicht auf Datenerhebung/-übermittlung) können zudem Mehrfacherhebungen notwendig werden, was im Hinblick auf die Interessen des Betroffenen überdenkenswert erscheint, vgl. auch den Rechtsgedanken des § 96 SGB X.

Auch sind Auswirkungen im Hinblick auf das Ziel einer möglichst unbürokratischen Prozessgestaltung möglich. Eine rein datenschutzrechtlich naheliegende (allerdings ggf. auch nicht ausreichende)⁸⁶ Herangehensweise wäre z. B., vor einer Datenerhebung oder einer Weiterleitung von Unterlagen an andere Stellen (Datenübermittlung) immer die schriftliche Einwilligung (bzw. Schweigepflichtentbindung) des Rehabilitanden einzuholen. Dies kann allerdings nach Aussagen von Leistungsträgern auf der Fachtagung in Stendal insgesamt zu einer Verzögerung des Verfahrens führen. Zudem könnten die verantwortlichen Stellen bzw. Personen/Institutionen bei Zweifeln an der Zulässigkeit von Datenerhebung oder -übermittlung möglicherweise insgesamt zu der Einschätzung gelangen, dass Daten erst gar nicht erhoben oder übermittelt werden sollten.

Obwohl eine datenschutzrechtlich besonders abgesicherten Gestaltung der Bedarfsermittlung mit diesen und anderen Herausforderungen einher geht wird ihr anscheinend in der Praxis regelmäßig der Vorzug gegeben. Eine entsprechende Zurückhaltung in der praktischen Anwendung ist auch gut begründbar angesichts der noch nicht geklärten rechtlichen Unsicherheiten, des Grundsatzes der restriktiven Auslegung grundrechtsrelevanter Vorschriften und der besonderen Bedeutung für das Vertrauensverhältnis mit dem Rehabilitanden. Vor diesem Hintergrund bleibt faktisch ein Spannungsverhältnis zwischen den gesetzlich hinterlegten Aufträgen zur umfassenden, ICF-orientierten und ggf. akteursübergreifenden Bedarfsermittlung und datenschutzrechtlichen Aspekten. Diese Situation wird, wie o.g. Befunde der Studie und weitere Hinweise aus der Fachdiskussion zeigen, z.T. als unbefriedigend eingestuft (BAR 2010b, 36, 84, 119-121; BAR 2012a, 11, 20, 28; BAR 2012b, 22, 28f., 32f.; BAR 2013b, 24, 62-64; BAR 2014b, 27-29; BfDI 2013, 145f.; BMI 2013, 18; Riedel et al. 2012, 11, 41).

Optionen für Lösungsansätze:

Eine systematische Klärung der aufgezeigten und weiterer rechtlicher Fragen ist bislang soweit ersichtlich noch nicht erfolgt. Sie ist gerade wegen der potentiellen Grundrechtsrelevanz, der Komplexität und der Bedeutsamkeit rehabilitationsfachlicher Aspekte, z. B. bei der Auslegung des unbestimmten Rechtsbegriffs „erforderlich“, auch nicht ohne detaillierte juristische und rehabilitationsfachliche Erörterungen möglich. Entsprechende Vertiefungen würden Untersuchungsauftrag dieser Studie jedoch überschreiten.

⁸⁶ So zumindest bezüglich Reha-Entlassungsberichten: (BfDI 2012, 118f.; BfDI 2009; Koop 2013).

Der Arbeitsmarkt als Ort der Realisierung von Teilhabe

Im Kontext der Bedarfsermittlung ist der Arbeitsmarkt als Ort der Realisierung gelingender Teilhabe von Menschen mit Behinderung zielgerichtet mit einzubeziehen. Das Erreichen einer (neuen) beruflichen Qualifikation bzw. der Erwerb beruflicher Handlungskompetenz ist dabei oftmals hierfür die Voraussetzung, realisiert aber nicht das Ziel der Teilhabe selbst. Daher sind für Leistungsträger und -erbringer im Rahmen der Bedarfsermittlung nicht allein Fragen der Erforderlichkeit oder Ausgestaltung definierter Leistungen bedeutsam, sondern auch – im Hinblick auf betriebliche Anforderungen und arbeitsmarktliche Chancen – Möglichkeiten gelingender Teilhabe im Kontext der Arbeitswelt zu reflektieren und ggf. Leistungsgestaltungen an veränderte arbeitsmarktliche Anforderungen (z. B. regionale Bedingungen) anzupassen.

Für Menschen denen eine Teilhabe am Arbeitsleben nicht oder noch nicht am ersten Arbeitsmarkt möglich ist, sind dabei zugleich alternative Möglichkeiten zur Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung von wesentlicher Bedeutung (z. B. WfbM).

Arbeitgeber, die bei der Rekrutierung von Personal mit einer Vielfalt von individuellen Lebensweisen, persönlichen Einstellungen sowie die unterschiedlichsten Qualifikationen konfrontiert sind, wünschen sich bei der Beschäftigung von Menschen mit Behinderungen spezifische, auf die jeweilige betriebliche Tätigkeit bezogene Informationen zu den Teilhabebeeinschränkungen aber auch zu Kompetenzen, Stärken und Fähigkeiten dieser Personen. Im Zuge von Weiterentwicklungsprozessen im Bereich LTA ist es sicherlich lohnenswert, der Frage, welchen ggf. erweiterten Beitrag hierzu die Bedarfsermittlung leisten kann, nachzugehen. Im Hinblick auf das Ziel der nachhaltigen Integration in Arbeit bzw. der Herstellung von Teilhabe scheinen die Forcierung betriebsnaher Konzepte und die möglichst enge Einbindung der Perspektive potentieller Arbeitgeber und ihrer Anforderungen im Rahmen der individuellen Berufswegeplanung denkbar.

Passgenauigkeit von Leistungen und ganzheitliche Bedarfsanalyse

Individuell passgenaue Leistungen zur Teilhabe sind für eine erfolgreiche Rehabilitation und damit das Erreichen des Ziels der Erwerbsteilhabe von besonderer Bedeutung. Zur Herstellung einer solchen Passgenauigkeit ist die Betrachtung der Individualität und Spezifik des Einzelfalls aber auch der Anforderungen des Arbeitsmarktes unabdingbar. Insbesondere die Rehabilitanden und Vertreter der Verbände weisen darauf hin, dass es zur Realisierung der Passgenauigkeit oftmals an flexiblen, personenbezogenen Lösungen fehlt. Im Hinblick auf die hier relevante Bedarfsermittlung finden sich dabei im Rahmen der Untersuchung weitere Optimierungspotenziale bezüglich der Voraussetzungen für eine Passgenauigkeit von Leistungen zur Teilhabe.

Dabei sollten die Bedarfsermittlungsprozesse stärker ganzheitlich und ressourcenorientiert ausgerichtet werden, was an von einigen Leistungserbringern, aber auch Leistungsträgern benannten Optimierungspotenzialen anknüpft. Insbesondere sind hierbei Kontextfaktoren und deren Bedeutung für die Erreichung von Teilhabezielen systematisch mit zu betrachten, d. h. die vorhandenen Förderfaktoren und Barrieren in der materiellen und sozialen Umwelt einer Person sowie auch weitere personenbezogene Faktoren und Kompetenzen, die nicht Teil des gesundheitlichen Problems sind. Leistungsträger und -erbringer formulieren hierzu in der Fragebogenerhebung Handlungsbedarf und bemängeln, dass derzeit diese Kontextfaktoren nicht ausreichend berücksichtigt werden.

Aus einer ganzheitlichen Betrachtung individueller Bedarfslagen leitet sich ab, dass weitere Bedarfslagen, die über die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben hinausgehen, im Prozess der Bedarfsermittlung berücksichtigt werden müssen (z. B. soziale und/oder psychosoziale Hilfen). Dies ist insbesondere dann unablässig, wenn das Erfordernis weiterer Unterstützungsbedarfe (z. B. im Bereich sozialer Teilhabe) die Zielerreichung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben durch bestehende Wechselwirkungen (z. B. zwischen sozialer Stabilität und beruflicher Teilhabe) beeinflussen kann. Es stellt sich damit hier, wie auch in anderen Bereichen der Leistungen zur Teilhabe die Frage⁸⁷, welche über die „Kernleistung“ im Einzelfall hinausgehenden Leistungen erforderlich sein können, um das (mit dieser) intendierte Rehabilitationsziel zu erreichen oder dessen Erreichung zu sichern. Ort zur Erhebung möglicher entscheidungsrelevanter Tatbestände ist die Bedarfsermittlung.

Partizipation der Menschen mit Behinderung

Die Stärkung der Entscheidungsfreiheit von Menschen mit Behinderung und die Schaffung dazu erforderlicher Wahlmöglichkeiten ist ein vorrangiges Ziel der UN-BRK (Art. 3). Voraussetzung hierfür ist, dass Menschen mit Behinderung systematisch in die Prozesse im Bereich der Bedarfsermittlung einbezogen sind. Hierbei ergeben sich vielfältige Ansatzpunkte von der niederschweligen Beratung („objektiv“, „frühzeitig“, „umfassend“, „neutral“) über die adressatengerechte Information bis hin zur Erfassung und Berücksichtigung individueller Lebenslagen, Präferenzen, Fähigkeiten, Neigungen und Wünsche. Für viele Menschen, nicht nur solche mit kognitiven Einschränkungen, sind hierbei Informationen, eine direkte Kommunikation in verständlicher Sprache sowie ein transparentes Verfahren oftmals ausschlaggebend für deren aktive Mitwirkung. Dies gilt es bei allen Weiterentwicklungen angemessen zu berücksichtigen.

Objektivierbarkeit von Bedarfsermittlung?

Im Rahmen des Projekts und der Fragebogenerhebung hat sich u. a. die Frage gestellt, inwieweit ein individueller „Bedarf“ mit Hilfe von Verfahren und Instrumenten objektivierbar ist. Im Blick auf die bei der Bedarfsermittlung benannten Verfahren/Instrumente ließe sich dabei ein Spektrum aufspannen, welches von psychometrischen Verfahren/Instrumenten auf der einen Seite bis zu kommunikativen Ansätzen wie Beratung und Gesprächen auf der anderen Seite, deren Bedeutung besonders von einigen Leistungsträgern herausgestellt wird, reicht. Vor dem Hintergrund des Ziels einer individuellen, auf den Einzelfall bezogenen Bedarfsermittlung, kann die These entwickelt werden, dass diesen kommunikativ orientierten Verfahren/Instrumenten neben psychometrischen Verfahren und Instrumenten ein eigener Stellenwert zuzumessen ist. Zudem spielen immer subjektive Aspekte in die Bedarfsermittlung mit hinein, da die Ergebnisse aus den Verfahren und Tests zusammengeführt und beurteilt werden müssen. Dies ist i. d. R. durch Reha-Berater und psychologische bzw. pädagogische Fachkräfte der beruflichen Rehabilitation zu leisten. Bisherige Befun-

⁸⁷ Im Bereich der medizinischen Rehabilitation betrifft dies z.B. die Frage nach erforderlichen Nachsorgeleistungen oder eine mögliche Erforderlichkeit einer weitergehenden ärztlichen Mitbehandlung während einer medizinischen Rehabilitationsleistung.

de zeigen, dass im Kontext von Trägerhandeln teilweise explizit eine „beraterische Begründung“ bei Leistungsentscheidungen zu LTA vorzunehmen ist, innerhalb derer auch eine Würdigung bestehender objektiver Messergebnisse erfolgt (Schubert 2010). Gerade weil Bedarfsermittlungsprozesse quasi nicht rein objektiv durchzuführen sind, sind insbesondere für die Menschen mit Behinderung ein nachvollziehbares Vorgehen und transparente Leistungsentscheidung von hoher Bedeutung. Eine stärkere Nachvollziehbarkeit der Bedarfsermittlung und des Rehabilitationsprozesses kann auch zu einer stärkeren Mitwirkung und Motivation der Betroffenen führen.

Stellenwert und Potenziale der ICF

Die ICF mit dem ihr zu Grunde liegenden bio-psycho-sozialen Modell ist ein umfassendes Klassifikationssystem, das Krankheitsfolgen und Behinderung systematisch abbilden und ordnen kann. Sie bedient sich einer Unterscheidung von körperbezogenen Aspekten (Körperfunktionen und -strukturen), Beeinträchtigungen der Aktivitäten und der Teilhabe (Aktivitäten und Partizipation), Umweltfaktoren und personbezogener Faktoren, wie z. B. ihre Lebenslage. Das der ICF zugrunde liegende bio-psycho-soziale Modell zeichnet sich dadurch aus, dass es Wechselwirkungen zwischen gesundheitlichen Beeinträchtigungen einer Person und den Kontextfaktoren betrachtet, die u. a. zu Einschränkungen der Teilhabe führen können. Diese beschreibt sie u. a. unterteilt nach verschiedenen Lebensbereichen (Aktivitäten und Teilhabe) und erweitert dabei den Blick auf vorhandene Ressourcen des Menschen sowie Förderfaktoren und Barrieren des Kontextes. Das Modell fördert damit eine ganzheitliche Sichtweise unter Einbeziehung des Kontextes.

Als Klassifikationssystem kann die ICF Krankheitsfolgen und Behinderung zwar nicht unmittelbar messen⁸⁸, aber als Ausgangspunkt für deren Erhebung dienen. Sie ist akteursübergreifend als bedeutsame Referenz im Bereich von Rehabilitation und Teilhabe anerkannt (BAR 2004b, 2006, 2008, 2010a; siehe auch: BMAS 2013; Ewert 2012), insb. im medizinischen Sektor. So geben auch in der Befragung die meisten Leistungsträger und Leistungserbringer an, dass ihnen die ICF bekannt ist. Gleichwohl ist der Nutzungsgrad unterschiedlich, wobei von einer aktuellen Nutzung im Arbeitsalltag nur von jedem fünften Leistungsträger (21 %) und etwa jedem dritten Leistungserbringer (32 %) berichtet wird. Gleichzeitig konnte gezeigt werden, dass beim Nutzungsgrad sowohl bei Leistungsträgern wie auch -erbringern wesentliche Unterschiede zwischen den einzelnen Organisationen bestehen. Hierzu ließe sich einerseits die Hypothese entwickeln, dass der Grad der organisationsbezogenen Auseinandersetzung mit der ICF deren wahrgenommene potenzielle Bedeutsamkeit und Potenziale widerspiegelt. Andererseits ist gleichwohl denkbar, dass sofern eine grundsätzliche Wertschätzung der ICF besteht, bislang keine hinreichend praktikablen Nutzungsansätze gesehen werden.

Besonders zu betrachten ist der berichtete alltagsbezogene Nutzungskontext und Nutzungsumfang. Sofern die ICF bei Leistungsträgern im Arbeitsalltag Verwendung findet, erfolgt dies insbe-

⁸⁸ Zur Abbildung des Schweregrades von Beeinträchtigungen kann jeder Item-Kode um ein entsprechendes Beurteilungsmerkmal (5 mögliche Stufen) ergänzt werden (z.B. b7601.2). Wie eine Einschätzung des Schweregrades vorgenommen werden soll (Operationalisierung), wird in der ICF nicht ausgeführt.

Auch die ICD beinhaltet meist keine Aussagen, wie zu einer bestimmten Diagnose gelangt wird. Vielmehr sind auch dort spezifische Instrumente (Befunde, Skalen etc.) erforderlich.

sondere in spezifischen fachlichen Kontexten, wie i. R. d. Begutachtung bzw. bei Fachdiensten und zumeist ausschließlich auf Ebene des bio-psycho-sozialen Modells (73 %). Entlang der bestehenden funktionalen Differenzierung (Luhmann 1987) innerhalb der Organisationsstrukturen bei Leistungsträgern ist somit anzunehmen, dass die Nutzung der ICF bislang auf diese definierten Kontexte beschränkt bleibt.

Die genannten Nutzungskontexte seitens der Leistungserbringer (z. B. Arbeitsgrundlage, Kommunikation) scheinen – bei Reflexion der Organisationsstrukturen – innerhalb der Organisationen insgesamt breiter zu sein. Dazu passend formulieren Leistungserbringer, die intensiver mit der ICF arbeiten, dass diese gerade auch bei der Zusammenarbeit im multiprofessionellen Team hilfreich und unterstützend sei. Darüber hinaus ist festzustellen, dass bei einigen Leistungserbringern die Nutzung der ICF im Kontext der Bedarfsermittlung neben dem bio-psycho-sozialen Modell auch die Items der ICF (inkl. Kodierungen) umfasst.

Aus den Rückmeldungen der RPK-Einrichtungen lässt sich darüber hinaus die These entwickeln, dass auch wenn innerhalb eines Einrichtungstyps häufig die ICF im Arbeitsalltag Verwendung findet (82 %), die konkrete Nutzung keineswegs eine einheitliche, standardisierte Nutzung über den gesamten Einrichtungstyp implizieren muss. So berichtet die Hälfte der RPK-Einrichtungen die ICF „nur“ auf Ebene des bio-psycho-sozialen Modells zu nutzen, die andere Hälfte ergänzend dazu mit Items und Kodierungen der ICF zu arbeiten.

Eine breite, insbesondere akteurs- und phasenübergreifende Verwendung der ICF (bio-psycho-soziales Modell als auch Item-Ebene), ist derzeit jedoch als Grundlage von Bedarfsermittlungsprozessen im Bereich der beruflichen Rehabilitation nicht auszumachen.

Aus der differenzierten Betrachtung des unterschiedlichen Nutzungsumfangs sowie der je verschiedenen, spezifischen Nutzungsansätze bei Leistungserbringern ergibt sich ferner die Frage nach Möglichkeiten und Hindernissen der Übertragbarkeit ICF-bezogener Nutzungsansätze zwischen den verschiedenen Leistungserbringertypen. Die Unterschiedlichkeit derzeit etablierter Nutzungsansätze begründet dabei die Einschätzung, dass einer einfachen Übertragbarkeit – beispielsweise von Nutzungsvarianten zwischen verschiedenen Leistungserbringertypen – aktuell inhaltlich-methodisch begründete Hürden entgegenstehen. Auch sind bei den Ansätzen zur Item-Nutzung der ICF im Blick auf Fragen nach einer übergreifenden Nutzbarkeit aus methodischer Sicht die teils jeweils spezifischen praxisbezogenen sprachlichen Adaptionen (z.B. Beschreibungen in Item-Listen) sowie die Verwendung unterschiedlicher Skalierungen der Schweregrade und deren Einschätzung zu Grunde gelegter Messmethoden zu diskutieren.

Damit ist hinsichtlich der Nutzung der ICF im Arbeitsalltag angesprochen, wie sich die Verbindung zwischen dem Klassifikationssystem ICF und den Verfahren und Instrumenten bei der Bedarfsermittlung gestaltet. In wissenschaftlichen und fachpraktischen Initiativen finden sich dazu unterschiedliche Ansätze, mit jeweils unterschiedlicher Reichweite und Ausgestaltung. Auf der einen Seite existieren Ansätze die die Item-Ebene direkt nutzen, unter Zuhilfenahme existierender dahinter gelegter Assessmentverfahren (z.B. BBW, Soggeberg/Seggebäing 2009), auf der anderen Seite wurden auf Basis der Items neue Assessmentverfahren entwickelt, die einen direkt Bezug zur ICF haben und psychometrisch geprüft sind (Farin 2008; Farin/Fleitz/Frey 2007). Neue Entwicklungen benutzen moderne probabilistische testtheoretische Zugänge und sogenannte Item-Datenbanken um die Dokumentation der ICF möglichst ökonomisch zu gestalten (Müller/Bengel/Wirtz 2013).

Zugänge die auf Basis bereits vorhandener Assessmentverfahren, deren Entwicklung in der Regel vor 2001 liegt, versuchen eine Kommunikation („linkage“) zwischen diesen und der ICF herzustellen (Cieza et al. 2005). Hier muss jedoch zusammenfassend gefolgert werden, dass dieser Zugang sehr aufwendig ist und in den letzten zehn Jahren keine Weiterentwicklung erfahren hat. Trotzdem bietet er möglicherweise Potentiale für weitergehende Forschung und Entwicklung, die zukünftig geprüft werden könnten.

Diese Ansätze sollen verdeutlichen, dass eine (explizite) Verbindungslinie zwischen der ICF (Item-Ebene als auch bio-psycho-soziales Grundmodell) und den – im Kontext der Bedarfsermittlung – eingesetzten Instrumenten derzeit nur in Einzelfällen vorhanden und nutzbar ist. Dabei ist eine denkbare Kategorisierung eingesetzter Verfahren und Instrumente hinsichtlich des Kriteriums der „ICF-Orientierung von Instrumenten/Verfahren“ mangels tragfähiger und trennscharfer Messindikatoren noch nicht sinnvoll lösbar.

Hinsichtlich des berichteten Fehlens von Kriterien zur Einschätzung bzw. Abbildung von Schweregraden individuell bestehender Beeinträchtigungen in der ICF hätten zukünftige Entwicklungen, die an der Item-Ebene der ICF ansetzen, auch Antworten auf diese bislang von der WHO nicht ausgestalteten Operationalisierungen für die Abbildung von Schweregraden der individuell bestehenden Beeinträchtigungen zu finden.

Im Blick auf die Ergebnisse zu Optimierungs- und Weiterentwicklungspotenzialen der Bedarfsermittlung bei LTA ergibt sich, dass sich mit der ICF solche Potenziale in bedeutsamer Weise realisieren lassen können, was wesentlich zur weiteren Stärkung der Effektivität und Effizienz von Rehabilitationsprozessen beiträgt. Nutzbares Potenzial wird der ICF dabei bei der Überwindung von Kommunikations- und Schnittstellenproblemen bei der Bedarfsermittlung zugeschrieben. Voraussetzung ist hierbei jedoch, dass die ICF aktorsübergreifend als Referenz zur inhaltlichen und formalen Strukturierung der Bedarfsermittlungsprozesse genutzt wird, um eine systematische Kompatibilität verschiedener Verfahren/Instrumente zu ermöglichen. Sie stellt für die unterschiedlichen Akteure der beruflichen Rehabilitation und über die verschiedenen Phasen des Rehabilitationsprozesses hinweg gemeinsame Begrifflichkeiten zur Verfügung, die Basis einer erleichterten aktorsübergreifenden Verständigung sein können.

Unterstützt durch Einschätzungen der Akteure entfaltet die ICF gleichfalls Potenzial für eine systematisierte, ganzheitlichere Betrachtung individueller Bedarfe – z. B. durch den regelhaften Einbezug von Kontextfaktoren in die Bedarfsermittlung (z. B. materielle und soziale Umwelt). Darüber könnten vorhandene Barrieren wie auch Förderfaktoren im Sozialraum bei der Bedarfsermittlung regelhaft Berücksichtigung finden.

Im Blick auf Potenziale zur Nutzung der ICF kann die Ebene des bio-psycho-sozialen Modells (ICF-Komponenten) und die zusätzliche Nutzung von Items/Einzelkategorien (inkl. Kodierungen) unterschieden werden.

- Zum bio-psycho-sozialen Modell: Als gemeinsame Referenzstruktur ist das bio-psycho-soziale Modell geeignet, eine aktorsübergreifende Grundlage der Bedarfsermittlung zu bilden und Prozesse und Ergebnisse der Bedarfsermittlung (inkl. kommunikativer Anforderungen) einheitlicher zu strukturieren und ganzheitlicher zu gestalten (weiterführend dazu siehe Kapitel 6).

- Zur Item-Ebene der ICF: Hinsichtlich der Frage eines möglichen Einsatzes der ICF im Bereich der beruflichen Rehabilitation sind für den Bereich der zusätzlichen Nutzung von Items in Teilbereichen wesentliche fachwissenschaftliche Weiterentwicklungsnotwendigkeiten zu konstatieren – vor allem auf Basis und vor dem Hintergrund bereits in der Nutzung befindlicher Entwicklungen (u. a. Soggeberg/Seggebäing 2009). Um Entscheidungen bzgl. einer breiten Anwendung der ICF-Items (inkl. Kodierungen) in der beruflichen Rehabilitation treffen zu können, sind zukünftig weitere umfassende Arbeiten erforderlich. Dabei sind insbesondere Items des für die Teilhabe am Arbeitsleben besonders bedeutsamen Faktors „Arbeit und Beschäftigung“ fortzuentwickeln. Zudem wären auch Ansätze auszuarbeiten, wie arbeitsmarktrelevante Kompetenzen im System der ICF abgebildet werden können. Eine Einbindung entsprechender Perspektiven des Arbeitsmarktes scheint hier von wesentlicher Bedeutung.

Da einige Leistungserbringer (RPK, BTZ, BBW, WfbM) bisher in verschiedenen Modellprojekten offene Fragen der Item-Nutzung spezifisch zu lösen versucht haben, bilden diese Ansätze bzgl. weiterer Entwicklungen eine bedeutsame Grundlage, sie sind aber bislang auf den jeweiligen organisationsbezogenen Rahmen beschränkt (u. a. spezifische Teilhabeziele, Leistungsbereiche und Teilhabebeeinschränkungen). Die Ansätze unterscheiden sich daher teils wesentlich voneinander und sollten zunächst in geeigneter Form systematisch untersucht werden, bevor Überlegungen zu einer breiten Nutzung der Item-Ebene als Zielsetzung weiter verfolgt werden.

Derzeit sind die erheblichen strukturellen und qualitativen Anforderungen zur aktorsübergreifenden Nutzung der ICF auf Item-Ebene nicht sinnvoll zu lösen. Daher ist bei der ICF-Nutzung ein übergreifender, umfassender Ansatz unter Einbeziehung der Item-Ebene aktuell nicht absehbar.

6. PERSPEKTIVEN

Effiziente Rehabilitationsprozesse beginnen mit einer gezielten und systematischen Ermittlung des individuellen Teilhabebedarfs. Angesichts der Anforderungen aus UN-BRK und des SGB IX sowie der beschriebenen Heterogenitäten im Bereich der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben ist es – sollen nicht nur einzelne, institutionell abgegrenzte Verbesserungen erreicht werden – zielführend, Weiterentwicklungen grundsätzlich akteursübergreifend auszurichten (Prämisse), also Leistungsträger, Leistungserbringer und Leistungsberechtigte systematisch einzubeziehen. Formen der Bedarfsermittlung sind bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben bei Leistungsträgern und Leistungserbringern bislang – teils stark – diversifiziert. Während spezifische Instrumente für spezifische Zielgruppen zweifelsohne bedeutsam sind, fehlen einheitliche Grundlagen für Verfahren und Instrumente, auf deren Basis eine konvergente Weiterentwicklung von Bedarfsermittlungsprozessen erfolgen kann. Solche Grundlagen (z.B. im Rahmen eines Basiskonzeptes für die Bedarfsermittlung bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben) sollen – besser: müssen – helfen, die Nutzung der Vielzahl an Verfahren und Instrumenten

- durch Formulierung von Bezugspunkten für praktisches Handeln,
- Beschreibung gemeinsamer Anforderungen an die Bedarfsermittlung der Akteure und
- Das Bieten von Unterstützung für die Durchführung von Bedarfsermittlungsprozessen effizienter zu gestalten.

Gleichzeitig hätte es den Anforderungen der Leistungsberechtigten sowie sozialrechtlichen Vorgaben nach ganzheitlichen und umfassenden Bedarfsermittlungsprozessen Rechnung zu tragen. Mit einer transparenten Auswahl zielführender Verfahren/Instrumente der Bedarfsermittlung wie auch einheitlicher Grundlagen für Ergebnisformate einzelner Bedarfsermittlungsschritte können Bedarfsermittlungsprozesse für die Akteure insgesamt erleichtert und die Möglichkeiten der Partizipation von Leistungsberechtigten weiter verbessert werden. Ergebnisse von Bedarfsermittlungsprozessen werden zwischen Leistungsträgern, zwischen Leistungserbringern sowie zwischen Leistungsträgern und -erbringern durch Nutzung einer einheitlichen Grundlage nicht nur kommunikabler, sondern auch besser zueinander anschlussfähig. Damit würden die Bedingungen für eine effektive intra- und interorganisationale Kommunikation und Zusammenarbeit weiter gestärkt.

Optimierte Bedarfsermittlungsprozesse bedürfen daher als Bezugsrahmen akteursübergreifender gemeinsamer Grundlagen, als deren zentraler Bezugspunkt sich das bio-psycho-soziale Modell eignet. Eine Nutzung des bio-psycho-sozialen Modells meint dabei eine Erhebung und Strukturierung von im Rahmen der Bedarfsermittlung erforderlichen Informationen anhand der ICF-Komponenten. Die Nutzung der Differenzierungsmöglichkeiten entlang der ICF-Kapitel könnte sich dabei für die Strukturierung der Ergebnisse als hilfreich erweisen.

Es wird zu beachten sein, dass Leistungserbringer wie Leistungsträger als Akteure der Bedarfsermittlung sowohl das Erfordernis der Differenziertheit von Bedarfsermittlungsprozessen im Einzelfall, als auch deren Praktikabilität benennen (u.a. in Hinblick auf zur Verfügung stehende Ressourcen). Benannte Grundlagen müssen daher eine unterschiedliche Tiefe von Bedarfsermittlungsprozessen (z.B. Gespräch/Befundbericht vs. umfassendes Assessment) abbilden und sowohl dem Einzelfall gerecht werden, als auch für die Akteure handhabbar sein.

Gemeinsame Grundlagen haben für die verschiedenen organisationalen Akteure über benanntes hinaus den Vorteil, einerseits einen einheitlichen Bezugsrahmen für Bedarfsermittlungsprozesse bereitzustellen, andererseits aber auch unterschiedliche Wege der Umsetzung dieses Rahmens zu ermöglichen. Für relevante Bedarfsindikatoren und Variablen, die nicht ausreichend über die vier Komponenten der ICF abbildbar sind (z. B. Kompetenzen), sind aufbauend und soweit als möglich integrierend spezifische Ergänzungen denkbar und systematisch miteinander zu verbinden. So kann auch akteursspezifischen Besonderheiten Rechnung getragen werden (z. B. Nutzung von Kompetenzmodellen). In der Gesamtschau hätte somit akteursübergreifende Grundlagen der Bedarfsermittlung in Form eines Basiskonzepts sozialrechtliche Grundanforderungen aufzunehmen, Grundlagen für Bedarfsermittlungsprozesse unter Nutzung des bio-psycho-sozialen Modells bereitzustellen sowie eine Verknüpfung des bio-psycho-sozialen Modells mit zur Bedarfsermittlung verwendeten Instrumenten und Verfahren herzustellen. Mit diesem Ansatz verbinden sich auch Chancen, bundeseinheitliche Kriterien für die Bedarfsermittlung zu formulieren, die derzeit auch im Rahmen der Eingliederungshilfereform diskutiert werden.

Methodisch ergibt sich bei Nutzung des bio-psycho-sozialen Modells als Grundlage für Bedarfsermittlungsprozesse, dass in einem auf dieser Studie aufbauenden Schritt zunächst

- a) solche Grundlagen für die Bedarfsermittlung bei Leistungen zur Teilhabe konzeptuell zu entwickeln sind, die relevante Zielvariablen der Akteure einschließen als auch sozialrechtliche Grundanforderungen aufnehmen. Darauf aufbauend sind
- b) bestehende Verfahren und Instrumente anhand der jeweiligen Zielparameter systematisch aufzubereiten und zu den Komponenten des auf dem bio-psycho-sozialen Modell fußenden Konzeptes zuzuordnen. Auf dieser Basis können dann
- c) sowohl Zielbereiche mit wenig eingesetzten Erhebungsinstrumenten (z. B. Kontextfaktoren) als auch Zielbereiche mit vielen ähnlichen Verfahren/Instrumenten identifiziert werden.

Mögliche Fragen der Reduktion der aktuellen Vielzahl von Verfahren/Instrumenten sind auf dieser Basis und unter Berücksichtigung der sich aus den Heterogenitäten ergebenden Differenzierungserfordernissen zu diskutieren. Zugleich wird bei Weiterentwicklungen von Verfahren und Instrumenten zur Bedarfsermittlung auf die entwickelten Grundlagen aufzubauen sein. Hierzu zählt auch das Berücksichtigen oder aktive Herstellen von Bezügen und Verortungen.

Eine bereichsspezifische vertiefte Nutzung der ICF auf Item-Ebene (insb. bei einzelnen Leistungserbringern) scheint innerhalb der zu erarbeitenden akteursübergreifenden Grundlagen (Basiskonzept) grundsätzlich möglich, aber entsprechend passungsfähig zu gestalten. Hierzu ist zukünftig auch eine vertiefte systematische Auseinandersetzung mit Ansätzen und Entwicklungen der Nutzung der Item-Ebene der ICF im Bereich der beruflichen Rehabilitation erforderlich.

Im Rahmen der Konzeptualisierung und Implementation beschriebener akteursübergreifender Grundlagen ist es für alle Akteure erforderlich, bestehende Prozesse und Vorgehensweisen auf diese zu beziehen und ggf. hinsichtlich der Passungs- und Anschlussfähigkeit weiterzuentwickeln. Die konkrete Umsetzung der akteursübergreifenden Anforderungskriterien an die Bedarfsermittlung kann dabei jedoch akteursspezifisch mit unterschiedlichen Verfahren und Instrumenten ausgestaltet werden.

Ein solches Konzept wäre zur Realisierung der Optimierungspotenziale in einer über diese Studie hinausgehenden Aktivität zu entwickeln, zu erproben und zu implementieren.

7. METHODISCHE LIMITATIONEN

Die breit angelegte schriftliche Befragung von organisationalen Akteuren in der beruflichen Rehabilitation umfasste fünf Leistungsträgergruppen und sieben Leistungserbringertypen. Numerisch betrachtet war die Bereitschaft an der Studie mitzuwirken von Leistungsträgern und Leistungserbringern im Mittel etwa gleich groß (ca. 30 %; vgl. Kap. 3.3.2). Die Spannweite der Rücklaufquote zwischen den Leistungsträgergruppen und Leistungserbringertypen ist jedoch sehr breit. Bedingt durch den unterschiedlichen methodischen Zugang sind zudem die jeweiligen Grundgesamtheiten teils wesentlich unterschiedlich⁸⁹. Dies führt zu Ergebnisverzerrungen bei konventionellen Analysen und führte mit Ziel der Verringerung dieser Effekte zur erforderlichen Gewichtung (vgl. Kap. 3.3.4)⁹⁰. Gleichwohl ergibt sich durch die Gewichtung bei den Leistungsträgern an einigen Auswertungspunkten durch geringe Fallzahlen, die Größe der Gewichte sowie die Antwortstreuungen eine teils eingeschränkte Interpretierbarkeit⁹¹, auf die an den entsprechenden Stellen gesondert hingewiesen wird. Nichts destotrotz ist eine Gewichtung gerechtfertigt, um grundsätzlich einen Vergleich der Organisationen adäquat durchführen zu können.

Bei der qualitativen Auswertung, in der auf die Gewichtung verzichtet wird, steht die Ausschöpfung des maximal möglichen Potentials der inhaltlichen Angaben im Vordergrund. Daher erfolgt, ungeachtet der Sprunganweisungen bzw. Filter im Fragebogen, die Auswertung aller Nennungen, also auch derjenigen, die in der quantitativen Auswertung durch Filter eigentlich nicht in die Auswertung mit einbezogen wurden. Dieses Vorgehen kann infolgedessen zu differierenden Angaben bezüglich der einrichtungsspezifischen Häufigkeiten in den quantitativen und qualitativen Darlegungen führen. Ferner bieten die qualitativen Angaben von Leistungserbringern und -trägern auf Grund von teils stichwortartigen Anmerkungen oder Schlagworten zahlreiche Unschärfen und teils Interpretationsspielraum, den es zu berücksichtigen gilt.

Der umfassende multiperspektivische Untersuchungsansatz (vgl. Kap. 2) kann im Blick auf die Beantwortung der Forschungsfragen u. E. als Stärke der Studie gelten. Gleichwohl konnten zwar ausreichende doch trotzdem nur begrenzt große Stichproben generiert werden. Zudem musste sich die Studie bei der Einbeziehung von (potenziell) Leistungsberechtigten auf einen begrenzten, nicht repräsentativen Erhebungsansatz beschränken. Dies korrespondiert damit, dass vor allem auch aufgrund kognitiver Einschränkungen eines Teils der Leistungsberechtigten (Fokus: WfbM) kein sprachlich einheitliches Instrumentarium vorliegt, was vergleichbare Aussagen erlaubt (vgl. Kap. 3.4.4). Hier wird für die Zukunft ein konzertiertes Vorgehen zu entwickeln sein, dass alle Menschen mit Behinderung im Bereich LTA einbezieht: von Werkstattbeschäftigten zu Auszubildende in BBW über Umschüler in BFW zu Versicherten in RPK und Phase II Einrichtungen.

⁸⁹ So umfasst die Befragung beispielsweise alle regionalen Agenturen für Arbeit (n=152) aber nur je einmalig die verschiedenen Träger der gesetzlichen Rentenversicherung (n=16).

⁹⁰ Da in der einschlägigen Literatur kein vorgegebener, minimaler Größenumfang für die Gewichtung einer Stichprobe existiert, erscheinen die Gesamtstichproben der Leistungserbringer sowie -träger ausreichend (Bortz/Döring 2006).

⁹¹ In solchen Konstellationen können zum einen die Fallzahlen vereinzelter Organisationstypen überlagert werden, d. h. Prozentanteile und Häufigkeitsangaben werden zu gering oder gar nicht ausgewiesen. Zum anderen können Fallzahlen aber auch überschätzt werden.

Ferner ist anzuführen, dass im Rahmen der schriftlichen Befragung von Leistungsträgern und -erbringern zu Verfahren/Instrumenten und hier insbesondere über die als Anlage zum Fragebogen zur Verfügung gestellten „Übersicht über potenziellen Verfahren/Instrumente zur Bedarfsermittlung in der beruflichen Rehabilitation“ besonders psychometrische Testverfahren bzw. Instrumente adressiert wurden. Gleichwohl erfolgte darüberhinausgehend eine substantielle Zahl an Nennungen, die in verschiedenster Art und Weise mit der Bedarfsermittlung bei LTA im Zusammenhang stehen⁹². Diese Vielfalt kann auf die Tatsache zurückgeführt werden, dass die Begriffe „Verfahren“ bzw. „Instrumente“ in der Befragung nicht explizit definiert wurden. Ferner muss davon ausgegangen werden, dass Experten, die ausschließlich die nachgefragten psychologischen Testverfahren angeben, ebenfalls weitere Ansätze⁹³ im Rahmen der Bedarfsermittlung bei LTA nutzen. Da diese jedoch nicht explizit erfragt wurden, ist zu vermuten, dass die Experten auf die Erwähnung verzichtet haben könnten.

Im Rahmen der systematischen Bestandsaufnahme zu derzeit eingesetzten Verfahren/Instrumenten war eine einheitliche Aufbereitung nach verschiedenen Kriterien (z. B. ICF-Orientierung, Ausrichtung auf Partizipation und Barrierefreiheit) geplant. Im Rahmen der Bearbeitung wurde aber deutlich, dass weder eindeutige Definitionen hinsichtlich Verfahren/Instrumente in der Fachwelt existieren, noch diese im Projektrahmen zu leisten sind. Eine Aufbereitung der Verfahrensnennungen nach Gütekriterien (Andresen 2000), wie sie für psychometrische Testverfahren in der Diagnostik angewendet werden, war aufgrund fehlender Kompatibilität bzw. Anwendbarkeit ebenfalls nicht möglich. Dies führte – mangels wissenschaftlich etablierter Systematisierungsansätze im Gegenstandsbereich – zur vorgenommenen systematischen Aufbereitung der Einzelnennungen in Anlehnung an historisch gewachsene Testkategorien, wie Psyndex und Hogrefe (vgl. Kap. 4.1.3.1). Diese Sortierung nach Themengebieten basiert jedoch nicht auf wissenschaftlichen Kriterien. Mit diesem Hintergrundwissen sollte die daraus resultierende systematische Übersicht in Form eines Kategorienbaums stets betrachtet werden. Darüber hinaus ist hinsichtlich des Differenzierungsansatzes von Verfahren/Instrumenten nach dem Reha-Prozess-Phasen Modell (vgl. Kap. 4.1.3.2) anzumerken, dass sich keine Fragestellung zu den Verfahren/Instrumenten direkt auf dieses Modell bezieht, so dass sich die beschriebenen Ergebnisse aus nachgeschalteten Analysen ergeben. Hieraus ergibt sich u. a. keine trennscharfe Zuordnungsmöglichkeit von Verfahren/Instrumenten zu einzelnen Phasen des Rehabilitationsprozesses.

Die vorgestellten Aufbereitungswege benannter Verfahren/Instrumente sind damit insgesamt als erstmalige Systematisierungsansätze zu sehen, zu denen sicherlich zukünftig Weiterentwicklungen und/oder weitere Ansätze denkbar sind.

⁹² Die Angaben reichen von Gesprächen, Beobachtungen über Trainingsangebote spezifischer Kompetenzen, Dokumentationssystemen, Seh- und Hörtests, Praktika sowie Malen und Sandspiele bis hin zum „gesunden Menschenverstand“.

⁹³ Z. B. Gespräche, Kompetenzanalysen, Gutachten

8. LITERATUR

- Andresen, E. (2000): Criteria for Assessing the Tools of Disability Outcomes Research. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. 81 (Suppl. 2), S15-S20.
- BAG WfbM, Bundesarbeitsgemeinschaft Werkstätten für behinderte Menschen (2013): Statistik der Bundesarbeitsgemeinschaft Werkstätten für behinderte Menschen, Stand: 14.11.2013. <http://www.bagwfbm.de/page/24>.
- BAGüS, Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe (2009): Orientierungshilfe zu den Schnittstellen der Eingliederungshilfe nach dem SGB XII zu anderen sozialen Leistungen. www.lwl.org/spur-download/bag/orientierungshilfe_schnittstellenpapier_24112009.pdf
- BAR, Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (2004a): Gemeinsame Empfehlung nach § 13 Abs. 1 i.V.m. § 12 Abs. 1 Nr. 4 SGB IX für die Durchführung von Begutachtungen möglichst nach einheitlichen Grundsätzen (Gemeinsame Empfehlung "Begutachtung") vom 22. März 2004. http://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/publikationen/gemeinsame-empfehlungen/downloads/Gemeinsame_Empfehlung_Begutachtung.pdf
- BAR, Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (2004b): Gemeinsame Empfehlung über die nahtlose, zügige und einheitliche Erbringung von Leistungen zur Teilhabe nach § 12 Abs. 1 Nr. 1 bis 3 i.V.m. § 13 Abs. 1, Abs. 2 Nr. 5 SGB IX (Gemeinsame Empfehlung „Einheitlichkeit/Nahtlosigkeit“) vom 22. März 2004.
- BAR, Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (2006): ICF Praxisleitfaden 1 - Trägerübergreifender Leitfaden für die praktische Anwendung der ICF beim Zugang zur Rehabilitation. Umsetzung der ICF <http://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/publikationen/icf-praxisleitfaeden/downloads/ICF1.pdf>
- BAR, Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (2008): ICF Praxisleitfaden 2 - Trägerübergreifende Informationen und Anregungen für die praktische Nutzung der ICF in medizinischen Rehabilitationseinrichtungen. <http://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/publikationen/icf-praxisleitfaeden/downloads/ICF2.pdf>
- BAR, Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (2009): Handbuch für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Gemeinsamen Servicestelle für Rehabilitation. Stuttgart [u.a.], Thieme.
- BAR, Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (2010a): ICF Praxisleitfaden 3 - Trägerübergreifende Informationen und Anregungen für die praktische Nutzung der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) für das Krankenhausteam. <http://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/publikationen/icf-praxisleitfaeden/downloads/ICF3.pdf>
- BAR, Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (2010b): Perspektiven für die Optimierung von Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit in der Rehabilitation. http://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/rehabilitation_und_teilhabe/Qualitaet_in_der_Reha/Effektivitaet_und_Effizienz/downloads/BAR_Projekt_WuW_Ergebnisbericht.pdf
- BAR, Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (2011): RPK-Empfehlungsvereinbarung und Handlungsempfehlungen für die praktische Umsetzung. http://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/publikationen/empfehlungen/downloads/BARBroRPK_E.pdf
- BAR, Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (2012a): Jahresbericht 2010/2011 über die Erfahrungen mit den Gemeinsamen Empfehlungen nach § 13 Abs. 8 SGB IX. http://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/publikationen/gemeinsame-empfehlungen/downloads/2_Jahresbericht_GE.pdf

- BAR, Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (2012b): Wege zur frühzeitigen Vernetzung in der Rehabilitation. <http://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/startseite/BARDokuKass.web.pdf>
- BAR, Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (2013a): Arbeitshilfe für die Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Krebserkrankungen. Frankfurt/Main, <http://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/startseite/AH.Krebs.web.pdf>
- BAR, Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (2013b): Vierter Bericht über die Gemeinsamen Servicestellen für Rehabilitation nach § 24 Abs. 2 SGB IX vom 16.12.2013. Frankfurt/Main, http://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/startseite/GS_4__Bericht_2010_bis_2013__vom_16_12_2013.pdf
- BAR, Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (2014a): Gemeinsame Empfehlung zur Erkennung und Feststellung des Teilhabebedarfs, zur Teilhabeplanung und zu Anforderungen an die Durchführung von Leistungen zur Teilhabe gemäß §§ 12 Abs. 1 Nr. 1 bis 3, 13 Abs. 2 Nr. 2, 3, 5, 8 und 9 SGB IX. Frankfurt/Main, im Erscheinen.
- BAR, Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (2014b): Jahresbericht 2012/2013 über die Erfahrungen mit den Gemeinsamen Empfehlungen nach § 13 Abs. 8 SGB IX (im Erscheinen).
- BAR, Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (2014c): Statistik der Ausgaben für Rehabilitation und Teilhabe 2010-2012. <http://www.bar-frankfurt.de/2963.html>
- Beck, Larissa; Giraud, Bernd; Petri, Bernd (2011): Trägerübergreifende Bedarfsfeststellung – mögliche Ansätze und Perspektiven. *Rehabilitation*. 50, 11-16.
- BfDI, Bundesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit (2012): Sozialdatenschutz - Rechte der Versicherten. http://www.bfdi.bund.de/SharedDocs/Publikationen/Infobroschueren/BfDI_Info_3_Sozialdatenschutz.pdf;jsessionid=E7158792A42A2421E3C7F7CEA7CC462B.1_cid329?__blob=publicationFile
- BfDI, Bundesbeauftragter für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (2009): Tätigkeitsbericht zum Datenschutz für die Jahre 2007 und 2008. Bonn, http://www.bfdi.bund.de/SharedDocs/Publikationen/Taetigkeitsberichte/TB_BfDI/22TB_2007_2008.pdf?__blob=publicationFile
- BfDI, Bundesbeauftragter für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (2013): Tätigkeitsbericht zum Datenschutz für die Jahre 2011 und 2012. Bonn, http://www.bfdi.bund.de/SharedDocs/Publikationen/Taetigkeitsberichte/TB_BfDI/24TB_2011_2012.pdf?__blob=publicationFile
- Bieber, Rudolf (Hrsg.) (2005): Teilhabe am Arbeitsleben: Wege der beruflichen Integration von Menschen mit Behinderung. Stuttgart, Kohlhammer.
- BMAS, Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2011): Unser Weg in eine inklusive Gesellschaft. Nationaler der Bundesregierung zur Umsetzung des Übereinkommens der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen. http://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen/a740-nationaler-aktionsplan-barrierefrei.pdf?__blob=publicationFile
- BMAS, Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2013): Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen. Teilhabe – Beeinträchtigung – Behinderung. http://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Meldungen/2013-07-31-teilhabebericht.pdf?__blob=publicationFile
- BMI, Bundesministerium des Inneren (2013): Jedes Alter zählt - zweiter Demografiegeipfel der Bundesregierung am 14. Mai 2013. http://www.bmi.bund.de/SharedDocs/Downloads/DE/Broschueren/2013/ergebnisdokumentation.pdf;jsessionid=4A5FAFC14C06D6113ED03A40B2465DFC.2_cid373?__blob=publicationFile

- Bortz, Jürgen; Döring, Nicola (2006): Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler. Heidelberg, Springer.
- Bürger, Wolfgang; Deck, Ruth (2009): Ein kurzes Screening-Instrument zur Messung des Bedarfs an berufsbezogenen Behandlungsangeboten in der medizinischen Rehabilitation. *Rehabilitation*. 48, 211-221.
- Buschmann-Steinhage, Rolf; Zollmann, Pia (2011): Rückkehr zur Arbeit nach Leistungen zur medizinischen Rehabilitation. *Public Health Forum*. 19 (4), 19-e11.
- Cieza, A.; Ewert, T.; Ustun, T. B.; Chatterji, S.; Kostanjsek, N.; Stucki, G. (2004): Development of ICF Core Sets for patients with chronic conditions. *J Rehabil Med*. (44 Suppl), 9-11.
- Cieza, A.; Geyh, S.; Chatterji, S.; Kostanjsek, N.; Ustün, B.; Stucki, G. (2005): ICF linking rules: an update based on lessons learned. *Journal of Rehabilitation Medicine*. 37, 212-218.
- Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge (2009): Empfehlungen des Deutschen Vereins zur Bedarfsermittlung und Hilfeplanung in der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen. http://www.deutscher-verein.de/05-empfehlungen/empfehlungen_archiv/2009/pdf/DV%2006-09.pdf
- DGUV, Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (2010): Das Reha-Management der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung. <http://www.dguv.de/medien/inhalt/rehabilitation/documents/handlungsleitfaden.pdf>
- DVFR, Deutsche Vereinigung für Rehabilitation (2009): Die Nutzung der ICF bei Ausgestaltung der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (berufliche Rehabilitation) - Empfehlung der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation vom 31.3.2009. *Die Rehabilitation*. 48 (4), 247-251.
- Ewert, T.; Cieza, A.; Stucki, G. (2002): Die ICF in der Rehabilitation. *Phys Med Rehab Kuror*. 12, 157-162.
- Ewert, Thomas (2012): Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) als Klassifikationshilfe der langfristigen Krankheitsfolgen. *Bundesgesundheitsblatt*. 55, 459-467.
- Farin, E. (2008): Patientenorientierung und ICF-Bezug als Herausforderung für die Ergebnismessung in der Rehabilitation. *Rehabilitation*. 47, 67-76.
- Farin, E.; Fleitz, A.; Frey, C. (2007): Psychometric properties of an International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)-oriented, adaptive questionnaire for the assessment of mobility, self-care and domestic life. *Journal of Rehabilitation Medicine*. 39, 537-546.
- Fries, Wolfgang; Lösli, Heliane; Wagenhäuser, Steffi (2007): Teilhaben! Neue Konzepte der NeuroRehabilitation - für eine erfolgreiche Rückkehr in Alltag und Beruf. Stuttgart, Thieme.
- Giraud, Bernd; Schubert, Michael (2014): Phasen des Rehabilitationsprozesses – Entwicklung einer trägerübergreifenden Terminologie und eines gemeinsamen Verständnisses durch eine Gemeinsame Empfehlung In: DRV (Hrsg.): *Arbeit - Gesundheit - Rehabilitation*. DRV-Schriften 103. Berlin. 40-42.
- Grampp, Gerd; Jackstell, Susanne; Wöbke, Nils (2013): Teilhabe, Teilhabemanagement und die ICF. Köln, Balance-Buch-und-Medien-Verl.
- Greve, Jörn; Jochheim, Kurt-Alphons; Schian, Hans-Martin (1997): Erhebungsverfahren zur beruflichen Integration behinderter Menschen - vom ERTROMIS-Verfahren zum IMBA-Informationssystem. *Rehabilitation*. 36 (1), 34-38.
- Grobe, Thomas G.; Schwartz, Friedrich Wilhelm (2003): Arbeitslosigkeit und Gesundheit. Berlin, Robert Koch-Institut.
- Hatzinger, Reinhold; Nagel, Herbert (2009): PASW Statistics. Statische Methoden und Fallbeispiele. München, Boston u.a., Pearson Studium.

- Hollederer, Alfons (2002): Arbeitslosigkeit und Gesundheit. Ein Überblick über empirische Befunde und die Arbeitslosen- und Krankenkassenstatistik. *Mitteilungen aus der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung*. 35 (3), 411-428.
- Kaiser, Harald; Kersting, Manuela; Schian, Hans-Martin (2000a): Der Stellenwert des Arbeitssimulationsgerätes ERGOS als Bestandteil der leistungsdiagnostischen Begutachtung. *Rehabilitation*. 39 (5), 175-184.
- Kaiser, Harald; Kersting, Manuela; Schian, Hans-Martin; Jacobs, A.; Kasprowski, D. (2000b): Der Stellenwert des EFL-Verfahrens nach Susan Isernhagen in der medizinischen und beruflichen Rehabilitation. *Rehabilitation*. 39 (5), 297-306.
- Kleon, S.; Griesbach, A.; Kosanke, D.; Spijkers, W. (2009): Evaluation und Optimierung des Aachener Profilmoduls (ProMo) - eines standardisierten Qualitätssicherungsinstrumentes des individuellen beruflichen Rehabilitationsverlaufs. In: DRV (Hrsg.): *Innovation in der Rehabilitation - Kommunikation und Vernetzung*. DRV-Schriften 83. 224-226.
- Koop, Torsten (2013): Selbstauskunftsbögen der Krankenkassen - ein Zwischenbericht. *Gesundheit und Pflege*. 2 (6), 217-218.
- Kothe, Wolfhard (2005): Das SGB IX als arbeits- und sozialrechtliche Grundlage der Teilhabe am Arbeitsleben. *Zeitschrift für Sozialreform*. 51 (Sonderheft 2005), 7-35.
- Lamnek, Siegfried (2005): Qualitative Sozialforschung. Weinheim, Beltz.
- Luhmann, Niklas (1987): Soziale Systeme. Grundriss einer allgemeinen Theorie. Frankfurt, Suhrkamp.
- Mayring, Philipp (2008): Qualitative Inhaltsanalyse. In: Flick, Uwe, Kardoff, Ernst v., Steinke, Ines (Hrsg.): *Qualitative Forschung: ein Handbuch*. Reinbek, Rowohlt. 468-475.
- Mayring, Philipp (2010): Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken. Weinheim Basel, Beltz.
- Metzler, Heidrun; Meyer, Thomas; Rauscher, Christine; Schäfers, Markus; Wansing, Gudrun (2007): Begleitung und Auswertung der Erprobung trägerübergreifender Persönlicher Budgets. http://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen/f366-forschungsbericht.pdf;jsessionid=4EB71043640E22A72CB4070DDF8D319A?__blob=publicationFile
- Mittag, Oskar; Jäckel, Wilfried (2011): Bedarfsfeststellung: Gesetzliche Grundlagen, derzeitige Praxis und aktuelle Forschungsfragen *Die Rehabilitation*. 50 (1), 4-6.
- Morfeld, Matthias; Friedrichs, A.; Stritter, W. (2011): Interner Forschungsbericht der Hochschule Magdeburg Stendal.
- Müller, E. A.; Bengel, J.; Wirtz, M. A. (2013): Development of Rasch-based item banks for the assessment of work performance in patients with musculoskeletal diseases. *Journal of Occupational Rehabilitation*. 23, 527-535.
- Nebe, Katja (2013): Die Bedarfsermittlung aus sozialpolitischer Sicht. http://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/rehabilitation_und_teilhabe/Leistungen/Teilhabe_am_Arbeitsleben/downloads/20130619_Vortrag_Nebe.pdf.
- Nebe, Katja (2014): Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben – Zuständigkeit und Verantwortlichkeit. *Sozialrecht aktuell*. (im Erscheinen).
- Pfaff, Heiko (2006): Lebenslagen der behinderten Menschen. Ergebnisse des Mikrozensus 2005. *Wirtschaft und Statistik*. (12), 1267-1277.
- Pfeiffer, Gerhard; Tress, Jürgen; Goll, Martin (2003): hamet 2 - handlungsorientierte Module zur Erfassung und Förderung beruflicher Kompetenzen. *Berufliche Rehabilitation*. 17 (2), 52-81.

- Raspe, Heiner (2004): SGB IX: Bedarfsgerechte Leistung und umfassende Rehabilitation. *Zeitschrift für Sozialreform*. 50 (4-5), 446-461.
- Raspe, Heiner (2007): Bedarf an rehabilitativen Leistungen: Zur Theorie von Bedarfsermittlungen („needs assessment“). *Die Rehabilitation*. 46, 3-8.
- Rentsch, Hans Peter; Bucher, Peter O. (2006): ICF in der Rehabilitation. Idstein, Schulz-Kirchner Verlag.
- Riedel, Hans-Peter; Reinberg, Bärbel; Schmidt, Christof; Klügel, Tina (2012): Abschlussbericht zum RehaFutur-Entwicklungsprojekt. http://www.rehafutur.de/fileadmin/DOWNLOADS/Publikationen/RehaFutur_EP_Abschlussbericht.pdf
- Schian, Marcus; Stähler, Thomas (2014): Trägerübergreifende Koordination bzw. Kooperation nach den §§ 10-12 SGB IX: „Aufgabe“ oder „Programmsatz“? In: DRV (Hrsg.): *Arbeit - Gesundheit - Rehabilitation*. DRV-Schriften 103. Berlin. 327-328.
- Schliehe, Ferdinand; Ewert, Thomas (2013): Die Internationale Klassifikation der Funktionfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) - Aktualisierung der problemorientierten Bestandsaufnahme. *Rehabilitation*. 53, 40-50.
- Schliehe, Ferdinand; Sulek, C. (2007): Rechtliche Grundlagen der Rehabilitation und Teilhabe. In: Morfeld, Matthias, Mau, Wilfried, Jäckel, Wilfried, Koch, Uwe (Hrsg.): *Querschnitt Rehabilitation, Physikalische Medizin und Naturheilverfahren*. München, Elsevier. 6-16.
- Schmidt, C; Möller, P; von Raison, B (2010): Modularisierte ICF-basierte Teilhabeplanung. *Gesundheitswesen*. 72, P159.
- Seger, W.; Petri, B.; Müller-Fahrnow, W.; Lay, W.; Grotkamp, S.; Hüller, E.; Seidel, E.; Steinke, B.; Deetjen, W.; Gronemeyer, S.; Lübke, N.; von Mittelstaedt, G.; Korsukéwitz, Ch.; Aubke, W.; Schian, H.-M.; Heipertz, W.; Wallrabenstein, H.; Zelfel, R. C.; Cibis, W.; Philgus, B. (2008): Perspektiven der Rehabilitation - Ein Positionspapier des Ärztlichen Sachverständigenrates der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) zur Weiterentwicklung der Rehabilitation. *Gesundheitswesen*. 70 (5), 267-280.
- Soggeberg, C.; Seggebäing, B. (2009): Profilorientierte Leistungsplanung auf der Basis der ICF. *Berufliche Rehabilitation*. 23 (11), 160-178.
- Statistisches Bundesamt (2011): Fast 10 Millionen behinderte Menschen im Jahr 2009. Pressemitteilung Nr.187 vom 12.05.2011.
- Streibelt, M.; Gerwin, H.; Hansmeiser, T.; Thren, K.; Müller-Fahrnow, W. (2007): SIMBO: Ein Screening-Instrument zur Feststellung des Bedarfs an Medizinisch-Beruflich Orientierten Maßnahmen in der medizinischen Rehabilitation – Analysen zur Konstruktvalidität und Prognosegüte. *Rehabilitation*. 46, 266-275.
- VDR, Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (1999): Förderschwerpunkt "Rehabilitationswissenschaften" - Empfehlungen der Arbeitsgruppen „Generische Methoden“, „Routinedaten“ und „Reha-Ökonomie“. http://www.deutscherentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/3_Fachbereiche/01_sozialmedizin_forschung/downloads/reha_wissenschaften/empfehlung_pdf.pdf?__blob=publicationFile&v=3
- Welti, Felix (2006): Kapitel 1, Allgemeine Regelungen. In: Lachwitz, Klaus, Schellhorn, Walter, Welti, Felix (Hrsg.): *Handkommentar zum Sozialgesetzbuch IX, Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen (Hk-Sgb IX)*. Köln, Luchterhand. 41-141.
- Welti, Felix (2010): Kommentierung zu § 8 SGB IX - Vorrang von Leistungen zur Teilhabe In: Lachwitz, Klaus, Schellhorn, Walter, Welti, Felix (Hrsg.): *Handkommentar zum Sozialgesetzbuch IX, Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen (Hk-Sgb IX)*. Köln, Luchterhand. 96-104.

- Welti, Felix (2011): Rechtsfragen der Bedarfsfeststellung für Leistung zur Teilhabe. *Rehabilitation*. 50 (1), 7-10.
- WHO, Weltgesundheitsorganisation (2005): Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. Genf.
- Wolf, Hans-Dieter (2006): Entwicklung eines Screening-Instruments zur Identifikation von beruflichen Problemlagen und dem Bedarf an berufsorientierten Rehabilitationsleistungen. *Gesundheitswesen*. 68, 501.
- Zelfel, Rudolf C. (2007): Berufliche Rehabilitation im Wandel von Arbeitswelt und Gesellschaft. www.opus-bayern.de/uni-bamberg/volltexte/2008/127/pdf/D_Zelfel.pdf

9. Abkürzungsverzeichnis

APK	Aktion Psychisch Kranke e. V.
ARGE	Arbeitsgemeinschaft (jetzt: Jobcenter)
BA	Bundesagentur für Arbeit
BAG	Bundearbeitsgemeinschaft
BAR	Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation
BBW	Berufsbildungswerk
BFW	Berufsförderungswerk
BG	Berufsgenossenschaft
BIH	Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen
BTZ	Berufliches Trainingszentrum
BvB	berufsvorbereitende Bildungsmaßnahme
DGUV	Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung
DIMDI	Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information
DRV	Deutsche Rentenversicherung
GdB	Grad der Behinderung
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
IbR	Interessenvertretung berufliche Rehabilitation e. V.
IBRP	Integrierte Behandlungs- und Rehabilitationsplan
ICF	Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit
ICF-CY	International Classification of Functioning, Disability and Health - children and youth
IFD	Integrationsfachdienst
InA/Hauptf.	Integrationsämter/Hauptfürsorgestellen
ISL	Interessenvertretung Selbstbestimmt Leben in Deutschland e. V.
KiJuHi	Kinder- und Jugendhilfe
KK	Krankenkasse
LAG	Landesarbeitsgemeinschaft
LE	Leistungserbringer
LT	Leistungsträger
LTA	Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben
mbR	medizinisch-berufliche Rehabilitation
RPK	Rehabilitation psychisch Kranker
RVL	Reha-Vorbereitungslehrgang

SGB	Sozialgesetzbuch
SozH	Sozialhilfe
SVLFG	Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau
UB	Unterstützte Beschäftigung
UV	Unfallversicherung
WfbM	Werkstatt für behinderte Menschen

10. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Bedarfsermittlung in den Phasen des Rehabilitationsprozesses (modellhafte Darstellung)	14
Abbildung 2: Für LTA adaptiertes Modell zur Bestimmung von Bedarf nach Raspe (2007)	15
Abbildung 3: Schematische Darstellung potentiell erforderlicher individueller Bedarfsermittlung zur Teilhabe am Arbeitsleben	17
Abbildung 4: Bio-psycho-soziales Modell der WHO und Wechselwirkung zwischen den Komponenten der ICF (WHO 2005)	18
Abbildung 5: Tätigkeitsbereich der Antwortenden bei Leistungserbringern	36
Abbildung 6: Tätigkeitsbereich der Antwortenden bei Leistungsträgern	36
Abbildung 7: Häufigkeiten der Nennungen von Bedarfssituationen (ungewichtet)	47
Abbildung 8: Zuweisungen zu LTA - Gegenüberstellung von Leistungsträgern und -erbringern (ohne BA)	48
Abbildung 9: Zugangswege der Leistungsberechtigten, differenziert nach Leistungserbringern	50
Abbildung 10: Vermittlung in LTA-Maßnahmen, differenziert nach Organisationstyp (ohne BA)	51
Abbildung 11: Leistungsträger der Leistungen, differenziert nach Leistungserbringern	53
Abbildung 12: Vermittlung der Leistungsberechtigten an Leistungserbringer, differenziert nach Leistungsträger	54
Abbildung 13: Beschreibung zum Vorgehen der Verfahrens-/Instrumentenanalyse	56
Abbildung 14: Kategorienbaum – Kategorisierung eingesetzter Verfahren und Instrumente auf drei Ebenen	58
Abbildung 15: Kategorienanteil der genannten Verfahren/Instrumente an den Gesamtangaben der jeweiligen Akteursgruppe	59
Abbildung 16: phasenspezifisch am häufigsten benannte Verfahren/Instrumente zur Bedarfsermittlung bei LTA	60
Abbildung 17a+b: Kombination von Kategorisierung und prozessbezogener Systematisierung – a) Bedarfsermittlung Initiierungsphase LT; b) Bedarfsermittlung Initiierungsphase LE	62
Abbildung 18: Kontakte zwischen Leistungserbringern und Leistungsträgern (LE blau, LT rot)	65
Abbildung 19: Kontakte der Leistungserbringer zu -trägern	66
Abbildung 20: Kontakte der Leistungserbringer zu anderen -erbringern	67
Abbildung 21: Kontakte der Leistungserbringer untereinander	67
Abbildung 22: Kontakte der Leistungsträger zu -erbringern	68
Abbildung 23: Kontakte der Leistungsträger zu anderen -trägern	68
Abbildung 24: Kontakte der Leistungsträger untereinander	69
Abbildung 25: Regelmäßige interne & externe Fallkonferenzen bei Leistungserbringern und -trägern	69
Abbildung 26: Regelmäßige externe Fallkonferenzen der Leistungserbringer mit anderen -erbringern	70
Abbildung 27: Regelmäßige externe Fallkonferenzen der Leistungserbringer mit -trägern	70
Abbildung 28: Regelmäßige externe Fallkonferenzen der Leistungsträger mit anderen -trägern	71
Abbildung 29: Regelmäßige externe Fallkonferenzen der Leistungsträger mit -erbringern	71

Abbildung 30: Gegenüberstellung der Einschätzungen der Leistungserbringer- und -träger zur Frage, ob Neigungen und Fähigkeiten von Leistungsberechtigten bei der Bedarfsermittlung eine ausreichend große Rolle spielen	72
Abbildung 31: Einschätzung der Leistungserbringer zur Frage, ob Neigungen und Fähigkeiten von Leistungsberechtigten bei der Bedarfsermittlung eine ausreichend große Rolle spielen	72
Abbildung 32: Einschätzung der Leistungsträger zur Frage, ob Neigungen und Fähigkeiten von Leistungsberechtigten bei der Bedarfsermittlung eine ausreichend große Rolle spielen	73
Abbildung 33: Bekanntheit der ICF – differenziert nach Leistungsträgern	74
Abbildung 34: Bekanntheit der ICF – differenziert nach Leistungserbringern	74
Abbildung 35: Vergleich des Nutzungsgrades der ICF bei Leistungserbringern und -trägern	75
Abbildung 36: Kenntnisstand in Bezug auf die ICF – differenziert nach Leistungserbringern	76
Abbildung 37: Art der ICF-Nutzung innerhalb der Leistungserbringer	77
Abbildung 38: Kenntnisstand in Bezug auf die ICF - differenziert nach Leistungsträgern	78
Abbildung 39: Baumdiagramm zur ICF-Nutzung auf Itemebene	81
Abbildung 40: Vergleich der Leistungserbringer und -träger zur Einschätzung sowie Potential der ICF	109

11. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Zusammensetzung der Grundgesamtheit der Leistungserbringer und -träger	34
Tabelle 2: Stichprobenbeschreibung	35
Tabelle 3: Übersicht Gewichtungsfaktoren	38
Tabelle 4: Zugangswege der Leistungsberechtigten in Prozent, differenziert nach Leistungserbringern	50
Tabelle 5: Vermittlung in LTA-Maßnahmen in Prozent, differenziert nach Leistungsträgern	52
Tabelle 6: Leistungsträger der Leistungen in Prozent, differenziert nach Leistungserbringern	53
Tabelle 7: Vermittlung der Leistungsberechtigten an Leistungserbringer in Prozent, differenziert nach Leistungsträger	54
Tabelle 8: modellhafte Zuordnung von LTA-Maßnahme-Typen zu den Reha-Prozess-Phasen	60
Tabelle 9: Zusammenfassung des Kontextes der ICF-Nutzung im Arbeitsalltag	75
Tabelle 10: Übersicht zu den Nennungen von ICF-basierten Verfahren und Instrumenten in der beruflichen Rehabilitation	79
Tabelle 11: Einschätzung und Potenzial der ICF aus Sicht von Leistungsträgern, in Prozent	110
Tabelle 12: Einschätzung und Potenzial der ICF aus Sicht von Leistungserbringern, in Prozent	112
Tabelle 13: Zusammenfassung der verdichteten Kategorien zu weiteren Nutzungsmöglichkeiten der ICF im Bereich LTA	114

Anlagen

Leistungsträger

Allgemeine Fragen

1. Welchen Leistungsträger vertreten Sie?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Deutsche Rentenversicherung Bund | <input type="checkbox"/> Bundesagentur für Arbeit |
| <input type="checkbox"/> Deutsche Rentenversicherung Regional | <input type="checkbox"/> Integrationsamt |
| <input type="checkbox"/> Unfallversicherung öffentlich | <input type="checkbox"/> Versorgungsverwaltung |
| <input type="checkbox"/> Berufsgenossenschaften | <input type="checkbox"/> Sozialhilfe |
| <input type="checkbox"/> Landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft | |
| <input type="checkbox"/> Andere _____ | |

2. Wie lautet Ihre Funktionsbezeichnung bzw. für welchen Bereich sind Sie zuständig?

Zusammensetzung der Leistungsberechtigten in Ihrem Trägerbereich

3. Bitte ordnen Sie den folgenden Erkrankungs- und Behinderungsarten entsprechende Prozentanteile zu (bezogen auf die Gesamtheit der Leistungsberechtigten in Ihrem Trägerbereich). **Diese müssen in Summe nicht 100% ergeben**, da davon auszugehen ist, dass Mehrfachbehinderungen/Multimorbidität bei einem Anteil Ihrer Leistungsberechtigten vorhanden ist.

- | | |
|--|------------------------------------|
| ca. ___% Innere Erkrankungen | ca. ___% Anfallsleiden (Epilepsie) |
| ca. ___% Blindheit und Sehbehinderungen | ca. ___% Hörschädigungen |
| ca. ___% Schädigungen des Zentralnervensystems | ca. ___% Geistige Behinderung |
| ca. ___% Muskel-Skelett-Erkrankungen | ca. ___% Lernbehinderungen |
| ca. ___% Psychische/seelische Behinderungen | ca. ___% Suchtkrankheiten |
| ca. ___% Unfallverletzungen | |
| ca. ___% Andere _____ | |

Leistungsträger

Fragen der Zuweisung zu Leistungserbringern und LTA-Maßnahmen

6. An welche (a) Leistungserbringer und in welche (b) LTA-Maßnahmen vermitteln Sie Ihre Leistungsberechtigten?

Bitte geben Sie für jede Tabelle ungefähre Prozentangaben an.

Die Summe pro Tabelle sollte 100% ergeben.

a) Leistungserbringer	
___% BBW (Berufsbildungswerk)	___% BFW (Berufsförderungswerk)
___% WfbM (Werkstatt für behinderte Menschen)	___% RPK (berufl. Reha/LTA) (Rehabilitation Psychisch Kranker)
___% BTZ (Berufstrainingzentrum)	___% Betrieb _____
___% Phase II (med.-berufl. Reha)	___% Andere _____
___% IFD (Integrationsfachdienst)	___% Andere _____
___% Freie Bildungsträger	___% Andere _____

b) LTA – Maßnahmen	
___% Kurzmaßnahmen (Eignungs- abklärung, Arbeitserprobung, Eingangsverfahren Werkstätten)	___% BVB – Berufsvorbereitende Bildungsmaßnahmen
___% Erstausbildung	___% Umschulung
___% Anpassungsmaßnahmen/ berufliches Training	___% Übergang Werkstatt → 1. Arbeitsmarkt
___% Übergang Schule → Beruf	___% Unterstützte Beschäftigung
___% Begleitung am Arbeitsplatz	___% Vermittlung in Arbeit (direkt)
___% Werkstätten – Berufsbildungs- bereich	___% Integrationsmaßnahmen
___% Werkstätten – Arbeitsbereich	___% Andere _____

Bedarfsermittlung

7. Auf welche der Verfahren/Instrumente zur Bedarfsermittlung greifen Sie zurück?

Bitte wählen Sie unter a) aus den aufgelisteten, komplexen Verfahren/Instrumenten diejenigen aus, die Sie in Ihrem Trägerbereich anwenden, bevor Sie unter b) weitere Verfahren (siehe Liste potentieller Verfahren zur Bedarfsermittlung) und/oder Eigenentwicklungen ergänzen.

a) Komplexe Verfahren/Instrumente

- a) Das Verfahren/Instrument wird standardmäßig (S) oder in Einzelfällen (E) eingesetzt.
- b) Das Verfahren/Instrument wird zur Statuserhebung eingesetzt.
- c) Das Verfahren/Instrument wird zur Prozesssteuerung eingesetzt.
- d) Das Verfahren/Instrument wird zur innerhalb des Trägerbereichs (intern) zur Kommunikation verwendet.
- e) Das Verfahren/Instrument wird Kommunikation mit Leistungserbringern (extern) verwendet.
- f) Das Verfahren/Instrument wird zur Kommunikation mit Leistungserbringern (extern) verwendet.
- g) Das Verfahren/Instrument wird zur Reha-Prozesses mehrfach eingesetzt.
- h) Ist das Verfahren/Instrument dem individuellen Lebensumfeld orientiert?
- i) Ist das Verfahren/Instrument aus Ihrer Sicht eher defizit- (D), ressourcen- (R) orientiert oder ausgewogen (A)?

Nr. Verfahren/Instrumente

		Komplexe Verfahren/ Instrumente															
1	Delta-Verfahren (BA)	S <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	D <input type="checkbox"/>	R <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>
2	HAMET	S <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	D <input type="checkbox"/>	R <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>
3	Hilfe nach Maß (Sozialhilfe)	S <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	D <input type="checkbox"/>	R <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>
4	IMBA	S <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	D <input type="checkbox"/>	R <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>
5	MELBA	S <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	D <input type="checkbox"/>	R <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>
6	PACT	S <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	D <input type="checkbox"/>	R <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>
7	Profil AC	S <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	D <input type="checkbox"/>	R <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>
8	Prozessprofilung RWTH Aachen	S <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	D <input type="checkbox"/>	R <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>
9	Reha-Management (DGUV)	S <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	D <input type="checkbox"/>	R <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>

Leistungsträger

b) Weitere Verfahren/Instrumente zur Bedarfsermittlung bzw. Prozesssteuerung

Weitere Verfahren/Instrumente zur Bedarfsermittlung
(Bitte bei Eigenentwicklungen möglichst das Entwicklungsjahr sowie die Zielgruppe angeben)

Nr.		a) Das Verfahren/Instrument wird standardmäßig (S) oder in Einzelfällen (E) eingesetzt.	b) Das Verfahren/Instrument wird Statuserhebung eingesetzt.	c) Das Verfahren/Instrument wird zur Prozesssteuerung eingesetzt.	d) Das Verfahren/Instrument wird zur innerhalb des Trägerbereichs zur Kommunikation verwendet.	e) Das Verfahren/Instrument wird (intern) Kommunikation mit Leistungserbringern verwendet.	f) Das Verfahren/Instrument wird zur Kommunikation mit Leistungserbringern (extern) verwendet.	g) Das Verfahren/Instrument wird im Verlauf des beruflichen Reha-Prozesses mehrfach eingesetzt.
10		S <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11		S <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12		S <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13		S <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14		S <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15		S <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Leistungsträger

Nr.	Weitere Verfahren/Instrumente zur Bedarfsermittlung (Bitte bei Eigenentwicklungen möglichst das Entwicklungsjahr sowie die Zielgruppe angeben)	a) Das Verfahren/Instrument wird standardmäßig (S) oder in Einzelfällen (E) eingesetzt.	b) Das Verfahren/Instrument wird zur Statuserhebung eingesetzt.	c) Das Verfahren/Instrument wird zur Prozesssteuerung eingesetzt.	d) Das Verfahren/Instrument wird zur innerhalb des Trägerbereichs (intern) zur Kommunikation verwendet.	e) Das Verfahren/Instrument wird innerhalb des Trägerbereichs (intern) Kommunikation verwendet.	f) Das Verfahren/Instrument wird zur Kommunikation mit Leistungserbringern verwendet.	g) Das Verfahren/Instrument wird zur Kommunikation mit weiteren Leistungsträgern (extern) verwendet.	h) Das Verfahren/Instrument wird im Verlauf des beruflichen Reha-Prozesses mehrfach eingesetzt.
16		S <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17		S <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18		S <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19		S <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20		S <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21		S <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Leistungsträger

Bedarfsermittlung

8. Sind die bei Ihnen eingesetzten Verfahren/Instrumente den im Reha-Prozess beteiligten Akteuren untereinander bekannt?

- a) bei weiteren Leistungsträgern: Ja Teils/teils Nein
- b) bei Leistungserbringern: Ja Teils/teils Nein

9. Gibt es Verfahren/Instrumente, die Sie als Leistungsträger den jeweiligen Leistungserbringern vorgeben?

Nein Ja Wenn ja, welche Verfahren/Instrumente geben Sie als Leistungsträger den jeweiligen Leistungserbringern vor?

- BBW _____
- BFW _____
- BTZ _____
- WfbM _____
- RPK (berufl. Reha/LTA) _____
- Phase II (med.-berufl. Reha) _____
- IFD _____
- Freie Bildungsträger _____
- Andere _____

10. Welche der unter Frage 7 genannten Verfahren/Instrumente sind Ihrer Meinung nach unverzichtbar für eine ausreichende Teilhabeorientierung bzw. zur Herausstellung von Ressourcen und Defiziten der Leistungsberechtigten? Geben Sie bitte max. sechs an.

- 1. _____ 2. _____ 3. _____
- 4. _____ 5. _____ 6. _____

Leistungsträger

Kommunikation/Vernetzung

	BA	ARGE/Jobcenter	DRV	DGUV/BG	GKV/KK	Integrationsamt	Kinder- & Jugendhilfe	Sozialhilfe	Versorgungsverwaltung	Rückversicherer	BBW	BFW	BTZ	WfbM	RPK (berufl. Reha/LTA)	Phase II (med.-berufl. Reha)	Medizin. Reha	IFD	Freie Bildungsträger	Betriebe	Andere
11. Bezogen auf LTA, mit wem haben Sie als Träger fachlich Kontakt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie häufig ist Ihr Kontakt zu folgenden Themen:																					
a) Zuständigkeitsklärung																					
regelmäßig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
selten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Vervollständigung der Informationen zum Bedarf																					
regelmäßig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
selten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Abklärung von Leistungen (Verringerung oder Erweiterung, Abbrüche, etc.)																					
regelmäßig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
selten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Berichtswesen (Gutachten, etc.)																					
regelmäßig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
selten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Sonstiges/Anmerkungen																					
regelmäßig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
selten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Leistungsträger

Kommunikation/Vernetzung

12. Sind die Informationen zur Bedarfsermittlung für den weiteren Reha-Verlauf inklusive potentieller Maßnahmenwechsel/Übergänge, die Sie erhalten, frühzeitig, umfassend, nachvollziehbar, transparent und nutzbar zur Realisierung von Teilhabe am Arbeitsleben?

(* Bitte vergeben Sie hierfür in der nachfolgenden Tabelle Noten von 1 (sehr gut) bis 5 (sehr schlecht). Legen Sie sich bitte auf eine Note fest, die Ihrer Meinung nach am ehesten zutrifft.)

	BA	ARGE/Jobcenter	DRV	DGUV/BG	GKV/KK	Integrationsamt	Kinder- & Jugendhilfe	Sozialhilfe	Versorgungsverwaltung	Rückversicherer	BBW	BFW	BTZ	WfbM	RPX (berufl. Reha/LTA)	Phase II (med.-berufl. Reha)	Medizin. Reha	IFD	Freie Bildungsträger	Betriebe	Andere	
frühzeitig*																						
umfassend*																						
nachvollziehbar*																						
transparent*																						
von Dritten nutzbar*																						

Leistungsträger

Kommunikation/Vernetzung

13. Gibt es regelmäßige Fallkonferenzen? a) **intern** Ja Nein b) **extern** Ja Nein

14. Nimmt der Leistungsberechtigte regelmäßig an den **internen** Fallkonferenzen teil? Ja Teils/teils Nein

	BA	ARGE/Jobcenter	DRV	DGUV/BG	GKV/KK	Integrationsamt	Kinder- & Jugendhilfe	Sozialhilfe	Versorgungsverwaltung	Rückversicherer	BBW	BFW	BTZ	WfbM	RPK (berufl. Reha/LTA)	Phase II (med.-berufl. Reha)	Medizin. Reha	IFD	Freie Bildungsträger	Betriebe	Andere
15. Mit wem gibt es regelmäßige externe Fallkonferenzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Wie zufrieden sind Sie mit der Zusammenarbeit mit den externen Akteuren																					
sehr zufrieden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
zufrieden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
teils/teils	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
weniger zufrieden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
gar nicht zufrieden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Nimmt der Leistungsberechtigte regelmäßig an den externen Fallkonferenzen teil?																					
ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
teils/teils	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Leistungsträger

Kommunikation/Vernetzung

18. Sofern eine Beteiligung der Leistungsberechtigten an **internen/externen** Fallkonferenzen besteht (vgl. Frage 14 & 17), berichten Sie bitte kurz, wie genau bzw. in welchem Umfang diese mit einbezogen werden.

INTERN _____

EXTERN _____

Leistungsträger

Kommunikation/Vernetzung

19. Wenn Sie die interne & externe Kommunikation insgesamt betrachten, was läuft aus Ihrer Sicht bereits gut?

20. Wo besteht bezüglich der internen & externen Kommunikation aus Ihrer Sicht Optimierungsbedarf?

Personenbezug

21. Spielen bei der Bedarfsermittlung aus Ihrer Sicht die Neigungen und Fähigkeiten der Leistungsberechtigten eine ausreichend große Rolle?

- Ja Teils/teils Nein

Wo sehen Sie ggf. Optimierungsbedarf?

Leistungsträger

Integration in Arbeit

22. *Gibt es aus Ihrer Sicht, insbesondere mit Blick auf das Ziel der Integration in Arbeit, wesentliche Aspekte, die bei der Bedarfsermittlung bisher noch nicht ausreichend berücksichtigt werden?*

23. *Bestehen Kontakte zu Arbeitgebern?* Ja Nein

Wenn ja, werden bei diesen Kontakten zu Arbeitgebern besondere Instrumente/Kriterien/Schemata/Formulare/o.Ä. für die Kommunikation, insbesondere für den Abgleich von Fähigkeits- und Anforderungsprofilen, genutzt? (Bitte beschreiben Sie diese kurz)

Leistungsträger

Anwendung/Einstellung zur ICF

24. Ist Ihnen die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) bekannt?

- Ja Nein → dann bitte weiter bei Frage 28

Wenn ja, in welchem Umfang ist Ihnen die ICF bekannt?

- Begriff ist mir bekannt → dann bitte weiter bei Frage 27
- Eine inhaltliche Auseinandersetzung hat innerhalb der Institution stattgefunden
- Die ICF wird in unserem Arbeitsalltag in der folgenden Art und Weise genutzt/angewendet:

Dabei findet Anwendung

- das bio-psycho-soziale Modell der WHO und/oder
- die Item-Ebenen (Kodierungen)/ICF-Kurzliste

25. Wie schätzen Sie die folgenden Aussagen mit Blick auf LTA ein?

a) Eine Weiterentwicklung der ICF ist aus meiner Sicht notwendig.

- Ja Teils/teils Nein Weiß nicht

b) Eine ICF-Nutzung verbessert aus meiner Sicht die Identifikation von Bedarfen.

- Ja Teils/teils Nein Weiß nicht

c) Eine ICF-Nutzung verbessert aus meiner Sicht die Prozesssteuerung von Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation.

- Ja Teils/teils Nein Weiß nicht

d) Die ICF bildet die Grundlage, Verfahren zur Bedarfsermittlung zu entwickeln, die träger- und erbringerübergreifend benutzt werden können.

- Ja Teils/teils Nein Weiß nicht

e) Die Potentiale der ICF zur Nutzung innerhalb der LTA sind aus meiner Sicht bisher noch kaum ausgeschöpft.

- Ja Teils/teils Nein Weiß nicht

Anmerkungen/Ergänzungen

28. *Gibt es aus Ihrer Perspektive vertiefende bzw. weiterführende Informationen oder Hinweise zum Thema Bedarfsermittlung, die Sie uns gerne mitteilen möchten?*

Optimierungspotential

29. *Welchen Optimierungsbedarf sehen Sie im gesamten Prozess der Bedarfsermittlung?*

Leistungsträger

Weitere Aspekte

30. Wo sehen Sie Handlungsbedarf bei der Bedarfsermittlung im Bereich LTA unter dem Aspekt der Barrierefreiheit für die Leistungsberechtigten?

31. Gibt es Ihrer Ansicht nach individuelle Teilhabeziele, die bisher bei der Bedarfsermittlung im Bereich LTA vernachlässigt werden?

Möglichkeit zur weiteren Projektpartizipation

Dies ist eine anonyme Befragung. Jedoch bietet Ihnen diese die Gelegenheit, aktiv an der Weiterentwicklung der beruflichen Rehabilitation mitzuwirken und Ihren Beitrag als Experte/Expertin dazu zu leisten.

Würden Sie uns gegebenenfalls für Rückfragen zur Verfügung stehen? Dann notieren Sie Ihre Kontaktdaten bitte hier (z.B. Stempel). Diese Angabe ist freiwillig.

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

Bitte Rückversand an:

Hochschule Magdeburg-Stendal, Prof. Dr. M. Morfeld, Stichwort LTA/ICF, Osterburger Str. 25, 39576 Stendal

Leistungsträger

Ausfüllhilfe

Leistungsträger – Bedarfsermittlung Berufliche Rehabilitation

Die Ausfüllhilfe bietet Ihnen eine Unterstützung bei der Beantwortung der Fragen. Sollte der vorgegebene Platz bei den Freitextangaben nicht ausreichen, benutzen Sie bitte die entsprechende Rückseite für weitere Ergänzungen. Sofern Sie eine Frage nicht beantworten können, fahren Sie bitte mit der nächsten Frage fort. Werden Sie um die Angabe von Zahlenwerten gebeten, genügt generell die Nennung von Schätzwerten.

Empfohlen wird die Bearbeitung des Fragebogens in Ihrem multidisziplinären Team.

Begriffe	Erläuterung
Leistungserbringer	Als Leistungserbringer gelten hier vorwiegend Personen, Personengruppen, Organisationen o. ä., die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) für die Leistungsberechtigten erbringen.
Leistungsträger	Leistungsträger sind die Institutionen, die für die Kosten von Leistungen zur Teilhabe aufkommen. In der Regel sind dies die Rehabilitationsträger nach § 6 SGB IX. Hilfen im Arbeitsleben werden außerdem durch die Integrationsämter erbracht.
Leistungsberechtigte	Leistungsberechtigte werden häufig auch Leistungsnehmer/-innen, Rehabilitanden/-innen oder Teilnehmer/-innen genannt, vereinzelt auch Patienten/-innen.
Intern/ Extern	Der Begriff „ Intern “ umfasst die Zusammenarbeit innerhalb Ihres Trägerbereichs. „ Extern “ bildet die Zusammenarbeit mit anderen Institutionen (Leistungs-erbringer/Leistungsträger/Betriebe/Ärzte/Kliniken etc.).
ICF	ICF bezeichnet abgekürzt die von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) veröffentlichte Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (engl. „International Classification of Functioning, Disability and Health“). Die ICF ermöglicht die systematische Beschreibung von individuellen Krankheitsauswirkungen bzw. Behinderungen auf der Basis eines bio-psycho-sozialen Modells. Behinderung im Sinne der ICF ist der Oberbegriff für Schädigungen der Körperstruktur und Körperfunktion, Beeinträchtigungen der Aktivität und Beeinträchtigung der Partizipation (Teilhabe). Sie ist gekennzeichnet als Folge einer komplexen Beziehung zwischen dem Gesundheitsproblem eines Menschen und seinen personbezogenen Faktoren einerseits sowie seinen Lebensumständen andererseits.

Frage-Nr.	Erläuterung
3	Als Orientierungsgrundlage für die Aufzählung der Erkrankungs- und Behinderungsarten dient die bundeseinheitliche Systematik der Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen (BIH), die hier modifiziert wurde. Für chronische Erkrankungen benutzen Sie bitte ggf. die Zeile Andere .

Frage-Nr.	Erläuterung
6 a)	In der Tabelle Leistungserbringer geben Sie bitte an, an welche Personen, Personengruppen, Organisationen o. ä. die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben anbieten, Sie Ihre Leistungsberechtigten vermitteln.
6 b)	In der Tabelle Maßnahme geben Sie bitte an, in welche Maßnahme Sie Ihre Leistungsberechtigten vermitteln.
7	<p>Die Verfahren sind in zwei Bereiche untergliedert.</p> <p>Unter 7 a) sind ausgewählte komplexe Verfahren dargestellt, die in der Regel mehrere einzelne Verfahren umfassen. Bitte kreuzen Sie für die Verfahren und Instrumente, die Sie verwenden, die jeweils zutreffenden Aussagen a) bis i) an. Sollten Sie die bei Ihnen eingesetzten komplexen Verfahren/Instrumente in der Aufzählung nicht finden, dann verwenden Sie zur Angabe bitte die freie Tabelle unter 7 b) auf Seite 5 f. Hier können auch Eigenentwicklungen, wenn möglich mit Hinweis auf das Entwicklungsjahr und die Zielgruppe des Verfahrens, genannt werden. Für weitere Ergänzungen nutzen Sie bitte die entsprechende Rückseite.</p> <p>Unter 7 b) ist eine freie Tabelle vorbereitet, in der Sie weitere in Ihrer Einrichtung eingesetzte (einzelne oder komplexe) Verfahren/Instrumente auflisten können. Zur Unterstützung finden Sie in der beigefügten Übersicht eine Darstellung möglicher Verfahren/Instrumente zur Bedarfsermittlung. Hier können auch Eigenentwicklungen, wenn möglich mit Hinweis auf das Entwicklungsjahr und die Zielgruppe des Verfahrens, genannt werden. Bitte kreuzen Sie für die Verfahren und Instrumente, die Sie verwenden, die jeweils zutreffenden Aussagen a) bis g) an. Für weitere Ergänzungen nutzen Sie bitte die entsprechende Rückseite.</p>
13-18	Unter dem Begriff „ Fallkonferenzen “ können hier auch Förderplan-Konferenzen, gemeinsame Fallbesprechungen oder Reha-Plan-Konferenzen verstanden werden. Eine Fallkonferenz ist ein Prozessschritt im Rahmen der Einzelfallbetreuung.
27	Unter ICF-basierter Bedarfsermittlung werden Verfahren/Instrumente verstanden, die bio-psycho-soziale Aspekte von Krankheitsfolgen eines/einer Leistungsberechtigten unter Berücksichtigung seiner/ihrer Kontextfaktoren entsprechend der ICF systematisch erfassen. Die ICF klassifiziert Komponenten von Gesundheit, das heißt Körperfunktionen, Körperstrukturen, Aktivitäten und Partizipation (Teilhabe) sowie Umweltfaktoren und personbezogenen Faktoren. Dabei können Verfahren dies inhaltlich abdecken oder auf die Kodierungen der ICF zurück greifen.

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

Leistungserbringer

Allgemeine Fragen

1. Welchen Leistungserbringer vertreten Sie?

- BBW WfbM BFW BTZ
 IFD RPK (berufl. Reha/LTA) Phase II Einrichtung (med.-berufl. Reha)

2. Der Fragebogen wurde ausgefüllt von

- einer Person aus dem Bereich: _____
 von mehreren Personen aus den Bereichen: _____

Einrichtungsgröße

3. Wie viele Mitarbeiter/-innen sind in Ihrer Einrichtung beschäftigt? ca. _____
4. Wie viele Mitarbeiter/-innen (in Prozent) sind davon unmittelbar in den beruflichen Reha-Prozess einbezogen? (inklusive Assessment etc.) ca. _____%
5. Wie viele Leistungsberechtigte werden derzeit von Ihrer Einrichtung betreut?
- Intern (Leistungsberechtigte direkt in der Einrichtung) ca. _____
- Extern (Leistungsberechtigte außerhalb der Einrichtung) ca. _____

Zusammensetzung der leistungsberechtigten Teilnehmer/-innen in Ihrer Einrichtung

6. Bitte ordnen Sie den folgenden Erkrankungs- und Behinderungsarten entsprechende Prozentanteile zu (bezogen auf die Gesamtheit Ihrer leistungsberechtigten Teilnehmer/-innen). **Diese müssen in Summe nicht 100% ergeben**, da davon auszugehen ist, dass Mehrfachbehinderungen/Multimorbidität bei einem Anteil Ihrer Leistungsberechtigten vorhanden ist.

- | | |
|--|------------------------------------|
| ca. ___% Innere Erkrankungen | ca. ___% Anfallsleiden (Epilepsie) |
| ca. ___% Blindheit und Sehbehinderungen | ca. ___% Hörschädigungen |
| ca. ___% Schädigungen des Zentralnervensystems | ca. ___% Geistige Behinderung |
| ca. ___% Muskel-Skelett-Erkrankungen | ca. ___% Lernbehinderungen |
| ca. ___% Psychische/seelische Behinderungen | ca. ___% Suchtkrankheiten |
| ca. ___% Unfallverletzungen | |
| ca. ___% Andere _____ | |

Leistungserbringer

Fragen des Zugangs und der Entstehung von Bedarf

9. Welche (a) Zugangswege weisen Ihre Leistungsberechtigten auf bzw. welche (b) Kostenträger übernehmen die Leistungen?

Bitte geben Sie für jede Tabelle ungefähre Prozentangaben an.

Die Summe pro Tabelle sollte 100% ergeben.

a) Zugangswege	
___% Leistungsträger (DGUV, DRV, etc.)	___% Persönliches Budget
___% Akut-/Unfallkliniken	___% Selbstzuweisung
___% Reha-Kliniken	___% Betrieb _____
___% Hilfeplankonferenz	___% Andere _____
___% Hausärzte	___% Andere _____
___% Werks-/Betriebsärzte	___% Andere _____

b) Kostenträger der Leistungen (Leistungsträger)	
___% BA (Bundesagentur für Arbeit)	___% Integrationsamt
___% ARGE/Jobcenter	___% Kinder- & Jugendhilfe
___% DRV (Deutsche Rentenversicherung)	___% Sozialhilfe
___% DGUV/BG (Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung/Berufsgenossenschaft)	___% GKV/KK (Gesetzliche Krankenversicherung / Krankenkasse)
___% Reha- Dienste/Rückversicherer	___% Andere _____
___% Versorgungsverwaltung	___% Andere _____

Bedarfsermittlung

10. Auf welche der Verfahren/Instrumente zur Bedarfsermittlung greifen Sie zurück?

Bitte wählen Sie unter a) aus den aufgelisteten, komplexen Verfahren/Instrumenten diejenigen aus, die Sie in Ihrer Einrichtung anwenden, bevor Sie unter b) weitere Verfahren (siehe Liste potentieller Verfahren zur Bedarfsermittlung) und/oder Eigenentwicklungen ergänzen.

a) Komplexe Verfahren/Instrumente

- a) Das Verfahren/Instrument wird standardmäßig (S) oder in Einzelfällen (E) eingesetzt.
- b) Das Verfahren/Instrument wird zur Statuserhebung eingesetzt.
- c) Das Verfahren/Instrument wird zur Prozesssteuerung eingesetzt.
- d) Das Verfahren/Instrument wird zur innerhalb der Einrichtung wird zur Kommunikation eingesetzt.
- e) Das Verfahren/Instrument wird Kommunikation (intern) (extern) verwendet.
- f) Das Verfahren/Instrument wird zur Kommunikation mit Leistungsträgern erbringern (extern) verwendet.
- g) Das Verfahren/Instrument wird zur Reha-Prozesses mehrfach eingesetzt.
- h) Ist das Verfahren/Instrument aus Ihrer Sicht ausreichend an der Einzelperson und dem individuellen Lebensumfeld orientiert?
- i) Ist das Verfahren/Instrument aus Ihrer Sicht eher defizit- (D), ressourcen- (R) orientiert oder ausgewogen (A)?

Nr. Verfahren/Instrumente

		Komplexe Verfahren/ Instrumente													
1	Delta-Verfahren (BA)	S <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	D <input type="checkbox"/>	R <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>
2	HAMET	S <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	D <input type="checkbox"/>	R <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>
3	Hilfe nach Maß (Sozialhilfe)	S <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	D <input type="checkbox"/>	R <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>
4	IMBA	S <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	D <input type="checkbox"/>	R <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>
5	MELBA	S <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	D <input type="checkbox"/>	R <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>
6	PACT	S <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	D <input type="checkbox"/>	R <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>
7	Profil AC	S <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	D <input type="checkbox"/>	R <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>
8	Prozessprofilng RWTH Aachen	S <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	D <input type="checkbox"/>	R <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>
9	Reha-Management (DGUV)	S <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	D <input type="checkbox"/>	R <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>

Leistungserbringer

b) Weitere Verfahren/Instrumente zur Bedarfsermittlung bzw. Prozesssteuerung

Weitere Verfahren/Instrumente zur Bedarfsermittlung
 (Bitte bei Eigenentwicklungen möglichst das Entwicklungsjahr sowie die Zielgruppe angeben)

Nr.		a) Das Verfahren/Instrument wird standardmäßig (S) oder in Einzelfällen (E) eingesetzt.	b) Das Verfahren/Instrument wird Statuserhebung eingesetzt.	c) Das Verfahren/Instrument wird zur Prozesssteuerung eingesetzt.	d) Das Verfahren/Instrument wird zur innerhalb der Einrichtung wird zur Kommunikation eingesetzt.	e) Das Verfahren/Instrument wird Kommunikation verwendet (intern) (extern) verwendet.	f) Das Verfahren/Instrument wird zur Kommunikation mit Leistungsträgern erbringen (extern) verwendet.	g) Das Verfahren/Instrument wird im Verlauf des beruflichen Reha-Prozesses mehrfach eingesetzt.
10		S <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11		S <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12		S <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13		S <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14		S <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15		S <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Leistungserbringer

Nr.	Weitere Verfahren/Instrumente zur Bedarfsermittlung (Bitte bei Eigenentwicklungen möglichst das Entwicklungsjahr sowie die Zielgruppe angeben)	a) Das Verfahren/Instrument wird standardmäßig (S) oder in Einzelfällen (E) eingesetzt.	b) Das Verfahren/Instrument wird Statuserhebung eingesetzt.	c) Das Verfahren/Instrument wird zur Prozesssteuerung eingesetzt.	d) Das Verfahren/Instrument wird zur innerhalb der Einrichtung, wird zur Kommunikation eingesetzt.	e) Das Verfahren/Instrument wird Kommunikation verwendet (intern) (extern) verwendet.	f) Das Verfahren/Instrument wird zur Kommunikation mit Leistungsträgern erbringen (extern) verwendet.	g) Das Verfahren/Instrument wird zur Reha-Prozesses mehrfach eingesetzt.
16		S <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17		S <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18		S <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19		S <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20		S <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21		S <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Leistungserbringer

Bedarfsermittlung

11. Für welche Maßnahme(n) wird/werden die Verfahren/Instrumente eingesetzt?

Bitte wählen Sie auch hier unter a) aus den aufgelisteten, komplexen Verfahren/Instrumente diejenigen aus, die in Ihrer Einrichtung Anwendung finden, bevor Sie unter b) weitere Verfahren (siehe Liste potentieller Verfahren zur Bedarfsermittlung) und/oder Eigenentwicklungen ergänzen.

a) Komplexe Verfahren/Instrumente

Nr. Verfahren/Instrumente	Komplexe Verfahren/ Instrumente											
	1) Kurzmaßnahmen (Eignungsabklärung, Arbeitserprobung, Vorbereitung, Lehrgänge, Eingangsverfahren WfbM)	2) Berufsvorbereitende Bildungsmaßnahme (BvB)	3) Erstausbildung	4) Umschulung	5) Anpassungs- bzw. Integrationsmaßnahmen/Berufliches Training zur Wiedereingliederung	6) Vermittlung in Arbeit (direkt)	7) Begleitung am Arbeitsplatz	8) Unterstützte Beschäftigung	9) Übergang Schule -> Beruf	10) Übergang Werkstatt -> 1. Arbeitsmarkt	11) Werkstätten - Berufsbildungsbereich	12) Werkstätten - Arbeitsbereich
1 Delta-Verfahren (BA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 HAMET	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Hilfe nach Maß (Sozialhilfe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 IMBA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 MELBA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 PACT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Profil AC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Prozessprofiling RWTH Aachen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 Reha-Management (DGUV)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Leistungserbringer

b) Weitere Verfahren/Instrumente zur Bedarfsermittlung bzw. Prozesssteuerung

Nr. Weitere Verfahren/ Instrumente zur Bedarfsermittlung	1) Kurzmaßnahmen (Eignungsabklärung, Arbeitsprobe, Vorbereitung, lehrgänge, Eingangsverfahren)	2) Berufsvorbereitende Bildungsmaßnahmen (BvB)	3) Erstausbildung	4) Umschulung	5) Anpassungs- bzw. Integrations- maßnahmen/Berufliches Training zur Wiedereingliederung	6) Vermittlung in Arbeit (direkt)	7) Begleitung am Arbeitsplatz	8) Unterstützte Beschäftigung	9) Übergang Schule -> Beruf	10) Übergang Werkstatt -> 1. Arbeitsmarkt	11) Werkstätten - Berufsbildungsbereich	12) Werkstätten - Arbeitsbereich
10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Leistungserbringer

Nr. Weitere Verfahren/ Instrumente zur Bedarfsermittlung	1) Kurzmaßnahmen (Eignungsabklärung, Arbeitserprobung, Vorbereitung, lehrgänge, Eingangsverfahren)	2) Berufsvorbereitende Bildungsmaßnahmen WfbM)	3) Erstausbildung	4) Umschulung	5) Anpassungs- bzw. Integrations- maßnahmen/Berufliches Training zur Wiedereingliederung	6) Vermittlung in Arbeit (direkt)	7) Begleitung am Arbeitsplatz	8) Unterstützte Beschäftigung	9) Übergang Schule -> Beruf	10) Übergang Werkstatt -> 1. Arbeitsmarkt	11) Werkstätten - Berufsbildungsbereich	12) Werkstätten - Arbeitsbereich
16	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Leistungserbringer

Bedarfsermittlung

12. Sind die bei Ihnen eingesetzten Verfahren/Instrumente den im Reha-Prozess beteiligten Akteuren untereinander bekannt?

- a) bei weiteren Leistungserbringern: Ja Teils/Teils Nein
 b) bei Leistungsträgern: Ja Teils/Teils Nein

13. Gibt es von einzelnen Leistungsträgern vorgeschriebene Verfahren/Instrumente?

- Nein Ja Wenn ja, welche Verfahren/Instrumente gibt der jeweilige Leistungsträger vor?

BA (Bundesagentur für Arbeit)	_____
ARGE/Jobcenter	_____
DRV (Deutsche Rentenversicherung)	_____
DGUV/BG (Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung/Berufsgenossenschaft)	_____
Integrationsamt	_____
Kinder- & Jugendhilfe	_____
Sozialhilfe	_____
Versorgungsverwaltung	_____
Reha- Dienste/Rückversicherer	_____
Andere _____	_____

14. Welche der unter Frage 10 & 11 genannten Verfahren/Instrumente sind Ihrer Meinung nach unverzichtbar für eine ausreichende Teilhabeorientierung bzw. zur Herausstellung von Ressourcen und Defiziten der Teilnehmer? Geben Sie bitte max. sechs an.

1. _____	2. _____	3. _____
4. _____	5. _____	6. _____

Leistungserbringer

Kommunikation/Vernetzung

	BA	ARGE/Jobcenter	DRV	DGUV/BG	GKV/IKK	Integrationsamt	Kinder- & Jugendhilfe	Sozialhilfe	Versorgungsverwaltung	Rückversicherer	BBW	BFW	BTZ	WfbM	RPK (berufli. Reha/LTA)	Phase II (med.-berufli. Reha)	Medizin. Reha	IFD	Betriebe	Andere	
15. Bezogen auf LTA, mit wem haben Sie als Einrichtung fachlich Kontakt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie häufig ist Ihr Kontakt zu folgenden Themen:																					
a) Vervollständigung der Informationen zum Bedarf																					
regelmäßig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
selten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
nie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) Abklärung von Leistungen (Verringerung oder Erweiterung, Abbrüche etc.)																					
regelmäßig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
selten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
nie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c) Berichtswesen (Gutachten etc.)																					
regelmäßig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
selten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
nie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d) Übergänge/ Schnittstellen zwischen Maßnahmen (BBW<->WfbM etc.)																					
regelmäßig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
selten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
nie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
e) Sonstiges/ Anmerkungen																					
regelmäßig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
selten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
nie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Leistungserbringer

Kommunikation/Vernetzung

16. Sind die Informationen zur Bedarfsermittlung für den weiteren Reha-Verlauf inklusive potentieller Maßnahmenwechsel/Übergänge, die Sie erhalten, frühzeitig, umfassend, nachvollziehbar, transparent und nutzbar zur Realisierung von Teilhabe am Arbeitsleben?

(* Bitte vergeben Sie hierfür in der nachfolgenden Tabelle Noten von 1 (sehr gut) bis 5 (sehr schlecht). Legen Sie sich bitte auf eine Note fest, die Ihrer Meinung nach am ehesten zutrifft.)

	BA	ARGE/Jobcenter	DRV	DGUV/BG	GKV/KK	Integrationsamt	Kinder- & Jugendhilfe	Sozialhilfe	Versorgungsverwaltung	Rückversicherer	BBW	BFW	BTZ	WfbM	RPK (berufl. Reha/LTA)	Phase II (med.-berufl. Reha)	Medizin. Reha	IFD	Betriebe	Andere	
frühzeitig*																					
umfassend*																					
nachvollziehbar*																					
transparent*																					
von Dritten nutzbar*																					

Leistungserbringer

Kommunikation/Vernetzung

17. Gibt es regelmäßige Fallkonferenzen? a) **intern** Ja Nein b) **extern** Ja Nein

18. Nimmt der Leistungsberechtigte regelmäßig an den **internen** Fallkonferenzen teil? Ja Teils/teils Nein

	BA	ARGE/Jobcenter	DRV	DGUV/BG	GKV/KK	Integrationsamt	Kinder- & Jugendhilfe	Sozialhilfe	Versorgungsverwaltung	Rückversicherer	BBW	BFW	BTZ	WfbM	RPK (berufli. Reha/LTA)	Phase II (med.-berufli. Reha)	Medizin. Reha	IFD	Betriebe	Andere
19. Mit wem gibt es regelmäßige externe Fallkonferenzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Wie zufrieden sind Sie mit der Zusammenarbeit mit den externen Akteuren																				
sehr zufrieden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
zufrieden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
teils/teils	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
weniger zufrieden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
gar nicht zufrieden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Nimmt der Leistungsberechtigte regelmäßig an den externen Fallkonferenzen teil?																				
ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
teils/teils	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Leistungserbringer

Kommunikation/Vernetzung

22. Sofern eine Beteiligung der Leistungsberechtigten an **internen/externen** Fallkonferenzen besteht (vgl. Frage 18 & 21), berichten Sie bitte kurz, wie genau bzw. in welchem Umfang diese mit einbezogen werden.

INTERN _____

EXTERN _____

Leistungserbringer

Kommunikation/Vernetzung

23. Wenn Sie die interne & externe Kommunikation insgesamt betrachten, was läuft aus Ihrer Sicht bereits gut?

24. Wo besteht bezüglich der internen & externen Kommunikation aus Ihrer Sicht Optimierungsbedarf?

Personenbezug

25. Spielen bei der Bedarfsermittlung aus Ihrer Sicht die Neigungen und Fähigkeiten der Leistungsberechtigten eine ausreichend große Rolle?

- Ja Teils/teils Nein

Wo sehen Sie ggf. Optimierungsbedarf?

Leistungserbringer

Anwendung/Einstellung zur ICF

28. Ist Ihnen die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) bekannt?

- Ja Nein → dann bitte weiter bei Frage 32

Wenn ja, in welchem Umfang ist Ihnen die ICF bekannt?

- Begriff ist mir bekannt → dann bitte weiter bei Frage 31
- Eine inhaltliche Auseinandersetzung hat innerhalb der Institution stattgefunden
- Die ICF wird in unserem Arbeitsalltag in der folgenden Art und Weise genutzt/angewendet:

Dabei findet Anwendung

- das bio-psycho-soziale Modell der WHO und/oder
- die Item-Ebenen (Kodierungen)/ICF-Kurzliste

29. Wie schätzen Sie die folgenden Aussagen mit Blick auf LTA ein?

a) Eine Weiterentwicklung der ICF ist aus meiner Sicht notwendig.

- Ja Teils/teils Nein Weiß nicht

b) Eine ICF-Nutzung verbessert aus meiner Sicht die Identifikation von Bedarfen.

- Ja Teils/teils Nein Weiß nicht

c) Eine ICF-Nutzung verbessert aus meiner Sicht die Prozesssteuerung von Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation.

- Ja Teils/teils Nein Weiß nicht

d) Die ICF bildet die Grundlage, Verfahren zur Bedarfsermittlung zu entwickeln, die träger- und erbringerübergreifend benutzt werden können.

- Ja Teils/teils Nein Weiß nicht

e) Die Potentiale der ICF zur Nutzung innerhalb der LTA sind aus meiner Sicht bisher noch kaum ausgeschöpft.

- Ja Teils/teils Nein Weiß nicht

Leistungserbringer

Anmerkungen/Ergänzungen

32. *Gibt es aus Ihrer Perspektive vertiefende bzw. weiterführende Informationen oder Hinweise zum Thema Bedarfsermittlung, die Sie uns gerne mitteilen möchten?*

Optimierungspotential

33. *Welchen Optimierungsbedarf sehen Sie im gesamten Prozess der Bedarfsermittlung?*

Leistungserbringer

Weitere Aspekte

34. Wo sehen Sie Handlungsbedarf bei der Bedarfsermittlung im Bereich LTA unter dem Aspekt der Barrierefreiheit für die Leistungsberechtigten?

35. Gibt es Ihrer Ansicht nach individuelle Teilhabeziele, die bisher bei der Bedarfsermittlung im Bereich LTA vernachlässigt werden?

Möglichkeit zur weiteren Projektpartizipation

Dies ist eine anonyme Befragung. Jedoch bietet Ihnen diese die Gelegenheit, aktiv an der Weiterentwicklung der beruflichen Rehabilitation mitzuwirken und Ihren Beitrag als Experte/Expertin dazu zu leisten.

Würden Sie uns gegebenenfalls für Rückfragen zur Verfügung stehen? Dann notieren Sie Ihre Kontaktdaten bitte hier (z.B. Stempel). Diese Angabe ist freiwillig.

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

Bitte Rückversand an:

Hochschule Magdeburg-Stendal, Prof. Dr. M. Morfeld, Stichwort LTA/ICF, Osterburger Str. 25, 39576 Stendal

Ausfüllhilfe

Leistungserbringer – Bedarfsermittlung Berufliche Rehabilitation

Die Ausfüllhilfe bietet Ihnen eine Unterstützung bei der Beantwortung der Fragen. Sollte der vorgegebene Platz bei den Freitextangaben nicht ausreichen, benutzen Sie bitte die entsprechende Rückseite für weitere Ergänzungen. Sofern Sie eine Frage nicht beantworten können, fahren Sie bitte mit der nächsten Frage fort. Werden Sie um die Angabe von Zahlenwerten gebeten, genügt generell die Nennung von Schätzwerten.

Empfohlen wird die Bearbeitung des Fragebogens in Ihrem multidisziplinären Team.

Begriffe	Erläuterung
Leistungserbringer	Als Leistungserbringer gelten hier vorwiegend Personen, Personengruppen, Organisationen o. ä., die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) für die Leistungsberechtigten erbringen.
Leistungsträger	Leistungsträger sind die Institutionen, die für die Kosten von Leistungen zur Teilhabe aufkommen. In der Regel sind dies die Rehabilitationsträger nach § 6 SGB IX. Hilfen im Arbeitsleben werden außerdem durch die Integrationsämter erbracht.
Leistungsberechtigte	Leistungsberechtigte werden häufig auch Leistungsnehmer/-innen, Rehabilitanden/-innen oder Teilnehmer/-innen genannt, vereinzelt auch Patient/-innen.
Intern/Extern	Der Begriff „ Intern “ umfasst die Zusammenarbeit innerhalb der Einrichtung. „ Extern “ bildet die Zusammenarbeit mit anderen Institutionen (Leistungserbringer/Leistungsträger/Betriebe/Ärzte/Kliniken etc.).
ICF	ICF bezeichnet abgekürzt die von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) veröffentlichte Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (engl. „International Classification of Functioning, Disability and Health“). Die ICF ermöglicht die systematische Beschreibung von individuellen Krankheitsauswirkungen bzw. Behinderungen auf der Basis eines bio-psycho-sozialen Modells. Behinderung im Sinne der ICF ist der Oberbegriff für Schädigungen der Körperstruktur und Körperfunktion, Beeinträchtigungen der Aktivität und Beeinträchtigung der Partizipation (Teilhabe). Sie ist gekennzeichnet als Folge einer komplexen Beziehung zwischen dem Gesundheitsproblem eines Menschen und seinen personbezogenen Faktoren einerseits sowie seinen Lebensumständen andererseits.

Frage-Nr.	Erläuterung
4	Bitte beachten Sie: die Prozentangabe bezieht sich auf die angegebene Gesamtzahl der Mitarbeiter/-innen in Ihrer Einrichtung in Frage Nr. 3.
6	Als Orientierungsgrundlage für die Aufzählung der Erkrankungs- und Behinderungsarten dient die bundeseinheitliche Systematik der Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen (BIH), die hier modifiziert wurde. Für chronische Erkrankungen benutzen Sie bitte ggf. die Zeile Andere .

Gefördert durch:



Frage-Nr.	Erläuterung
7	Bitte beachten Sie: die Prozentangabe bezieht sich auf die angegebene Gesamtzahl der Leistungsberechtigten in Frage Nr. 5.
9 a)	In der Tabelle Zugangswege geben Sie bitte an, wer in der Regel aus Ihrer Sicht die Inanspruchnahme einer LTA in Ihrer Einrichtung anregt.
9 b)	In der Tabelle Kostenträger der Maßnahme (Leistungsträger) geben Sie bitte an, wer in der Regel die Kosten für die Maßnahmen der Leistungsberechtigten in Ihrer Einrichtung übernimmt. Unter dem Begriff Versorgungsverwaltung sind die in den Ländern entsprechend der jeweiligen Aufgabenzuweisung für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben zuständigen Träger der Kriegsopferfürsorge, wie z. B. die Hauptfürsorgestellen, zusammengefasst. Die Reha- Dienste der Rückversicherer regeln Leistungen aus Haftpflichtschäden.
10/11	Die Verfahren sind in zwei Bereiche untergliedert. Unter 10 a) sind ausgewählte komplexe Verfahren dargestellt, die in der Regel mehrere einzelne Verfahren umfassen. Bitte kreuzen Sie für die Verfahren und Instrumente, die Sie verwenden, die jeweils zutreffenden Aussagen a) bis i) an. Sollten Sie die bei Ihnen eingesetzten komplexen Verfahren/Instrumente in der Aufzählung nicht finden, dann verwenden Sie zur Angabe bitte die freie Tabelle unter 10 b) auf Seite 5 f. Hier können auch Eigenentwicklungen, wenn möglich mit Hinweis auf das Entwicklungsjahr und die Zielgruppe des Verfahrens, genannt werden. Für weitere Ergänzungen nutzen Sie bitte die entsprechende Rückseite. Unter 10 b) ist eine freie Tabelle vorbereitet, in der Sie weitere in Ihrer Einrichtung eingesetzte (einzelne oder komplexe) Verfahren/Instrumente auflisten können. Zur Unterstützung finden Sie in der beigefügten Übersicht eine Darstellung möglicher Verfahren/Instrumente zur Bedarfsermittlung. Hier können auch Eigenentwicklungen, wenn möglich mit Hinweis auf das Entwicklungsjahr und die Zielgruppe des Verfahrens, genannt werden. Bitte kreuzen Sie für die Verfahren und Instrumente, die Sie verwenden, die jeweils zutreffenden Aussagen a) bis g) an. Für weitere Ergänzungen nutzen Sie bitte die entsprechende Rückseite.
18	Unter dem Begriff „ Fallkonferenzen “ können hier auch Förderplan-Konferenzen, gemeinsame Fallbesprechungen oder Reha-Plan-Konferenzen verstanden werden. Eine Fallkonferenz ist ein Prozessschritt im Rahmen der Einzelfallbetreuung.
31	Unter ICF-basierter Bedarfsermittlung werden Verfahren/Instrumente verstanden, die bio-psycho-soziale Aspekte von Krankheitsfolgen eines/einer Leistungsberechtigten unter Berücksichtigung seiner/ihrer Kontextfaktoren entsprechend der ICF systematisch erfassen. Die ICF klassifiziert Komponenten von Gesundheit, das heißt Körperfunktionen, Körperstrukturen, Aktivitäten und Partizipation (Teilhabe) sowie Umweltfaktoren und personbezogenen Faktoren. Dabei können Verfahren dies inhaltlich abdecken oder auf die Kodierungen der ICF zurück greifen.

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

Gefördert durch:

Übersicht der potenziellen Verfahren

zur Bedarfsermittlung in der beruflichen Rehabilitation

Diese alphabetische Liste stellt eine Auswahl möglicher zur Bedarfsermittlung eingesetzter Verfahren dar, jedoch ohne Anspruch auf Vollständigkeit. Selbstverständlich können Sie auch andere Verfahren sowie Eigenentwicklungen benennen.

Nr.	Verfahrensabkürzung	Verfahren ausgeschrieben
1	ABI	Arbeitsfähigkeitsindex oder Arbeitsbewältigungsindex – ABI (englisch: Work Ability Index – WAI)
2	AIST	Allgemeiner Interessen-Struktur-Test mit Umwelt-Struktur-Test (UST-R)
3	AVEM	Arbeitsbezogene Verhaltens- und Erlebnismuster
4	AZUBI-BK	Arbeitsprobe zur berufsbezogenen Intelligenz Büro- und kaufmännische Tätigkeiten
5	AZUBI-TH	Arbeitsprobe zur berufsbezogenen Intelligenz Technische und handwerkliche Tätigkeiten
6	BDI/BDI-II	Beck-Depressions-Inventar
7	Berufskompass.at	Berufskompass – Orientierungshilfe für die Berufswahl
8	BET	Berufseignungstest
9	BIP	Bochumer Inventar zur berufsbezogenen Persönlichkeitsbeschreibung
10	BSI	Brief Symptom Inventory (Kurz-Fragebogen zur Symptombelastung)
11	BSL/TeDeL 1+	Bonner Silben-Lesetest - Test zur Dekodierungsleistung
12	CFT 1/CFT 3	Grundintelligenztest Skala 1/Grundintelligenztest Skala 3
	CFT 20	Grundintelligenztest Skala 2
	CFT 20-R mit WS/ZF-R	Grundintelligenztest Skala 2 - Revision (CFT 20-R) mit Wortschatztest und Zahlenfolgentest - Revision (WS/ZF-R)
13	CPT	Continous Perfomance Test
14	D2/D2-R	Aufmerksamkeits-Belastungs-Test/d2-Revision
15	DASH	Disabilities of the Arm, Shoulder, Hand Questionnaire
16	DLM	Detmolder Lernwegemodell
17	DRT-1/DRT-2/DRT-3/ DRT-4/DRT-5	Diagnostischer Rechtschreibtest für 1., 2., 3., 4. oder 5. Klasse
18	EFL	Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit
19	ERGOS	ERGOS – Work Simulator Das arbeitsmedizinische Simulationssystem zur objektiven arbeitsplatzbezogenen Leistungsbeurteilung
20	FAIR/FAIR-2	Frankfurter Aufmerksamkeits-Inventar
21	FCE Verfahren	Functional Capacity Evaluation Aktivitätsassessment arbeitsbezogener körperlicher Leistungsfähigkeit
22	FKK	Fragebogen zu Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen
23	FRT	Figure Reasoning Test
24	FWIT	Farbe-Wort-Interferenztest
25	HAWIE/HAWIE-R	Hamburg-Wechsler-Intelligenztest für Erwachsene
26	HMB-W	Hilfebedarf von Menschen mit Behinderungen im Bereich „Wohnen“
27	HMB-T	Hilfebedarf von Menschen mit Behinderungen im Bereich „Gestaltung des Tages“
28	IBRP	Integrierter Behandlungs- und Rehabilitationsplan
29	ICF-Checkliste (WHO)	ICF-Checkliste (WHO)
30	ICF-Core-Set Berufliche Reha	ICF-Core-Set Berufliche Reha
31	ICF-Core-Set RPK	ICF-Core-Set Rehabilitation Psychisch Kranker

Anlage V: Übersicht der potenziellen Verfahren/Instrumente zur Bedarfsermittlung in der beruflichen Rehabilitation

32	IHP/IHP-3	Individuelle Hilfeplanung (IHP) Landschaftsverband Rheinland Pfalz
33	IIP IIP-D	Inventory of Interpersonal Problems Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme (Deutsche Version)
34	IREPRO	Indikatorenliste zur sozialmedizinischen Beurteilung der Reintegrationsprognose und des Rehabilitationsbedarfs bei Rentenantragstellern mit psychischen Erkrankungen
35	IRES-3/IRES-24	Indikatoren des Reha-Status
36	ISK	Inventar sozialer Kompetenzen
37	I-S-T 2000 R IST Screening	Intelligenz-Struktur-Test 2000 R Intelligenz-Struktur-Test – Screening –
38	ITP	Integrierte Teilhabeplanung – Landeswohlfahrtsverband Hessen
39	KKA ^(a)	Kasseler Kompetenzanalyse
40	KKA ^(b)	Kasseler-Konzentrations-Aufgabe für 3- 8-Jährige
41	LFP	Lübecker Fähigkeitsprofil
42	LMI	Leistungsmotivationsinventar
43	LPS	Leistungsprüfsystem
44	Mini ICF-APP	Mini-ICF-Rating für Aktivitäts- und Partizipationsstörungen bei psychischen Erkrankungen
45	MLS	Motorische Leistungsserie
46	MOSES	Fragebogen zur Erfassung von Mobilität und Selbstversorgung
47	MWT-A/MWT-B	Mehrfachwahl-Wortschatz-Intelligenztest
48	NEO-FFI	NEO-Fünf-Faktoren-Inventar
49	PAC	Profiling Assessment Clearing (Prüfen Analysieren Klären)
50	PAREMO-20	Fragebogen zur Erfassung der Reha-Motivation
51	PLD	Psychologische Leistungsdiagnostik
52	PSB-R 4-6 PSB-R 6-13	Prüfsystem für Schul- und Bildungsberatung für 4. bis 6. Klassen Prüfsystem für Schul- und Bildungsberatung für 6. bis 13. Klassen
53	PZP	Persönliche Zukunftsplanung
54	RT	Rechtschreibungstest
55	RT 9+	Rechentest 9+
56	SASKO	Fragebogen zu sozialer Angst und sozialen Kompetenzdefiziten
57	SCL-90/SCL-90-R	Symptom-Checkliste
58	SF-36/SF-36-R	Fragebogen zum Gesundheitszustand
59	SIBAR	Screening Instrument Beruf und Arbeit in der Rehabilitation
60	SIMBO-C	Screening Instrument zur Einschätzung des Bedarfs an Medizinisch-Beruflich Orientierten Maßnahmen
61	SKID-II	SKID-D: Strukturiertes Klinisches Interview für DSM IV
62	SVF	Stressverarbeitungsfragebogen
63	THP	Individuelle Teilhabeplanung (THP) des Landes Rheinland-Pfalz
64	TL-D	Turm von London – Deutsche Version
65	TIPI	Trierer Integriertes Persönlichkeitsinventar
66	WAI	Work Ability Index – WAI (deutsch: Arbeitsfähigkeitsindex oder Arbeitsbewältigungsindex – ABI)
67	WIE	Wechsler Intelligenztest für Erwachsene
68	WIT-2	Wilde-Intelligenz-Test 2
69	WMT/WMT-2	Wiener Matrizen-Test
70	WOMAC	The Western Ontario and McMasters Universities Osteoarthritis Index
71	WTB	Werdenfelser Testbatterie zur Messung kognitiv-intellektueller Fähigkeiten bei Menschen mit Behinderung
72	Würzburger Screening	Würzburger Screening – Identifikation von beruflichen Problemlagen
73	ZAREKI/ZAREKI-R ZAREKI-K	Testverfahren zur Dyskalkulie bei Kindern Neuropsychologische Testbatterie für Zahlenverarbeitung und Rechnen bei Kindern - Kindergartenversion

(a), (b): Da die gleiche Abkürzung verschiedene Verfahren bezeichnet, bitten wir Sie die Kennzeichnung zu notieren.

Teilnehmerfragebogen

Allgemeine Angaben

1. Ich bin weiblich
 männlich.

2. Ich bin _____ Jahre alt.

Angaben zur aktuellen Maßnahme

3. Meine aktuelle Maßnahme heißt...

4. Ich besuche diese aktuelle Maßnahme seit: _____

5. Meine aktuelle Maßnahme dauert insgesamt: _____

6. Diese wird durchgeführt von

- BBW – Berufsbildungswerk
 BFW – Berufsförderungswerk
 BTZ – Berufliches Trainingszentrum
 Phase II (medizinisch-berufliche Rehabilitation)
 RPK – Rehabilitationszentrum Psychisch Kranker Menschen
 Andere: _____
 Weiß ich nicht

7. Ich bin in dieser aktuellen Maßnahme, weil...

8. Auf die Möglichkeit meiner aktuellen Maßnahme hat mich aufmerksam gemacht (mehrere Kreuze sind möglich!)

- Deutsche Rentenversicherung (DRV)
- Arbeitsamt (Agentur für Arbeit, ARGE, JobCenter)
- Unfallversicherung (DGUV) oder Berufsgenossenschaft (BG)
- Sozialamt (Sozialhilfe)
- Integrationsamt
- Kollege, Chef im Betrieb
- Betriebsarzt, Werksarzt
- Hausarzt, Facharzt
- Krankenversicherung, Krankenkasse
- Mitarbeiter im Krankenhaus
- Mitarbeiter in einer Reha-Klinik
- Selbsthilfegruppen, Selbsthilfeverbände
- Beratungsstelle
- Gemeinsame Servicestelle
- Betreuer
- Lehrer
- Familie, Freunde, Bekannte
- Ich habe mich selbst informiert
- Andere: _____

9. Ich habe vor dieser aktuellen Maßnahme bereits an anderen beruflichen Maßnahmen teilgenommen, z.B. an einer Berufsvorbereitung, Trainingsmaßnahme, Umschulung, ...

- ja, einmal ja, mehrmals nein weiß ich nicht

10. Meine Maßnahme wird bezahlt von (mehrere Kreuze sind möglich!)

- Deutsche Rentenversicherung (DRV)
 Arbeitsamt (Agentur für Arbeit, ARGE, JobCenter)
 Unfallversicherung (DGUV) oder Berufsgenossenschaft (BG)
 Sozialamt (Sozialhilfe)
 Integrationsamt
 Andere: _____
 Weiß ich nicht

11. Dort habe ich einen festen Ansprechpartner für Fragen und Beratung.

- ja, einen ja, mehrere nein

12. Auf meine Wünsche wurde bei der Auswahl meiner aktuellen Maßnahme ausreichend eingegangen.



13. Ich konnte mich bei der Auswahl meiner aktuellen Maßnahme zwischen mehreren Möglichkeiten entscheiden.



14. Ich musste auf den Start meiner aktuellen Maßnahme warten.

- nein ja, und zwar _____ Monate

15. In der aktuellen Maßnahme habe ich an Beratungsgesprächen teilgenommen.

- ja, einmal ja, mehrmals nein weiß ich nicht

16. In der aktuellen Maßnahme habe ich an praktischen Übungen (z.B. zur körperlichen Belastbarkeit, zur Geschicklichkeit, ...) teilgenommen.

nein
 weiß ich nicht

ja, einmal
 ja, mehrmals

16.a) Die Ziele der praktischen Übungen wurden mir ausreichend erklärt.



16.b) Die Ergebnisse meiner praktischen Übungen wurden ausführlich mit mir besprochen.



16.c) Die praktischen Übungen kamen mir bekannt vor.

ja teils/teils nein

17. In der aktuellen Maßnahme habe ich an schriftlichen Tests (z.B. zum Rechnen, zur Konzentration, zu meinen Gefühlen, ...) teilgenommen.

nein
 weiß ich nicht

ja, einmal
 ja, mehrmals

17.a) Die Ziele der schriftlichen Tests wurden mir ausreichend erklärt.



17.b) Die Ergebnisse meiner schriftlichen Tests wurden ausführlich mit mir besprochen.



17.c) Die schriftlichen Tests kamen mir bekannt vor.

ja teils/teils nein

18. Die Ergebnisse meiner praktischen Übungen und schriftlichen Tests werden für meine Förderplanung verwendet.

ja teils/teils nein weiß ich nicht

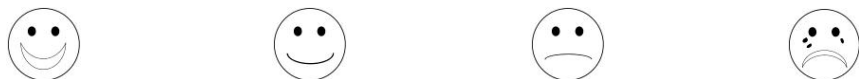
19. In der Maßnahme werden mit mir Förderziele vereinbart.

ja, einmal ja, mehrmals nein weiß ich nicht

20. In meine Förderplanung wurden meine persönlichen Wünsche einbezogen.



21. Wenn meine Wünsche in der Maßnahme einmal nicht umsetzbar waren, wurden mir die Gründe dafür erklärt.



22. In meiner aktuellen Maßnahme habe ich feste Ansprechpartner.

ja, einen ja, mehrere nein

23. Die Ansprechpartner haben in der aktuellen Maßnahme öfter gewechselt.

ja, einmal ja, mehr als einmal nein

24. Ich komme mit meinen gesundheitlichen Einschränkungen in der aktuellen Maßnahme gut zurecht.



25. Die Maßnahme fördert meine Selbständigkeit.



26. Ich hoffe, dass ich durch diese aktuelle Maßnahme...

27. Meine jetzige Maßnahme kann ich weiter empfehlen.

ja

nein, weil: _____

Gesamtbewertung

**28. Bei Schwierigkeiten im bisherigen Verlauf wurden mit mir gemeinsam
Lösungen gesucht.**



**29. Im gesamten Verlauf habe ich mir während meiner Rehabilitation mehr
Unterstützung gewünscht.**

nein

ja, an folgenden Stellen: _____

Zu meiner Person

30. Mein höchster Schulabschluss ist ein

- Förderschulabschluss
- Hauptschulabschluss
- Realschulabschluss
- Abitur, Fachabitur, Fachhochschulreife
- Schulabschluss im Ausland
- Anderer: _____
- Ich habe keinen Schulabschluss

31. Ich habe einen Berufsabschluss.

- ja
- ja, nicht in Deutschland anerkannt
- nein

32. Ich habe vor der aktuellen Maßnahme gearbeitet.

<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, insgesamt für _____ Jahre (ohne Ausbildungszeiten)
-------------------------------	---



33. Vor der aktuellen Maßnahme habe ich zuletzt gearbeitet als...

34. Ich habe einen Grad der Behinderung (GdB).

- ja, von: _____ (%)
- nein, ich habe keinen Grad der Behinderung

35. Ich bin Menschen mit einer Schwerbehinderung gleichgestellt.

- ja, Gleichstellung anerkannt
- ja, Gleichstellung beantragt
- nein
- weiß ich nicht

36. Ich habe eine oder mehrere der folgenden Erkrankungen bzw. Behinderungen

(mehrere Kreuze sind möglich!)

- Muskel-Skelett-Erkrankungen (z.B. Rückenschmerzen)
- Innere Erkrankungen (z.B. Diabetes, Krebs, Herzerkrankung)
- Schädigungen des Zentralnervensystems (z.B. Schlaganfall)
- Anfallsleiden (z.B. Epilepsie)
- Blindheit und Sehbehinderungen
- Hörschädigungen
- Geistige Behinderung
- Lernbehinderungen
- Psychische/seelische Behinderungen (z.B. Angst, Depressionen)
- Suchtkrankheiten (z.B. Alkohol, Medikamente, Drogen)
- Unfallverletzungen
- Andere: _____

37. Ich möchte Ihnen gerne noch folgendes mitteilen...

**Wir wünschen Ihnen für Ihre Zukunft alles Gute und bedanken
uns ganz herzlich für Ihre Unterstützung!**

Bitte Rückversand an:
Hochschule Magdeburg-Stendal, Prof. Dr. M. Morfeld, Stichwort LTA/ICF,
Osterburger Str. 25, 39576 Stendal

Erläuterungen

Maßnahme (Frage 3 und folgende): dieser Begriff zieht sich durch den gesamten Fragebogen; hiermit ist die aktuelle Maßnahme gemeint, an der die jeweilige Person zurzeit teilnimmt (z.B. Ausbildung, Umschulung, Berufsvorbereitung, Vorbereitungslehrgang usw.). Diese Maßnahme soll in Frage 3 konkret angegeben werden.

Praktische Übungen (Frage 16): hiermit sind alle Arten von praktischen Erprobungen gemeint, die im Rahmen von Diagnostik, Assessments und ähnlichen Aktivitäten zu Beginn oder im Verlauf der Maßnahme stattfinden. Nicht gemeint sind damit praktische Leistungsbeurteilungen im Rahmen von beruflichen Qualifizierungen u.Ä.

Schriftliche Tests (Frage 17): analog sind hiermit alle Testverfahren in Ihrer Einrichtung gemeint, die im Rahmen von Diagnostik, Assessments und ähnlichen Aktivitäten zu Beginn oder im Verlauf der Maßnahme stattfinden (häufig durch med. und/oder psycholog. Fachpersonal). Nicht gemeint sind damit bspw. unterrichtsbegleitende Tests.

Förderplanung (Frage 18, 20): hiermit ist die Planung des individuellen, personenbezogenen Rehabilitationsverlaufs gemeint. Andere übliche Begriffe hierfür sind Reha-Planung, Reha-Assessment, etc. Häufig, insbesondere bei längeren Maßnahmen und im Rahmen der Vorgaben des internen Qualitätsmanagements, kommt es zu einer wiederholten Überprüfung und Anpassung der Förderplanung.

Förderziele (Frage 19): hiermit sind nicht die übergeordneten Maßnahmeziele gemeint (wie z.B. Integration auf dem ersten Arbeitsmarkt) sondern Ziele als Bestandteil der individuellen Förderplanung (konkrete Teilziele für einen bestimmten Zeitabschnitt). Diese werden oftmals mit dem Teilnehmer vereinbart und schriftlich dokumentiert, z.B. in Form von Zielvereinbarungen.

Ansprechpartner (Frage 11 und 22 folgende): Im Fragebogen wird unterschieden zwischen dem (festen) Ansprechpartner beim Leistungsträger (Frage 11) und den Bezugspersonen/Ansprechpartnern in der Maßnahme (Frage 22 folgende).

Teilnehmer an Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation haben in den Einrichtungen häufig (differenziert nach den spezifischen Aufgabenstellungen) mehrere Ansprechpartner. Die Frage zielt darauf ab, ob es aus subjektiver Sicht des Teilnehmers überhaupt feste Ansprechpartner

gibt. Dies können eine oder auch mehrere Personen (i.S. von Bezugspartnern) sein. In Einrichtungen, die nach dem Modell des Fallmanagements arbeiten, sind dies oftmals die Fallmanager, Bildungsbegleiter, JobCoaches o.a.

„meine Reha“ (Frage 29): sehr viele Teilnehmer haben vor Eintritt in die aktuelle Maßnahme bereits eine längere Wegstrecke bei Ihrer Rehabilitation zurückgelegt, z.B. eine medizinische Reha oder einen Vorbereitungslehrgang usw. Diese Frage zielt (als einzige) auf den gesamten bisherigen Reha-Verlauf und die dabei gemachten Erfahrungen.

GdB (Frage 34): der Grad der Behinderung ist streng genommen keine Prozentangabe. Umgangssprachlich ist es jedoch üblich, diesen in Prozent anzugeben

Vorherige Berufstätigkeit (Frage 32): falls zutreffend bitte die Zeit als Erwerbstätiger in Jahren (ohne Zeiten für Ausbildung, Praktika u.ä.) angeben lassen.

Gender-Form: der Fragebogen ist in möglichst einfacher Sprache gehalten. Aus Gründen der leichteren Lesbarkeit wurde daher auf die weibliche Form verzichtet; wir bitten um Verständnis

Text zum Vorlesen

Sehr geehrte Teilnehmerinnen und Teilnehmer,

wir, das sind die Hochschule, die BAR und die BAG BBW wenden uns heute mit einem Fragebogen an Sie. Unser Ziel ist, die berufliche Rehabilitation von Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen weiter zu verbessern. Hierzu zählt die Möglichkeit, ein selbstbestimmtes Leben zu führen und künftig Arbeit und Einkommen zu haben.

Für eine Verbesserung der Situation sind uns die Erfahrungen, die Sie persönlich gemacht haben, sehr wichtig. Daher unsere Bitte, dass Sie sich heute an dieser freiwilligen Befragung, die etwa 30 Minuten dauern wird, beteiligen. Unser Dank gilt auch mehreren hundert anderen Menschen, die zurzeit an dieser Befragung in ganz Deutschland teilnehmen.

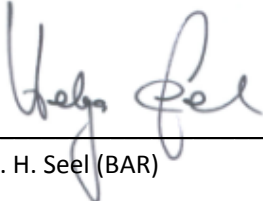
Bei vielen Fragen arbeiten wir mit Smilies: bitte kreuzen Sie eine von vier Möglichkeiten an (starke Zustimmung, geringe Zustimmung, geringe Ablehnung, starke Ablehnung). Wir sind sehr gespannt auf Ihre ehrlichen Antworten.

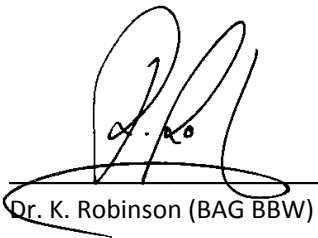
Sollten Sie beim Ausfüllen Probleme haben, wenden Sie sich bitte an die Person, die Sie beim Ausfüllen des Fragebogens unterstützt. Wenn es keine Lösung für ein Problem geben sollte, gehen Sie bitte zur nächsten Frage über.

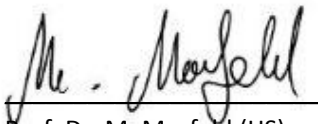
Wir versichern Ihnen: die Teilnahme an der Befragung ist anonym und freiwillig. Sie kann jederzeit abgebrochen werden. Wir werden Ihre persönlichen Daten nicht an andere weitergeben.

Bei Interesse an den Ergebnissen der Gesamtbefragung wenden Sie sich bitte an Ihre Einrichtung oder schauen ab Sommer 2013 auf der WEB-Seite der BAR vorbei.

Vielen herzlichen Dank – mit Ihrer Teilnahme helfen Sie anderen Menschen, die den Weg der Rehabilitation noch vor sich haben.


Dr. H. Seel (BAR)


Dr. K. Robinson (BAG BBW)


Prof. Dr. M. Morfeld (HS)

Bundesarbeitsgemeinschaft
der Berufsbildungswerke e.V.
Kurfürstenstraße 131
10785 Berlin

Hochschule Magdeburg-Stendal
Osterburger Straße 25
39576 Stendal

Bundesarbeitsgemeinschaft
für Rehabilitation e.V.
Solmsstraße 18
60486 Frankfurt am Main

04.02.2013

**Mitarbeiterinformation - Hinweise zur Durchführung der Befragung von Teilnehmern an
Maßnahmen der beruflichen bzw. beruflich/medizinischen Rehabilitation**

Sehr geehrte Mitarbeiterinnen, sehr geehrte Mitarbeiter,

mit dieser Mitarbeiterinformation möchten wir Sie über unser Forschungsprojekt informieren und hoffen sehr auf Ihre Unterstützung. Dieses Projekt führen die Bundesarbeitsgemeinschaft der Berufsbildungswerke (BAG BBW), die Hochschule Magdeburg-Stendal und die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) gemeinsam durch.

Es geht um das Thema „Prüfung von aktuellem Stand und Potential der Bedarfsermittlung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben unter Berücksichtigung der ICF“ (Machbarkeitsstudie).

Worum geht es bei diesem Forschungsvorhaben?

Ziel dieses Projekts ist zunächst eine Bestandsaufnahme der derzeit eingesetzten Verfahren und Instrumente zur Bedarfsermittlung betreffend die Teilhabe am Arbeitsleben und ihre systematische Aufbereitung nach verschiedenen Kriterien (IST-Analyse). Weiterhin werden Möglichkeiten zur gezielteren Steuerung im Prozess der beruflichen Rehabilitation analysiert (SOLL-Analyse). Daraus sollen Empfehlungen abgeleitet werden, wie die Erbringungen von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) für behinderte Menschen zukünftig personenzentrierter, effektiver und effizienter erfolgen kann. Insbesondere wird dabei überprüft, inwiefern die Orientierung an der Internationalen Klassifikation der Funktionen, Behinderung und Gesundheit (ICF) hierzu ein geeignetes Mittel sein könnte.

Mit Hilfe des beiliegenden Fragebogens wollen wir die Art und Weise der Bedarfsermittlung bezogen auf die Maßnahmen Ihrer Teilnehmer herausbekommen.

Wie läuft das Projekt ab? Welche Daten werden erhoben?

Im Rahmen des Projektes möchten wir den Teilnehmern verschiedene Fragen zu den Themen „berufliche Rehabilitation“ und „Bedarfsermittlung“ stellen. Das Ausfüllen des Fragebogens wird voraussichtlich ca. 30 Minuten dauern. Vorab bitten wir Sie, den Teilnehmenden das Beiblatt „Text zum Vorlesen“ vorzutragen.

Bevor Sie die Befragung durchführen, bitten wir Sie, sich mit dem Fragebogen vertraut zu machen sowie anliegende Hinweise zu beachten, um den befragten Teilnehmern ggf. beim Ausfüllen des Fragebogens Hilfestellung geben zu können. Damit werden Sie in der Lage sein, einzelne Fragestellungen oder verwendete Begriffe bei Verständnisschwierigkeiten in den Kontext Ihrer Einrichtung zu „übersetzen“.

Datenschutz: Wie wird mit den erhobenen Forschungsdaten umgegangen?

Damit die personenbezogenen Daten Ihrer Teilnehmer geschützt sind, werden keine Namen der Teilnehmer erhoben. Wir führen keine Zuordnungsliste, durch die eine Nachvollziehbarkeit gegeben wäre.

Die von Ihnen erhobenen Daten werden umgehend an die Hochschule Magdeburg-Stendal geschickt. Diese Daten werden nur mit einer Forschungsnummer gekennzeichnet und zwar erst beim Eingang in der Hochschule. Daher können keinerlei Bezüge zur Person hergestellt werden. Alle Auswertungen werden also anonym durchgeführt. Weder aus den Forschungsdaten noch aus den Ergebnissen kann auf Ihre Antworten zurückgeschlossen werden.

Durch dieses Vorgehen erreichen wir, dass niemand die Forschungsdaten mit dem Namen der Teilnehmer verbinden kann.

Freiwilligkeit

Die Teilnahme an dem Projekt ist freiwillig. Die Daten der Teilnehmer werden nur verwendet, wenn die Teilnehmer den Fragebogen ausfüllen und Sie als Mitarbeiter diesen an die Hochschule Magdeburg-Stendal zurückschicken. Sofern kein Teilnehmer den Fragebogen ausfüllt, schicken Sie bitte auch diesen leeren Fragebogen an die Hochschule-Magdeburg zurück.

Wer ist bei Fragen ansprechbar und wer ist die verantwortliche Stelle für das Forschungsprojekt?

Wenn Sie Fragen haben, wenden Sie sich bitte an:

Prof. Dr. M. Morfeld Kontakt: matthias.morfeld@hs-magdeburg.de

Tel.: 03931 2187 4844

Die Verantwortung für das Projekt liegt bei:

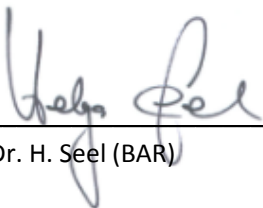
C. Penstorf Kontakt: carola.penstorf@bar-frankfurt.de

Tel.: 069 6050 1810

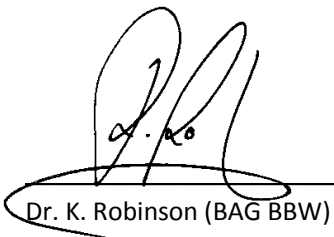
Informationen zur ICF-Machbarkeitsstudie finden Sie auf der Web-Seite der BAR.

Mit Ihrer Bereitschaft zur Durchführung der Befragung tragen Sie – gemeinsam mit Ihrem Verband - dazu bei, das System der beruflichen Rehabilitation weiter zu verbessern.

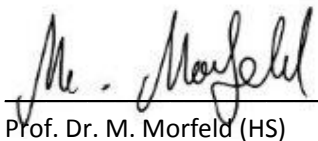
Wir freuen uns, wenn Sie teilnehmen. Wir danken Ihnen schon jetzt herzlich für Ihr Interesse.



Dr. H. Seel (BAR)



Dr. K. Robinson (BAG BBW)



Prof. Dr. M. Morfeld (HS)

Anlage VII: Benannte Verfahren und Instrumente, die im Rahmen der Bedarfsermittlung genutzt werden – Gesamt und differenziert nach Leistungserbringer und Leistungsträger

Tabelle 14: Gewichtete Gesamt-Verfahrensliste der Leistungsträger- und erbringer (inklusive prozessorientierter Verfahren)

		Häufigkeit	Prozent
1	HAMET	91	9,0
2	MELBA	82	8,2
3	DELTA	40	4,0
4	Reha-Management	29	2,9
5	d2/d2-R	24	2,4
6	Ärztliche Untersuchung/Begutachtung	23	2,3
7	I-S-T 2000/I-S-T 2000 R	21	2,1
8	CFT 20R mit WS/ZF-R	16	1,6
9	EFL	16	1,6
10	IMBA	15	1,5
11	Profil AC	12	1,2
12	SCL-90/SCL-90 R	12	1,2
13	Beratungen	12	1,2
14	WIE	11	1,1
15	AVEM	11	1,1
16	LPS	10	1,0
17	HMB-W/-T	9	0,9
18	BET	8	0,8
19	ERGOS	8	0,8
20	BDI/BDI-II	8	0,8
21	DASH	8	0,8
22	FPI-R	7	0,7
23	Prozessprofilung	7	0,7
24	Kassys	7	0,7
25	IDA	6	0,6
26	SPM	6	0,6
27	WTB	6	0,6
28	4 Phasen-Modell	6	0,6
29	Berufsfindung/Arbeitserprobung	6	0,6
30	DIA-AM	6	0,6
31	SF-12/36	6	0,6

Tabelle 15: Gewichtete Gesamt-Verfahrensliste der Leistungserbringer (inklusive prozessorientierter Verfahren)

		Häufigkeit	Prozent
1	MELBA	91	8,0
2	HAMET	82	7,2
3	d2/d2-R	46	4,1
4	I-S-T 2000/I-S-T 2000 R	40	3,5
5	AVEM	31	2,8
6	SCL-90/SCL-90 R	31	2,7
7	CFT 20R mit WS/ZF-R	23	2,0
8	Prozessprofilung	23	2,0
9	BDI/BDI-II	19	1,7
10	LPS	19	1,6
11	WIT/WIT-2	18	1,5
12	WIE	17	1,5
13	AZUBI-BK	13	1,2
14	IMBA	13	1,1
15	MTVT	11	0,9
16	HAWIE/HAWIE-R	11	0,9
17	FRT	10	0,9
18	ABAT/ABAT-R	10	0,9
19	FPI-R	10	0,9
20	Profil AC	10	0,8
21	MWT	9	0,8
22	ZVT	9	0,8
23	Gespräche	8	0,7
24	SPM	8	0,7
25	IDA	8	0,7
26	RT	8	0,7
27	ICF-Core-Set RPK	7	0,7
28	ISK	7	0,6
29	AZUBI-TH	7	0,6
30	Mini-ICF-APP	7	0,6
31	KVT	7	0,6

Tabelle 16: Gewichtete Gesamt-Verfahrensliste der Leistungsträger (inklusive prozessorientierter Verfahren)

		Häufigkeit	Prozent
1	Reha-Management	16	8,8
2	MELBA	12	6,9
3	HAMET	11	6,2
4	DELTA	9	5,2
5	Ärztliche Untersuchung/Begutachtung	9	5,1
6	EFL	9	4,8
7	IMBA	8	4,4
8	Gesamtplanverfahren	5	3,1
9	ERGOS	4	2,4
10	DASH	4	2,4
11	Beratungen	4	2,2
12	BET	3	1,8
13	SF-12/36	3	1,8
14	BHP Zielgruppe: PK/Sucht	3	1,5
15	Gutachten zur vollen Erwerbsminderung vom Rentenversicherungsträger	3	1,5
16	Hilfe nach Maß	3	1,5
17	HMB-W/-T	3	1,5
18	IHP	3	1,5
19	KKA	3	1,5
20	Kompetenzanalyse durch den IFD	3	1,5
21	Prozess-Profilung	2	1,3
22	PACT	2	1,2
23	I-S-T 2000/I-S-T 2000 R	2	1,2
24	WOMAC	2	1,2
25	Berufsfindung/Arbeitserprobung	2	1,1
26	Kassys	2	1,1
27	QUASI	2	1,1
28	ABE	2	0,9
29	4 Phasen-Modell	1	0,7
30	DIA-AM	1	0,7
31	Profil AC	1	0,7

32	Karlsruher Profilverfahren	5	0,5
33	WIT/WIT-2	5	0,5
34	PACT	5	0,5
35	Gespräche	5	0,5
36	MTVT	5	0,5
37	ZVT	5	0,5
38	Arbeitserprobung	4	0,4
39	Gesamtplanverfahren	4	0,4
40	HAWIE/HAWIE-R	4	0,4
41	MWT	4	0,4
42	PZP	4	0,4
43	BvB-Maßnahme	4	0,4
44	Hilfe nach Maß	4	0,4
45	IBRP	4	0,4
46	IHP	4	0,4
47	ABE	4	0,4
48	Prozess-Profilung	4	0,4
49	WOMAC	4	0,4
50	ABAT/ABAT-R	3	0,3
51	AZUBI-BK	3	0,3
52	Beobachtung	3	0,3
53	DRT	3	0,3
54	Entwicklungsstand/-bericht	3	0,3
55	PSB-R 6-13	3	0,3
56	KKA	3	0,3
57	ATBG	3	0,3
58	BSI	3	0,3
59	Eingliederungsplan	3	0,3
60	FRT	3	0,3
61	KVT	3	0,3
62	RT	3	0,3

32	PZP	6	0,6
33	BET	6	0,6
34	SVF	6	0,6
35	FAIR/FAIR-2	6	0,5
36	RST/RST-NRR	6	0,5
37	BvB-Maßnahme	5	0,5
38	BIP	5	0,5
39	BRT	5	0,5
40	BSI	5	0,5
41	LGT 3	5	0,4
42	Reha-Management	5	0,4
43	KLT-R 6-13	5	0,4
44	VISAB	5	0,4
45	EXPLORIX	5	0,4
46	Ärztliche Untersuchung/ Begutachtung	5	0,4
47	IBRP	5	0,4
48	PSSI	5	0,4
49	O-AFP	5	0,4
50	RT 9+	5	0,4
51	HMB-W/-T	5	0,4
52	FWIT	4	0,4
53	Fallbesprechungen	4	0,4
54	ICF-Checkliste (WHO)	4	0,4
55	Rechtschreibtest	4	0,4
56	Karlsruher Profilverfahren	4	0,4
57	WTB	4	0,4
58	PSB-R 6-13	4	0,4
59	SKT	4	0,3
60	Auftragsgutachten RPK, Gutachterliche Stellungnahme	4	0,3
61	Berufskompass.at	4	0,3
62	Beurteilungsbogen des FFH für extramurale Belastungserprobungen	4	0,3

32	Antragsformulare (G100 und G130) und ärztlicher Befundbericht zum Rehabilitationsantrag	1	0,6
33	Assessmentverfahren	1	0,6
34	Assessmentverfahren in Berufsförderungswerken	1	0,6
35	Auswertung von Antragsunterlagen, Gutachten und Entlassungsberichten der Reha-kliniken	1	0,6
36	AVEM	1	0,6
37	BELA	1	0,6
38	BOA	1	0,6
39	BORIS	1	0,6
40	Checkliste zur Bewilligung von Leistungen zur beruflichen Weiterbildung die in einem BFW durchzuführen sind	1	0,6
41	Eignungsabklärung im Rahmen von Berufsfindungsmaßnahmen	1	0,6
42	MOIN	1	0,6
43	PILE Test	1	0,6
44	Profil-Reha (BNW)	1	0,6
45	Profiling	1	0,6
46	PSU	1	0,6
47	SIBAR	1	0,6
48	Würzburger Screening	1	0,6
49	ABMR	1	0,6
50	Arbeits- und Belastungserprobung	1	0,6
51	Arbeitserprobung und Berufsfindung (Feststellung "Eignung" und "Neigung", d. h. Intelligenz, Persönlichkeit, Interessen)	1	0,6
52	Arbeitsplatzanforderungsprofil	1	0,6
53	EQ-5D	1	0,6
54	Fähigkeitsprofil (medizinisch) zum Abgleich mit dem Arbeitsplatzanforderungsprofil	1	0,6
55	FFbH-R	1	0,6
56	IBRP	1	0,6
57	IST-Screening	1	0,6
58	LMI	1	0,6
59	MBO	1	0,6
60	MBR	1	0,6
61	Potentialanalyse (zur Klärung der Umsetzung LTA)	1	0,6
62	Arbeitserprobung	1	0,5

63	ZERA	3	0,3
64	IST-Screening	3	0,3
65	Kompetenzanalyse	3	0,3
66	Würzburger Screening	3	0,3
67	AIST/AIST-R	2	0,2
68	Befragungen	2	0,2
69	Beton-Test	2	0,2
70	BIP	2	0,2
71	BRT	2	0,2
72	FAIR/FAIR-2	2	0,2
73	FWIT	2	0,2
74	HSP 5-9	2	0,2
75	ICF-Core-Set RPK	2	0,2
76	ISK	2	0,2
77	Klifd	2	0,2
78	LGT 3	2	0,2
79	Mini-ICF-APP	2	0,2
80	O-AFP	2	0,2
81	Profilpass	2	0,2
82	PSSI	2	0,2
83	RST/RST-NRR	2	0,2
84	SKT	2	0,2
85	SVF	2	0,2
86	VLMT	2	0,2
87	ABMR	2	0,2
88	Antragsformulare (G100 und G130) und ärztlicher Befundbericht zum Rehabilitationsantrag	2	0,2
89	Arbeits- und Belastungserprobung	2	0,2
90	Arbeitserprobung und Berufsfindung (Feststellung "Eignung" und "Neigung", d. h. Intelligenz, Persönlichkeit, Interessen)	2	0,2
91	Arbeitsplatzanforderungsprofil	2	0,2
92	Assessmentverfahren	2	0,2
93	Assessmentverfahren in Berufsförderungswerken	2	0,2
94	Auswertung von Antragsunterlagen, Gutachten und Entlassungsberichten der Reha-kliniken	2	0,2

63	Ertomis	4	0,3
64	internes Case-Management	4	0,3
65	Neuropädagogische Diagnostik	4	0,3
66	Neuropsychologische Diagnostik	4	0,3
67	prognostische Stellungnahmen	4	0,3
68	SIMBO	4	0,3
69	Vorbefunde	4	0,3
70	Würzburger Screening	4	0,3
71	Genogramm	4	0,3
72	Kassys	4	0,3
73	ZERA	4	0,3
74	CPT	4	0,3
75	DRT	4	0,3
76	VLMT	3	0,3
77	SKID-II	3	0,3
78	ATBG	3	0,3
79	Arbeitsanamnese (BTZ Köln)	3	0,3
80	eigene Selbst- und Fremdeinschätzungsbögen	3	0,3
81	Energiekreis (BTZ Köln)	3	0,3
82	ICF-Screening icf:btz	3	0,3
83	Individueller Förderplan basierend u. a. auf MELBA (BTZ DD- Entw.)	3	0,3
84	Kreisbild Arbeit (BTZ Köln)	3	0,3
85	Rahmenbedingungen (BTZ Köln)	3	0,3
86	Selbsteinschätzung/ Fremdeinschätzung (BTZ Köln)	3	0,3
87	Selbsteinschätzungsbogen zu Arbeitsfähigkeiten (2007)	3	0,3
88	Soziales Atom (BTZ Köln)	3	0,3
89	spezifische, eigene Tests zur Erhebung berufsspezifischer Kenntnisse	3	0,3
90	PACT	3	0,3
91	Beobachtung	3	0,2
92	BIT II	3	0,2
93	Aktenanalyse	2	0,2
94	Analogien	2	0,2

63	Berufsfindung	0	0,2
64	Betriebspraktikum	0	0,2
65	BvB-Maßnahme	0	0,2
66	COMED (BA)	0	0,2
67	Daten zur schulischen/beruflichen Entwicklung	0	0,2
68	Einschaltung technischer Berater	0	0,2
69	Fremdgutachten	0	0,2
70	Informationsveranstaltung in (Förder-) Schulen	0	0,2
71	Kompetenzanalyse	0	0,2
72	Maßnahme im Sinne Reha-AC	0	0,2
73	Psychologische Testung	0	0,2
74	Psychologische Testverfahren	0	0,2
75	Psychologische Untersuchung	0	0,2
76	Psychologische Untersuchung AA	0	0,2
77	Technischer Beratungsdienst	0	0,2
78	TGL 2 (geistig behinderte Menschen)	0	0,2
	Gesamt	177	100,0

95	BELA	2	0,2
96	Berufsfindung	2	0,2
97	Betriebspraktikum	2	0,2
98	BHP Zielgruppe: PK/Sucht	2	0,2
99	BOA	2	0,2
100	BORIS	2	0,2
101	Checkliste zur Bewilligung von Leistungen zur beruflichen Weiterbildung die in einem BFW durchzuführen sind	2	0,2
102	COMED (BA)	2	0,2
103	Daten zur schulischen/beruflichen Entwicklung	2	0,2
104	Eignungsabklärung im Rahmen von Berufsfindungsmaßnahmen	2	0,2
105	Einschaltung technischer Berater	2	0,2
106	EQ-5D	2	0,2
107	Fähigkeitsprofil (medizinisch) zum Abgleich mit dem Arbeitsplatzanforderungsprofil	2	0,2
108	FFbH-R	2	0,2
109	Fremdgutachten	2	0,2
110	Gutachten zur vollen Erwerbsminderung vom Rentenversicherungsträger	2	0,2
111	Informationsveranstaltung in (Förder-) Schulen	2	0,2
112	Kompetenzanalyse durch den IFD	2	0,2
113	LMI	2	0,2
114	Maßnahme im Sinne Reha-AC	2	0,2
115	MBO	2	0,2
116	MBR	2	0,2
117	MOIN	2	0,2
118	PILE Test	2	0,2
119	Potentialanalyse (zur Klärung der Umsetzung LTA)	2	0,2
120	Profil-Reha (BNW)	2	0,2
121	Profiling	2	0,2
122	PSU	2	0,2
123	Psychologische Testung	2	0,2
124	Psychologische Testverfahren	2	0,2
125	Psychologische Untersuchung	2	0,2

95	Arbeiterprobung	2	0,2
96	BAS	2	0,2
97	Bearbeitung päd. Sachtex te AP Arbeitspädagogen	2	0,2
98	diverse berufsbezogene Kenntnis- tests	2	0,2
99	EFL	2	0,2
100	ERGOS	2	0,2
101	FCE Verfahren	2	0,2
102	ICF-Core-Set Berufliche Reha	2	0,2
103	Integrationsplan (Eigenentwicklg.) alle TN in der Ausbildung 2010	2	0,2
104	Kenntnistest DV, Englisch (Eigen- entwicklung: DV zuletzt aktualisiert 2012, Englisch ca. 2008)	2	0,2
105	Kompetenzbewertungsbögen	2	0,2
106	Kompetenzprofil Absolventen (Eigenentwicklung 2010)	2	0,2
107	KT RS/R	2	0,2
108	Mannheimer Rechtschreibtest (MRT)	2	0,2
109	Mathe-Test	2	0,2
110	MTP (Mathematisch-Technisch- Physikalischer Test)	2	0,2
111	Multi-Motiv-Gitter (MMG)	2	0,2
112	NEO-FFI	2	0,2
113	PAC	2	0,2
114	Praktikumsbeurteilung (Eigenent- wicklung 2010)	2	0,2
115	Prozessprofilung (Eigenentwicklg.) alle TN in der Ausbildung 2010	2	0,2
116	PTV	2	0,2
117	TÜLUC	2	0,2
118	WMT/WMT-2	2	0,2
119	Mathetest	2	0,2
120	Entwicklungsstand/-bericht	2	0,2
121	Beton-Test	2	0,2
122	HSP 5-9	2	0,2
123	16 PF-Persönlichkeitsfragebogen	2	0,2
124	AC soziale Kompetenz	2	0,2
125	Berufseignungstest	2	0,2

126	Psychologische Untersuchung AA	2	0,2
127	QUASI	2	0,2
128	SIBAR	2	0,2
129	Technischer Beratungsdienst	2	0,2
130	TGL 2 (geistig behinderte Menschen)	2	0,2
131	Angaben aus psychologischen Gutachten der BA	1	0,1
132	AZUBI-TH	1	0,1
133	Bildungskonferenz	1	0,1
134	BIT II	1	0,1
135	BT	1	0,1
136	Cogpack	1	0,1
137	CPM	1	0,1
138	CPT	1	0,1
139	DISYPS	1	0,1
140	EXPLORIX	1	0,1
141	Fallbesprechungen	1	0,1
142	Förderplan	1	0,1
143	Genogramm	1	0,1
144	ICF	1	0,1
145	ICF-Checkliste (WHO)	1	0,1
146	ITP	1	0,1
147	KLT-R 6-13	1	0,1
148	Kukuk	1	0,1
149	Lerntypentest	1	0,1
150	Mathetest	1	0,1
151	Memo-Test	1	0,1
152	Rechtschreibtest	1	0,1
153	RT 9+	1	0,1
154	SKID-II	1	0,1
155	SLS 5-8	1	0,1
156	TAP	1	0,1
157	VISAB	1	0,1
158	(S)-PAC	1	0,1
159	16 PF-Persönlichkeitsfragebogen	1	0,1
160	Aapep	1	0,1
161	ABB	1	0,1
162	AC soziale Kompetenz	1	0,1

126	DCS	2	0,2
127	diverse weitere Verfahren in Einzelfällen	2	0,2
128	Eigenes Instrument in Anlehnung an Osnabrücker Arbeitsfähigkeitsprofil O-AFP und MELBA (2005)	2	0,2
129	ESI	2	0,2
130	HiPro	2	0,2
131	ICF-Core-Set	2	0,2
132	ICF-Core-Set RPK (eigene Anpassung an das Core Set von Herzogsägmühle)	2	0,2
133	ICF-Reha-Planung (von Herzogsägmühle)	2	0,2
134	individuelle Förder- und Integrationsplanung	2	0,2
135	INKA	2	0,2
136	Intelligenztests	2	0,2
137	Konzentrationstests	2	0,2
138	LFP	2	0,2
139	Nosper Fragebogen 2009	2	0,2
140	Reha-Planung seit ca. 8Jahren ICF-basiert	2	0,2
141	SAF	2	0,2
142	Selbstentwickelte ACs	2	0,2
143	Standortanalyse (beruflich)	2	0,2
144	SWN	2	0,2
145	TL-D	2	0,2
146	WCST	2	0,2
147	Wortschatz-Test	2	0,2
148	Eingliederungsplan	2	0,1
149	AIST/AIST-R	2	0,1
150	Kliffd	2	0,1
151	Profilpass	2	0,1
152	BT	2	0,1
153	DISYPS	2	0,1
154	Lerntypentest	2	0,1
155	SLS 5-8	2	0,1
156	TAP	2	0,1
157	Befragungen	1	0,1
158	Angaben aus psychologischen Gutachten der BA	1	0,1
159	Hilfe nach Maß	1	0,1
160	IHP	1	0,1
161	Förderplan	1	0,1
162	ICF	1	0,1

163	ADHS-Fragebogen	1	0,1
164	ADHS-E	1	0,1
165	ADS Allg. Depressionsskala	1	0,1
166	ADST	1	0,1
167	Advanced Progressive Matrices Raven Matrizen Test	1	0,1
168	AFS	1	0,1
169	Aktenanalyse	1	0,1
170	Analogien	1	0,1
171	Anamnese aus dem Programm: kognitives Training nach Stengl	1	0,1
172	AP, AB (Eigenentwicklung 1987 BBW internes Assessment, Zielgruppe:Vorbereitungsbereich)	1	0,1
173	Apraxie	1	0,1
174	ARA	1	0,1
175	Arbeitsanamnese (BTZ Köln)	1	0,1
176	Arbeitsbezogene Biografiearbeit	1	0,1
177	Arbeitsbezogene motorische Testung	1	0,1
178	Arbeitserprobung (im konkreten Tätigkeitsfeld)	1	0,1
179	Arbeitserprobung intern & extern	1	0,1
180	Arbeitspezifische Quali-Bausteine - geistig behinderte Menschen-	1	0,1
181	Assessment	1	0,1
182	Assessment Bereich Wohnen	1	0,1
183	Assessment für Erwachsene 2006	1	0,1
184	ASTR	1	0,1
185	Auftragsgutachten RPK, Gutachterliche Stellungnahme	1	0,1
186	BAS	1	0,1
187	Baumzeichnungen	1	0,1
188	Bearbeitung päd. Sachtexte AP Arbeitspädagogen	1	0,1
189	Bedarfsdiagnostik z.B. bei Lernproblemen	1	0,1
190	bEO	1	0,1
191	Berliner Entwicklungsbogen Reha-Jugendliche (BEB)	1	0,1
192	Berufseignungstest	1	0,1

163	Kukuk	1	0,1
164	Bildungskonferenz	1	0,1
165	Cogpack	1	0,1
166	CPM	1	0,1
167	ITP	1	0,1
168	KKA	1	0,1
169	Memo-Test	1	0,1
170	ADHS- Fragebogen	1	0,1
171	ADHS-E	1	0,1
172	ADS Allg. Depressionsskala	1	0,1
173	ADST	1	0,1
174	Advanced Progressive Matrices Raven Matrizen Test	1	0,1
175	AFS	1	0,1
176	AP, AB (Eigenentwicklung 1987 BBW internes Assessment, Zielgruppe:Vorbereitungsbereich)	1	0,1
177	Apraxie	1	0,1
178	ARA Abensberger Rechentest zur Feststellung der Ausbildungseignung	1	0,1
179	Assessment Bereich Wohnen	1	0,1
180	Assessment für Erwachsene 2006	1	0,1
181	Baumzeichnungen	1	0,1
182	Bedarfsdiagnostik z. B. bei Lernproblemen	1	0,1
183	Berliner Entwicklungsbogen Reha-Jugendliche (BEB)	1	0,1
184	BTS (Begabungstestsystem)	1	0,1
185	CBCL	1	0,1
186	Deutsch- Eignungstest Eigenentwicklung, 1991	1	0,1
187	Deutsch- Test, hausintern, ca. 2000, Vollausbildung	1	0,1
188	Deutsch- Test, hausintern, ca. 2000, Helferberufe	1	0,1
189	Deutschgrundlagen (DGT) Eigenentwicklung zur Feststellung Entwicklungsstand Kulturtechniken	1	0,1
190	DFT	1	0,1
191	DIPS (+weitere klinische Fragebögen) ->psychologischer Fachdienst	1	0,1
192	DRE 3	1	0,1

193	Berufskompass.at	1	0,1
194	Beurteilungsbogen "Arbeits- und Leistungsverhalten" (entwickelt für psychisch Behinderte)	1	0,1
195	Beurteilungsbogen des FFH für extramurale Belastungserprobungen seit 2009	1	0,1
196	Binnendifferenziert	1	0,1
197	BTS (Begabungstestsystem)	1	0,1
198	Budenberg (Menschen mit Lernbehinderung)	1	0,1
199	CBCL	1	0,1
200	Coachingsystem Integration Arbeitsmarkt - geistig behinderte Menschen-	1	0,1
201	DCS	1	0,1
202	Deutsch- Eignungstest Eigenentwicklung, 1991	1	0,1
203	Deutsch- Test, hausintern, ca 2000, Vollausbildung	1	0,1
204	Deutsch- Test, hausintern, ca. 2000, Helferberufe	1	0,1
205	Deutschgrundlagen (DGT) Eigenentwicklung zur Feststellung Entwicklungsstand Kulturtechniken	1	0,1
206	Deuschttest	1	0,1
207	DFT (Differentieller Fähigkeitstest)	1	0,1
208	Diagnostikbogen SMB (schwerst mehrfach Behinderter) ca. 2007 vom Fachverband Behindertenhilfe Diakonie	1	0,1
209	DIK II (Syntegral)	1	0,1
210	DIPS (+weitere klinische Fragebögen) ->psychologischer Fachdienst	1	0,1
211	diverse berufsbezogene Kenntnis-tests	1	0,1
212	diverse weitere Verfahren in Einzelfällen	1	0,1
213	DLM	1	0,1

193	EA, BvB (Eigenentwicklung 1987 BBW internes Assessment, Zielgruppe: Vorberuflicher Bereich)	1	0,1
194	Eine auf unsere Arbeitserfordernisse zugeschnittene Variante von Profil AC	1	0,1
195	Einschätzung der Entwicklung der berufl. Handlungskompetenz, 2000, Auszubildende	1	0,1
196	ergotherapeutische Diagnostik	1	0,1
197	Explorationsbogen soz.päd. Anamnese 2005	1	0,1
198	FEPAA	1	0,1
199	Feststellung Hörstatus	1	0,1
200	FKK	1	0,1
201	FLM 7-13	1	0,1
202	FLT (Form-Lege-Test)	1	0,1
203	Förderdiagnostik LRS/Legasthenie	1	0,1
204	Förderdiagnostik Rechenschwäche auf Basis Bamberger Dyskalkuliediagnostik+AFS	1	0,1
205	Frostig-Test	1	0,1
206	Heidelberger Rechentest (Untertests)	1	0,1
207	Homburger ADHS- Skalen für Erwachsene (HASE)	1	0,1
208	Hörtest	1	0,1
209	ICF orientierte Befunderhebung (Eigenentwicklung) berufspraktischer Kompetenzen im Verlauf von Feststellungsmaßnahmen (AP, BvB, EA)	1	0,1
210	ICF orientierte Befunderhebung (Eigenentwicklung) personaler, sozialer und lebenspraktischer Kompetenzen im Verlauf von Feststellungsverfahren (AP, BvB, EA)	1	0,1
211	ICF- Förderdiagnostik Start 2007	1	0,1
212	ICF-Entwicklungsbögen "Lernort Wohnen"	1	0,1
213	ICF-gestützte Leistungsplanung (eigene Liste)	1	0,1

214	Dokumentation der Bildungsbegleitung	1	0,1
215	DRE 3 (Diagnostischer Rechentest für 3. Klassen)	1	0,1
216	EA, BvB (Eigenentwicklung 1987 BBW internes Assessment, Zielgruppe: Vorberuflicher Bereich)	1	0,1
217	eigene Eingangstestung	1	0,1
218	eigene Kompetenzanalyse	1	0,1
219	eigene Selbst- und Fremdeinschätzungsbögen	1	0,1
220	Eigene Unterlagen nach Maßgabe der Kostenträger	1	0,1
221	Eigenentwicklung aktualisiert Nov. 2012	1	0,1
222	Eigenes Instrument in Anlehnung an Osnabrücker Arbeitsfähigkeitsprofil O-AFP und MELBA (2005)	1	0,1
223	Eine auf unsere Arbeitserfordernisse zugeschnittene Variante von Profil AC	1	0,1
224	Eingangs- und Orientierungsbereich	1	0,1
225	Eingangsverfahren	1	0,1
226	Eingliederungsplan (Reha 2002/WfbMg 2009)	1	0,1
227	Eingliederungsplan gem. HEGA	1	0,1
228	Einschätzung der Entwicklung der berufl. Handlungskompetenz, 2000, Auszubildende	1	0,1
229	Energiekreis (BTZ Köln)	1	0,1
230	ergotherapeutische Diagnostik	1	0,1
231	Ergotherapeutischer Test	1	0,1
232	Erhebungsbogen Übergang Schule-Beruf	1	0,1
233	Ertomis	1	0,1
234	ESI	1	0,1
235	Explorationsbogen soz.päd. Anamnese 2005	1	0,1
236	Fachdienstliche Stellungnahme	1	0,1
237	Fähigkeitsanalyse EV - geistig behinderte Menschen-	1	0,1
238	Fähigkeitsbeschreibung. Eigenentwicklung	1	0,1
239	FCE Verfahren	1	0,1

214	Interessentests	1	0,1
215	Interner Schultest 2002/ BvB+Rehausb.	1	0,1
216	IST-Screening	1	0,1
217	Kompetenzmerkmale IS+ Ausbildung/Schule/sozpäd/ 2011	1	0,1
218	Kompetenzmodule Schule-Berufseinstieg	1	0,1
219	Leipziger Modell (2005)	1	0,1
220	Lesen und Verstehen Westermann Serie D8/B	1	0,1
221	LGVT 6-12	1	0,1
222	Lückendiktat	1	0,1
223	Malen (Diagnostik u. Therapie)	1	0,1
224	Mann-Zeichen-Test	1	0,1
225	Mannheimer Intelligenztest	1	0,1
226	Mathe- Eignungstest Eigenentwicklung 1991	1	0,1
227	Mathe- Test, hausintern, ca 2000, Helferberufe	1	0,1
228	Mathe- Test, hausintern, ca 2000, Vollausbildung	1	0,1
229	Mathegrundlagen (MGT) Eigenentwicklung zur Feststellung Entwicklungsstand Kulturtechniken	1	0,1
230	Mini-Dips Interview bei psy. Störungen	1	0,1
231	MLS	1	0,1
232	MPT-J	1	0,1
233	NEO-PI-R	1	0,1
234	Neuroorthopädische Untersuchung	1	0,1
235	NVLT u. VLT (Non) verbaler Lern-test	1	0,1
236	Planungsaufgabe (Hirnleistungsdiagnostik)	1	0,1
237	praktische Arbeitsproben	1	0,1
238	Prozessanalyse nach definierten Standards	1	0,1
239	PSEU (Psychologische Eignungsun-	1	0,1

240	FDP	1	0,1
241	FEPA	1	0,1
242	Feststellung Hörstatus	1	0,1
243	FKK	1	0,1
244	FLM 7-13	1	0,1
245	FLT (Form-Lege-Test)	1	0,1
246	Förderdiagnostik LRS/Legasthenie	1	0,1
247	Förderdiagnostik Rechenschwäche auf Basis Bamberger Dyskalkuliediagnostik+AFS	1	0,1
248	Förderplanung SMART	1	0,1
249	Fragebogen individueller Lebensführung (FIL)	1	0,1
250	Frostig-Test	1	0,1
251	GAB seit 2002	1	0,1
252	GBM Verfahren nach dem BeB	1	0,1
253	gesunder Menschenverstand	1	0,1
254	Gießen- Test (GT) Personenkreis: psychische Erkrankungen	1	0,1
255	Gutachten Dritter	1	0,1
256	Hauseigenes Assessment	1	0,1
257	Heidelberger Rechentest (Untertests)	1	0,1
258	Hilfe nach Maß Eigenentwicklung, 2000	1	0,1
259	HiPro	1	0,1
260	Homburger ADHS- Skalen für Erwachsene (HASE)	1	0,1
261	Hörtest	1	0,1
262	ICF (Versuchsstadium)	1	0,1
263	ICF für den Bereich Schwerstmehrfachbehindert	1	0,1
264	ICF orientierte Befunderhebung (Eigenentwicklung) berufspraktischer Kompetenzen im Verlauf von Feststellungsmaßnahmen (AP, BvB, EA)	1	0,1
265	ICF orientierte Befunderhebung (Eigenentwicklung) personaler, sozialer und lebenspraktischer Kompetenzen im Verlauf von Feststellungsverfahren (AP, BvB, EA)	1	0,1
266	ICF- Förderdiagnostik Start 2007	1	0,1

	tersuchung)		
240	Psychol. Differentialdiagnostik	1	0,1
241	Psychol. Konzentrationstest	1	0,1
242	psychologische Testverfahren	1	0,1
243	Psychometrische Testungen	1	0,1
244	Räumliches Vorstellen	1	0,1
245	RBMT	1	0,1
246	Rechentest (intern)	1	0,1
247	Rechnen (Grund/Angewandt)	1	0,1
248	Rehapan AB	1	0,1
249	RT Sabeth 8+	1	0,1
250	Rupp-Wabentest	1	0,1
251	Sandspiel (Diagnostik + Therapie)	1	0,1
252	Saumschneide	1	0,1
253	Schulleistungstest	1	0,1
254	Sehtest	1	0,1
255	selbst entwickelter Rechentest, 2010, für Menschen mit Hör- und Sprachbehinderung	1	0,1
256	Selbstbeurteilungsbogen, Lernbehinderte, 2012	1	0,1
257	selbstentwickelter Englischtest für Menschen mit Hör- und Sprachbehinderung	1	0,1
258	selbstentwickelter Sprachtest für Menschen mit Hör- und Sprachbehinderung	1	0,1
259	SON-R 5 1/2- 17	1	0,1
260	Spezielle leitlinienorientierte ADHS-Diagnostik	1	0,1
261	Spezielle leitlinienorientierte Autismusdiagnostik	1	0,1
262	Sprachuntersuchung	1	0,1
263	TEACCH- Förderdiagnostik	1	0,1
264	Test "Logical Memory" (verbales Gedächtnis)	1	0,1
265	Testbatterie Psychol.- D (Parallelformen exist.) Testbatterie für hörgeschädigte Jugendliche.	1	0,1
266	Tests zur Eingangsdiagnostik	1	0,1

267	ICF-Core-Set	1	0,1
268	ICF-Core-Set Berufliche Reha	1	0,1
269	ICF-Core-Set RPK (eigene Anpassung an das Core Set von Herzogsägmühle)	1	0,1
270	ICF-Entwicklungsbögen "Lernort Wohnen"	1	0,1
271	ICF-gestützte Leistungsplanung (eigene Liste)	1	0,1
272	ICF-Reha-Planung (von Herzogsägmühle)	1	0,1
273	ICF-Screening icf:btz	1	0,1
274	individuelle Bedarfspläne	1	0,1
275	individuelle Förder- und Integrationsplanung	1	0,1
276	individuelle sachspezifische Rahmenpläne 2012	1	0,1
277	individuelle, praxisorientierte, z.T. situationsbezog. Feststellung des Unterstützungsbedarfes Personen mit Lern+ geistiger Behinderung	1	0,1
278	Individueller Eingliederungsplan	1	0,1
279	Individueller Eingliederungsplan EV/BBB	1	0,1
280	Individueller Förderplan basierend u. a. auf MELBA (BTZ DD- Entw.) seit 2006	1	0,1
281	INKA	1	0,1
282	Integrationsplan (Eigenentwicklg.) alle TN in der Ausbildung 2010	1	0,1
283	Intelligenztests	1	0,1
284	Interessentest (Selbstentwicklung 2011, für psychisch Behinderte)	1	0,1
285	Interessentests	1	0,1
286	Interne Eingangsdiagnostik (Überarbeitung 2012); Zielgruppe: geistige Behinderung; psych. Erkrankung	1	0,1
287	Interner Schultest 2002/ BvB+Rehausb.	1	0,1
288	internes Case-Management	1	0,1
289	Kenntnistest DV, Englisch (Eigenentwicklung: DV zuletzt aktualisiert 2012, Englisch ca. 2008)	1	0,1
290	KIM-Test	1	0,1
291	KOMBI-Bildungssystem für kompetenzorientierte berufliche Bildung (2008) für Menschen mit geistiger und seelischer Behinderung	1	0,1

267	theoretischer Eingangstest (BvB, Ausbildungsbeginn, Aufstiegsförderung)	1	0,1
268	TIPI	1	0,1
269	Turm von Hanoi	1	0,1
270	Überprüfung der kulturtechnischen Kompetenzen	1	0,1
271	Verständiges Lesen	1	0,1
272	Visueller- und verbaler Merkfähigkeitstest (VVM)	1	0,1
273	Werkprofile	1	0,1
274	Wörl (aktual. Version bbw Bremen 2006)	1	0,1
275	Wortliste	1	0,1
276	Wortschatztest (WS-R)	1	0,1
277	WRT 6+	1	0,1
278	YSR	1	0,1
279	Zahlenfolgentest (ZF- R)	1	0,1
280	ZAREKI	1	0,1
281	Zürcher Lesetest (ZLT)	1	0,1
282	Arbeitsbezogene Biografiearbeit	1	0,0
283	ASTR	1	0,0
284	bEO (Hamburger Arbeitsassistentz)	1	0,0
285	Beratungen	1	0,0
286	Eigene Unterlagen nach Maßgabe der Kostenträger	1	0,0
287	Eigenentwicklung aktualisiert Nov. 2012	1	0,0
288	Erhebungsbogen Übergang Schule-Beruf	1	0,0
289	Fachdienstliche Stellungnahme	1	0,0
290	gesunder Menschenverstand	1	0,0
291	ICF (Versuchsstadium)	1	0,0

292	Kompetenzanalyse (Eigenentwicklung)	1	0,1
293	Kompetenzanalyse (Reha 2003/alle WfbM 2011)	1	0,1
294	Kompetenzanalyse EV/ BBB	1	0,1
295	Kompetenzanalyse u. Förderplanung - geistig behinderte Menschen-	1	0,1
296	Kompetenzanalysebogen	1	0,1
297	Kompetenzbewertungsbögen	1	0,1
298	Kompetenzcheck für das Eingangsverfahren (eigen)	1	0,1
299	Kompetenzmerkmale IS+ Ausbildung/Schule/sozpäd/ 2011	1	0,1
300	Kompetenzmodule Schule-Berufseinstieg	1	0,1
301	Kompetenzprofil Absolventen (Eigenentwicklung 2010)	1	0,1
302	Konzentrationstests	1	0,1
303	Kreisbild Arbeit (BTZ Köln)	1	0,1
304	KT RS/R	1	0,1
305	Kurz+Langzeitpraktika	1	0,1
306	langjährige Berufserfahrung	1	0,1
307	Leipziger Modell (2005)	1	0,1
308	Lernmodule/Tests	1	0,1
309	Lesen und Verstehen Westermann Serie D8/B	1	0,1
310	LFP	1	0,1
311	LGVT 6-12	1	0,1
312	Lückendiktat	1	0,1
313	Malen (Diagnostik u. Therapie)	1	0,1
314	Mann-Zeichen-Test	1	0,1
315	Mannheimer Intelligenztest	1	0,1
316	Mannheimer Rechtschreibtest (MRT)	1	0,1
317	MAST Test	1	0,1

292	individuelle, praxisorientierte, z.T. situationsbezog. Feststellung des Unterstützungsbedarfes Personen mit Lern+ geistiger Behinderung	1	0,0
293	Kurz+Langzeitpraktika	1	0,0
294	langjährige Berufserfahrung	1	0,0
295	Pleggt (Erfassung aller Klienten außerhalb Klifd (Verfahren)) seit 2012	1	0,0
296	Profilbogen	1	0,0
297	Profilbogen (Schüler BI)	1	0,0
298	Standard Anamnesebogen	1	0,0
299	Stellungnahme	1	0,0
300	(S)-PAC (Progressiv Assesment Chart); Dr. Günzburg. Personenkreis: schwerst- mehrfach behinderte Menschen	0	0,0
301	Aapep	0	0,0
302	ABB	0	0,0
303	Anamnese aus dem Programm: kognitives Training nach Stengl	0	0,0
304	Arbeitsbezogene motorische Testung	0	0,0
305	Arbeitserprobung (im konkreten Tätigkeitsfeld)	0	0,0
306	Arbeitserprobung intern & extern	0	0,0
307	Arbeitspezifische Quali- Bausteine - geistig behinderte Menschen-	0	0,0
308	Assessment	0	0,0
309	Beurteilungsbogen "Arbeits-und Leistungsverhalten" (entwickelt für psychisch Behinderte)	0	0,0
310	Binnendifferenziert	0	0,0
311	Budenberg (Menschen mit Lernbehinderung)	0	0,0
312	Coachingsystem Integration Arbeitsmarkt - geistig behinderte Menschen-	0	0,0
313	Deutschtest	0	0,0
314	Diagnostikbogen SMB (schwerst mehrfach Behinderter) ca. 2007 vom Fachverband Behindertenhilfe Diakonie	0	0,0
315	DIK II (Syntegral)	0	0,0
316	DLM	0	0,0
317	Dokumentation der Bildungsbeglei-	0	0,0

318	Mathe- Eignungstest Eigenentwicklung 1991	1	0,1
319	Mathe- Test, hausintern, ca 2000, Helferberufe	1	0,1
320	Mathe- Test, hausintern, ca 2000, Vollausbildung	1	0,1
321	Mathe-Test	1	0,1
322	Mathegrundlagen (MGT) Eigenentwicklung zur Feststellung Entwicklungsstand Kulturtechniken	1	0,1
323	MEB (seit 2002) Modulares Entwicklungssystem für Beschäftigte	1	0,1
324	Mini-Dips Interview bei psy. Störungen	1	0,1
325	MIT- Modularisierte ICF basierte Hilfeplanung- 2009 in wissenschaft. Begleitung der CAU Kiel entwickelt- wir arbeiten mit am Praxisleitfaden der BAR	1	0,1
326	MLS	1	0,1
327	Modell der binnendifferenzierten beruflichen Bildung (Stufenmodell)	1	0,1
328	MPT-J	1	0,1
329	MTP (Mathematisch-Technisch-Physikalischer Test)	1	0,1
330	Multi-Motiv-Gitter (MMG)	1	0,1
331	NEO-FFI	1	0,1
332	NEO-PI-R	1	0,1
333	Neuroorthopädische Untersuchung	1	0,1
334	Neuropädagogische Diagnostik	1	0,1
335	Neuropsychologische Diagnostik	1	0,1
336	Nosper Fragebogen 2009	1	0,1
337	NVLT u. VLT (Non) verbaler Lern-test	1	0,1
338	PAC	1	0,1
339	Planungsaufgabe (Hirnleistungsdiagnostik)	1	0,1
340	Pleggt (Erfassung aller Klienten außerhalb Klifd (Verfahren)) seit 2012	1	0,1
341	Praktikumsbeurteilung (Eigenentwicklung 2010)	1	0,1
342	praktische Arbeitsproben	1	0,1
343	Profilbogen	1	0,1

	tung		
318	eigene Eingangstestung	0	0,0
319	eigene Kompetenzanalyse	0	0,0
320	Eingangs- und Orientierungsbereich	0	0,0
321	Eingangsverfahren	0	0,0
322	Eingliederungsplan (Reha 2002/WfbMg 2009)	0	0,0
323	Eingliederungsplan gem. HEGA	0	0,0
324	Ergotherapeutischer Test	0	0,0
325	Fähigkeitsanalyse EV - geistig behinderte Menschen-	0	0,0
326	Fähigkeitsbeschreibung. Eigenentwicklung	0	0,0
327	FDP Förderdiagnose- und -plan (Eigenentwicklungen je Feld ca. 80 verschiedene Pläne)	0	0,0
328	Förderplanung SMART	0	0,0
329	Fragebogen individueller Lebensführung (FIL)	0	0,0
330	GAB seit 2002	0	0,0
331	GBM Verfahren nach dem BeB	0	0,0
332	Gesamtplanverfahren	0	0,0
333	Gießen- Test (GT) Personenkreis: psychische Erkrankungen	0	0,0
334	Gutachten Dritter	0	0,0
335	Hauseigenes Assessment	0	0,0
336	Hilfe nach Maß Eigenentwicklung, 2000	0	0,0
337	ICF für den Bereich Schwerstmehrfachbehindert	0	0,0
338	individuelle Bedarfspläne	0	0,0
339	individuelle sachspezifische Rahmenpläne 2012	0	0,0
340	Individueller Eingliederungsplan	0	0,0
341	Individueller Eingliederungsplan EV/ BBB	0	0,0
342	Interessentest (Selbstentwicklung 2011, für psychisch Behinderte)	0	0,0
343	Interne Eingangsdiagnostik (Überarbeitung 2012); Zielgruppe: geisti-	0	0,0

344	Profilbogen (Schüler BI)	1	0,1
345	prognostische Stellungnahmen	1	0,1
346	Prozessanalyse nach definierten Standards	1	0,1
347	Prozessprofilung (Eigenentwicklg.) alle TN in der Ausbildung 2010	1	0,1
348	PSEU (Psychologische Eignungsuntersuchung)	1	0,1
349	Psychol. Differentialdiagnostik	1	0,1
350	Psychol. Konzentrationstest	1	0,1
351	psychologische Testverfahren	1	0,1
352	Psychometrische Testungen	1	0,1
353	PTV	1	0,1
354	PZG (Persönliches Zukunftsgespräch)	1	0,1
355	Rahmenbedingungen (BTZ Köln)	1	0,1
356	Räumliches Vorstellen	1	0,1
357	RBMT	1	0,1
358	Rechentest (intern)	1	0,1
359	Rechnen (Grund/Angewandt)	1	0,1
360	Reha-Planung seit ca. 8Jahren ICF-basiert	1	0,1
361	Rehaplan AB	1	0,1
362	RT Sabeth 8+	1	0,1
363	Rupp-Wabentest	1	0,1
364	SAF	1	0,1
365	Sandspiel (Diagnostik + Therapie)	1	0,1
366	Saumschneide	1	0,1
367	SBT (Stressbewältigungstraining)	1	0,1
368	Schulleistungstest	1	0,1
369	Sehtest	1	0,1
370	selbst entwickelter Rechentest, 2010, für Menschen mit Hör- und	1	0,1

	ge Behinderung; psych. Erkrankung		
344	KIM-Test	0	0,0
345	KOMBI-Bildungssystem für kompetenzorientierte berufliche Bildung (2008) für Menschen mit geistiger und seelischer Behinderung	0	0,0
346	Kompetenzanalyse	0	0,0
347	Kompetenzanalyse (Eigenentwicklung)	0	0,0
348	Kompetenzanalyse (Reha 2003/alle WfbM 2011)	0	0,0
349	Kompetenzanalyse EV/ BBB	0	0,0
350	Kompetenzanalyse u. Förderplanung - geistig behinderte Menschen-	0	0,0
351	Kompetenzanalysebogen	0	0,0
352	Kompetenzcheck für das Eingangsverfahren (eigen)	0	0,0
353	Lernmodule/Tests	0	0,0
354	MAST Test	0	0,0
355	MEB (seit 2002) Modulares Entwicklungssystem für Beschäftigte	0	0,0
356	MIT- Modularisierte ICF basierte Hilfeplanung- 2009 in wissenschaftl. Begleitung der CAU Kiel entwickelt- wir arbeiten mit am Praxisleitfaden der BAR	0	0,0
357	Modell der binnendifferenzierten beruflichen Bildung (Stufenmodell)	0	0,0
358	PZG (Persönliches Zukunftsgespräch)	0	0,0
359	SBT (Stressbewältigungstraining)	0	0,0
360	Selbst- und Fremdeinschätzung	0	0,0
361	Selbst- und Fremdeinschätzung (Eingliederungsplan, Hilfeplan, Bildungsplan)	0	0,0
362	Sozialbericht	0	0,0
363	standardisierte Analyse (2003)	0	0,0
364	standardisierte Berichtslegung an Leistungsträger	0	0,0
365	STEVE 2012 BBB/ EV	0	0,0
366	Systematische Arbeitsproben	0	0,0
367	systematische Bedarfsanalyse	0	0,0
368	Tätigkeitsprofile	0	0,0
369	Testverfahren analog Durchführungskonzept EV	0	0,0
370	THP	0	0,0

	Sprachbehinderung		
371	Selbst- und Fremdeinschätzung	1	0,1
372	Selbst- und Fremdeinschätzung (Eingliederungsplan, Hilfeplan, Bildungsplan)	1	0,1
373	Selbstbeurteilungsbogen, Lernbehinderte, 2012	1	0,1
374	Selbsteinschätzung/Fremdeinschätzung (BTZ Köln)	1	0,1
375	Selbsteinschätzungsbogen zu Arbeitsfähigkeiten (2007)	1	0,1
376	Selbstentwickelte ACs	1	0,1
377	selbstentwickelter Englischtest für Menschen mit Hör- und Sprachbehinderung	1	0,1
378	selbstentwickelter Sprachtest für Menschen mit Hör- und Sprachbehinderung	1	0,1
379	SIMBO	1	0,1
380	SON-R 5 1/2- 17	1	0,1
381	Sozialbericht	1	0,1
382	Soziales Atom (BTZ Köln)	1	0,1
383	Spezielle leitlinienorientierte ADHS-Diagnostik	1	0,1
384	Spezielle leitlinienorientierte Autismusdiagnostik	1	0,1
385	spezifische, eigene Tests zur Erhebung berufsspezifischer Kenntnisse	1	0,1
386	Sprachuntersuchung	1	0,1
387	Standard Anamnesebogen	1	0,1
388	standardisierte Analyse (2003)	1	0,1
389	standardisierte Berichtslegung an Leistungsträger	1	0,1
390	Standortanalyse(beruflich)	1	0,1
391	Stellungnahme	1	0,1
392	STEVE 2012 BBB/ EV	1	0,1
393	SWN	1	0,1
394	Systematische Arbeitsproben	1	0,1
395	systematische Bedarfsanalyse	1	0,1
396	Tätigkeitsprofile	1	0,1
397	TEACCH-Förderdiagnostik	1	0,1
398	Test "Logical Memory" (verbales Gedächtnis)	1	0,1
399	Testbatterie Psychol.- D (Parallelformen exist.)Testbatterie für hörgeschädigte Jugendliche.	1	0,1
400	Tests zur Eingangsdiagnostik	1	0,1

371	TMS	0	0,0
372	TPF (Trierer Persönlichkeitsfragebogen)	0	0,0
373	Trägerinterner Verlaufsbericht (seit 2010)	0	0,0
374	TSS	0	0,0
375	Vermittlungsgruppe	0	0,0
376	Wismarer Kompetenzanalyse 2011	0	0,0
	Gesamt	1140	100,0

401	Testverfahren analog Durchführungskonzept EV	1	0,1
402	theoretischer Eingangstest (BvB, Ausbildungsbeginn, Aufstiegsförderung)	1	0,1
403	THP	1	0,1
404	TIPi	1	0,1
405	TL-D	1	0,1
406	TMS	1	0,1
407	TPF	1	0,1
408	Trägerinterner Verlaufsbericht (seit 2010)	1	0,1
409	TSS	1	0,1
410	TÜLUC	1	0,1
411	Turm von Hanoi	1	0,1
412	Überprüfung der kulturtechnischen Kompetenzen	1	0,1
413	Vermittlungsgruppe	1	0,1
414	Verständiges Lesen	1	0,1
415	Visueller- und verbaler Merkfähigkeitstest (VVM)	1	0,1
416	Vorbefunde	1	0,1
417	WCST	1	0,1
418	Werkprofile	1	0,1
419	Wismarer Kompetenzanalyse 2011	1	0,1
420	WMT/WMT-2	1	0,1
421	Wörl	1	0,1
422	Wortliste	1	0,1
423	Wortschatz-Test	1	0,1
424	Wortschatztest (WS-R)	1	0,1
425	WRT 6+	1	0,1
426	YSR	1	0,1
427	Zahlenfolgentest (ZF- R)	1	0,1
428	ZAREKI	1	0,1
429	Zürcher Lesetest (ZLT)	1	0,1
	Gesamt	1002	100,0

Anlage VIII: Gesamtliste der von Leistungserbringern benannten Verfahren/Instrumenten, zu denen Informationen zum jeweiligen Einsatzkontext mitgeteilt wurden

Tabelle 17: Gesamt-Verfahrensliste der LE (inklusive prozessorientierter Verfahren)

		Häufigkeit	Prozent
1	HAMET	83	9,1
2	MELBA	79	8,6
3	d2/d2-R	39	4,3
4	I-S-T 2000/I-S-T 2000 R	34	3,7
5	AVEM	23	2,5
6	Prozessprofiling	23	2,5
7	CFT 20R mit WS/ZF-R	19	2,1
8	SCL-90/SCL-90 R	19	2,0
9	WIE	17	1,9
10	LPS	16	1,7
11	BDI/BDI-II	13	1,4
12	WIT/WIT-2	12	1,3
13	ABAT/ABAT-R	11	1,2
14	MTVT	10	1,1
15	Profil AC	10	1,1
16	Gespräche	9	1,0
17	IMBA	9	0,9
18	SPM	9	0,9
19	BRT	8	0,9
20	FRT	8	0,9
21	FPI-R	8	0,9
22	EXPLORIX	7	0,8
23	ZVT	7	0,8
24	IDA	7	0,8
25	KVT	7	0,7
26	Ärztliche Untersuchung/ Begutachtung	6	0,7
27	BvB-Maßnahme	6	0,7
28	FAIR/FAIR-2	6	0,7
29	Berufseignungstest	6	0,6
30	BIP	5	0,6
31	LGT 3	5	0,6
32	RT	5	0,6
33	KLT-R 6-13	5	0,5
34	VISAB	5	0,5
35	HAWIE/HAWIE-R	5	0,5
36	MWT	5	0,5
37	Reha-Management	4	0,5
38	ICF-Checkliste (WHO)	4	0,5
39	BT	4	0,4
40	WTB	4	0,4
41	SKT	4	0,4
42	Beurteilungsbogen des FFH für extramurale Belastungserprobungen seit 2009	4	0,4
43	internes Case-Management	4	0,4
44	Neuropädagogische Diagnostik	4	0,4
45	Neuropsychologische Diagnostik	4	0,4
46	SIMBO	4	0,4
47	Würzburger Screening	4	0,4
48	Kassys	4	0,4
49	Mini-ICF-APP	4	0,4
50	DRT	4	0,4
51	Karlsruher Profilverfahren	4	0,4
52	BET	3	0,4

53	BIT II	3	0,4
54	HMB-W/-T	3	0,4
55	SKID-II	3	0,4
56	ATBG	3	0,3
57	PSB-R 6-13	3	0,3
58	allgemeine Testverfahren	3	0,3
59	Arbeitsanamnese (BTZ Köln)	3	0,3
60	Energiekreis (BTZ Köln)	3	0,3
61	Genogramm	3	0,3
62	Individueller Förderplan basierend u. a. auf MELBA (BTZ DD- Entw.) seit 2006	3	0,3
63	Kreisbild Arbeit (BTZ Köln)	3	0,3
64	Rahmenbedingungen (BTZ Köln)	3	0,3
65	Selbsteinschätzung /Fremdeinschätzung (BTZ Köln)	3	0,3
66	Soziales Atom (BTZ Köln)	3	0,3
67	Testverfahren	3	0,3
68	PSSI	3	0,3
69	Analogien	2	0,3
70	BAS	2	0,3
71	Bearbeitung math. Sachtexte-> Auswahlverfahren Heilpraktiker	2	0,3
72	diverse berufsbezogene Kenntnis-tests	2	0,3
73	ERGOS	2	0,3
74	FCE-Verfahren	2	0,3
75	HADS-D	2	0,3
76	ICF-Core-Set Berufliche Reha	2	0,3
77	Integrationsplan (Eigenentwicklg.) alle TN in der Ausbildung 2010	2	0,3
78	Kenntnistest DV, Englisch (Eigenentwicklung: DV zuletzt aktualisiert 2012, Englisch ca. 2008)	2	0,3
79	Kompetenzprofil Absolventen (Eigenentwicklung 2010)	2	0,3
80	KT RS/R	2	0,3
81	Mannheimer Rechtschreibtest (MRT)	2	0,3
82	Multi-Motiv-Gitter (MMG)	2	0,3
83	NEO-FFI	2	0,3
84	PAC	2	0,3
85	Praktikumsbeurteilung (Eigenentwicklung 2010)	2	0,3
86	Prozessprofiling (Eigenentwicklg.) alle TN in der Ausbildung 2010	2	0,3
87	Rechtschreibtest	2	0,3
88	RST	2	0,3
89	RST/RST-NRR	2	0,3
90	TÜLUC	2	0,3
91	WMT/WMT-2	2	0,3
92	Arbeitserprobung	2	0,2
93	Mathetest	2	0,2
94	Beobachtung	2	0,2
95	PZP	2	0,2
96	Entwicklungsstand/-bericht	2	0,2
97	AIST/AIST-R	2	0,2
98	Beton-Test	2	0,2
99	HSP 5-9	2	0,2
100	16 PF-Persönlichkeitsfragebogen	2	0,2
101	Arbeitspädagogisches Beurteilungsbogen ABB	2	0,2
102	diverse weitere Verfahren in Einzelfällen	2	0,2
103	Eigenes Instrument in Anlehnung an Osnabrücker Arbeitsfähigkeitsprofil O-AFP und MELBA (2005)	2	0,2
104	ESI	2	0,2
105	HiPro	2	0,2
106	ICF-Core-Set	2	0,2
107	ICF-Core-Set RPK	2	0,2
108	ICF-Core-Set RPK (eigene Anpassung an das Core Set von Her-	2	0,2

	zogsägmühle)		
109	ICF-Reha-Planung (von Herzogsägmühle)	2	0,2
110	individuelle Förder- und Integrationsplan	2	0,2
111	Nosper Fragebogen 2009	2	0,2
112	Praktika extern	2	0,2
113	Rechentest	2	0,2
114	SAF	2	0,2
115	Standortanalyse (beruflich)	2	0,2
116	Vermittlungsmanagement	2	0,2
117	WCST	2	0,2
118	Klifd	2	0,2
119	Profilpass	2	0,2
120	Lerntypentest	2	0,2
121	SLS 5-8	2	0,2
122	TAP	2	0,2
123	ICF	2	0,2
124	Befragungen	1	0,2
125	Hilfe nach Maß	1	0,2
126	IHP	1	0,1
127	ITP	1	0,1
128	Förderplan	1	0,1
129	bEO	1	0,1
130	Kukuk	1	0,1
131	Cogpack	1	0,1
132	CPM	1	0,1
133	Eingliederungsplan	1	0,1
134	IBRP	1	0,1
135	KKA	1	0,1
136	Memo-Test	1	0,1
137	ZERA	1	0,1
138	ADHS-E	1	0,1
139	ADS Allg. Depressionsskala	1	0,1
140	Advanced Progressive Matrices Raven Matrizen Test	1	0,1
141	AE/EA Beurteilungsbogen Ausbildung	1	0,1
142	AE/EA Beurteilungsbogen Wohnen	1	0,1
143	Anamnese (strukturiertes Interview)	1	0,1
144	AP, AB (Eigenentwicklung 1987 BBW internes Assessment, Zielgruppe:Vorberuflicher Bereich)	1	0,1
145	Apraxie	1	0,1
146	ARA Abensberger Rechentest zur Feststellung der Ausbildungseignung	1	0,1
147	Assessment Bereich Wohnen	1	0,1
148	Assessment für Erwachsene 2006	1	0,1
149	Ausbildungspass	1	0,1
150	AZUBI-BK	1	0,1
151	Baumzeichnungen	1	0,1
152	Bedarfsdiagnostik z. B. bei Lernproblemen	1	0,1
153	Beobachtungen/Einschätzungen aus dem Wohnbereich	1	0,1
154	Berliner Entwicklungsbogen Reha-Jugendliche (BEB)	1	0,1
155	BSI	1	0,1
156	BTS (Begabungstestsystem)	1	0,1
157	CBCL	1	0,1
158	Deutsch- Eignungstest Eigenentwicklung, 1991	1	0,1
159	Deutsch- Test, hausintern, ca 2000, Vollausbildung	1	0,1
160	Deutsch- Test, hausintern, ca. 2000, Helferberufe	1	0,1
161	DFT (Differentieller Fähigkeitstest)	1	0,1
162	DISYPS	1	0,1
163	DRE 3	1	0,1
164	EA, BvB (Eigenentwicklung 1987 BBW internes Assessment, Ziel-	1	0,1

	gruppe: Vorberuflicher Bereich)		
165	Eine auf unsere Arbeitserfordernisse zugeschnittene Variante von Profil AC	1	0,1
166	Einschätzung der Entwicklung der berufl. Handlungskompetenz, 2000, Auszubildende	1	0,1
167	ergotherapeutische Diagnostik	1	0,1
168	Explorationsbogen soz.päd. Anamnese 2005	1	0,1
169	FEPA	1	0,1
170	Feststellung Hörstatus	1	0,1
171	FKK	1	0,1
172	FLM 7-13	1	0,1
173	FLT (Form-Lege-Test)	1	0,1
174	Förderdiagnostik LRS/Legasthenie	1	0,1
175	Förderdiagnostik Rechenschwäche auf Basis Bamberger Dyskalkuliediagnostik+AFS	1	0,1
176	Fragebogen zur qualitativen Erfassung der arbeitsprakt. Fähigkeiten	1	0,1
177	Frostig-Test	1	0,1
178	Heidelberger Rechentest (Untertests)	1	0,1
179	Homburger ADHS-Skalen für Erwachsene (HASE)	1	0,1
180	Hörtest	1	0,1
181	ICF- Förderdiagnostik Start 2007	1	0,1
182	ICF-Entwicklungsbögen "Lernort Wohnen"	1	0,1
183	ICF-gestützte Leistungsplanung (eigene Liste)	1	0,1
184	Interessentests	1	0,1
185	Interner Schultest 2002/ BvB+Rehausb.	1	0,1
186	IST-Screening	1	0,1
187	Integrationsbögen Integrationsplan	1	0,1
188	klinische Verfahren (Fragebögen)	1	0,1
189	Kompetenzmerkmale IS+ Reha	1	0,1
190	Kompetenzmodule Schule Berufseinstieg	1	0,1
191	Leipziger Modell (2005)	1	0,1
192	Lernfeldpass	1	0,1
193	LGVT 6-12	1	0,1
194	Lückendiktat	1	0,1
195	Mann-Zeichen-Test	1	0,1
196	Mannheimer Intelligenztest	1	0,1
197	Mathe- Eignungstest Eigenentwicklung 1991	1	0,1
198	Mathe- Test, hausintern, ca 2000, Helferberufe	1	0,1
199	Mathe- Test, hausintern, ca 2000, Vollausbildung	1	0,1
200	Mini-Dips Interview bei psy. Störungen	1	0,1
201	MPT-J	1	0,1
202	NEO-PI-R	1	0,1
203	Neuroorthopädische Untersuchung	1	0,1
204	Planungsaufgabe (Hirnleistungsdiagnostik)	1	0,1
205	Praktikumsbeurteilung	1	0,1
206	praktische Arbeitsproben	1	0,1
207	Prozessanalyse nach definierten Standards	1	0,1
208	PSEU (Psychologische Eignungsuntersuchung)	1	0,1
209	Psychol. Differentialdiagnostik	1	0,1
210	Psychol. Konzentrationstest	1	0,1
211	psychologische Testverfahren	1	0,1
212	Psychometrische Testungen	1	0,1
213	RBMT	1	0,1
214	Rechnen (Grund/Angewandt)	1	0,1
215	Rehaplan AB	1	0,1
216	RST-Kurzform	1	0,1

217	RT 9+	1	0,1
218	RT Sabeth 8+	1	0,1
219	Rupp-Wabentest	1	0,1
220	Saumschneide	1	0,1
221	Schulleistungstest	1	0,1
222	Sehtest	1	0,1
223	selbst entwickelter Rechentest, 2010, für Menschen mit Hör- und Sprachbehinderung	1	0,1
224	Selbst-, und Fremdbeurteilungsbögen aus den Bereichen Ausbildung und Wohnen	1	0,1
225	Selbstbeurteilungsbogen, Lernbehinderte, 2012	1	0,1
226	selbstentwickelter Englischtest für Menschen mit Hör- und Sprachbehinderung	1	0,1
227	selbstentwickelter Sprachtest für Menschen mit Hör- und Sprachbehinderung	1	0,1
228	SON-R 5 1/2- 17	1	0,1
229	Spezielle leitlinienorientierte ADHS-Diagnostik	1	0,1
230	Spezielle leitlinienorientierte Autismusdiagnostik	1	0,1
231	Sprachuntersuchung	1	0,1
232	TEACCH- Förderdiagnostik	1	0,1
233	Test "Logical Memory" (verbales Gedächtnis)	1	0,1
234	Testbatterie Psychol.- D (Parallelformen exist.)Testbatterie für hörgeschädigte Jugendliche.	1	0,1
235	Tests zur Eingangsdiagnostik	1	0,1
236	theoretischer Eingangstest (BvB, Ausbildungsbeginn, Aufstiegsförderung)	1	0,1
237	Turm von Hanoi	1	0,1
238	Überprüfung der kulturtechnischen Kompetenzen	1	0,1
239	Verständiges Lesen	1	0,1
240	Visueller- und verbaler Merkfähigkeitstest (VVM)	1	0,1
241	Werkprofile	1	0,1
242	Wörl (aktual. Version bbw Bremen 2006)	1	0,1
243	Wortliste	1	0,1
244	Wortschatztest (WS-R)	1	0,1
245	YSR	1	0,1
246	Zahlenfolgentest (ZF- R)	1	0,1
247	ZAREKI	1	0,1
248	Zürcher Lesetest (ZLT)	1	0,1
249	Angaben aus psychologischen Gutachten der BA	1	0,1
250	Arbeitsbezogene Biografiearbeit	1	0,1
251	ASTR	1	0,1
252	Eigene Unterlagen nach Maßgabe der Kostenträger	1	0,1
253	Eigenentwicklung aktualisiert Nov. 2012	1	0,1
254	Erhebungsbogen Übergang Schule-Beruf	1	0,1
255	Fachdienstliche Stellungnahme	1	0,1
256	Fallkonferenz ("Runder Tisch")	1	0,1
257	ICF (Versuchsstadium)	1	0,1
258	individuelle, praxisorientierte, z.T. situationsbezog. Feststellung des Unterstützungsbedarfes Personen mit Lern+ geistiger Behinderung	1	0,1
259	Kurz+Langzeitpraktika	1	0,1
260	Profilbogen	1	0,1
261	Profilbogen (Schüler BI)	1	0,1
262	Reflecting Team	1	0,1
263	Reha-Entlassberichte die wir in der Regel über Klient einholen (Leistungsbild)	1	0,1

264	Stellungnahme	1	0,1
265	Systemische Beratungsgespräche	1	0,1
266	Themenbezogene Gruppenangebote	1	0,1
267	(S)-PAC	0	0,0
268	Aapep	0	0,0
269	ABB	0	0,0
270	Anamnese aus dem Programm: Kognitives Training nach Stengl	0	0,0
271	Anamnesebogen (nur Reha)	0	0,0
272	Arbeitsbezogene motorische Testung	0	0,0
273	Arbeitserprobung (im konkreten Tätigkeitsfeld)	0	0,0
274	Arbeitspezifische Quali-Bausteine - geistig behinderte Menschen-	0	0,0
275	Beurteilungsbogen "Arbeits- und Leistungsverhalten" (entwickelt für psychisch Behinderte)	0	0,0
276	Bildungskonferenz (2009)/ Rehagespräch (2011)	0	0,0
277	Budenberg (Menschen mit Lernbehinderung)	0	0,0
278	Coachingsystem Integration Arbeitsmarkt - geistig behinderte Menschen-	0	0,0
279	Deutschtest	0	0,0
280	Diagnostikbogen SMB (schwerst mehrfach Behinderter) ca. 2007 vom Fachverband Behindertenhilfe Diakonie	0	0,0
281	DIK II (Syntegral)	0	0,0
282	DLM	0	0,0
283	eigene Eingangstestung	0	0,0
284	eigene Kompetenzanalyse	0	0,0
285	Eingangs- und Orientierungsbereich	0	0,0
286	Eingliederungsplan (Reha 2002/WfbMg 2009)	0	0,0
287	Eingliederungsplanung gem. HEGA	0	0,0
288	Ergotherapeutischer Test	0	0,0
289	Fachtheoretische Bildungseinheiten	0	0,0
290	Fähigkeitsanalyse EV - geistig behinderte Menschen-	0	0,0
291	Fähigkeitsbeschreibung. Eigenentwicklung	0	0,0
292	FDP Förderdiagnose- und -plan (Eigenentwicklungen je Feld ca. 80 verschiedene Pläne)	0	0,0
293	Förderplanung SMART	0	0,0
294	Fragebogen individueller Lebensführung (FIL)	0	0,0
295	GAB seit 2002	0	0,0
296	GBM Verfahren nach dem BeB	0	0,0
297	Gesamtplanverfahren	0	0,0
298	Gießen- Test (GT) Personenkreis: psychische Erkrankungen	0	0,0
299	Hauseigenes Assessment	0	0,0
300	Hilfe nach Maß Eigenentwicklung, 2000	0	0,0
301	Individueller Eingliederungsplan	0	0,0
302	Individueller Eingliederungsplan EV/ BBB	0	0,0
303	Interessentest (Selbstentwicklung 2011, für psychisch Behinderte)	0	0,0
304	intern entwickelte Kompetenzanalyse	0	0,0
305	Interne Eingangsdiagnostik (Überarbeitung 2012); Zielgruppe: geistige Behinderung; psych. Erkrankung	0	0,0
306	ISK	0	0,0
307	KIM-Test	0	0,0
308	KOMBI-Bildungssystem für kompetenzorientierte berufliche Bildung (2008) für Menschen mit geistiger und seelischer Behinderung	0	0,0
309	Kompetenzanalyse	0	0,0

310	Kompetenzanalyse (Eigenentwicklung)	0	0,0
311	Kompetenzanalyse (Reha 2003/alle WfbM 2011)	0	0,0
312	Kompetenzanalyse EV/ BBB	0	0,0
313	Kompetenzanalysebogen	0	0,0
314	Kompetenzanalysen und Förderplanung - geistig behinderte Menschen- in 4 Stufe	0	0,0
315	Lebenspraktische Bildungseinheiten	0	0,0
316	MAST Test	0	0,0
317	MIT-Modularisierte ICF basierte Hilfeplanung- 2009 in wissenschaftl. Begleitung der CAU Kiel entwickelt- wir arbeiten mit am Praxisleitfaden der BAR	0	0,0
318	Modell der binnendifferenzierten beruflichen Bildung (Stufenmodell)	0	0,0
319	neuropsychologische Testbatterie	0	0,0
320	O-AFP	0	0,0
321	PACT	0	0,0
322	Praktika auf allgemeinen Arbeitsmarkt	0	0,0
323	Praktika im Arbeitsbereich für Schüler von Förderschulen	0	0,0
324	Praktika im Arbeitsbereich WfbM (für Teilnehmer Berufsbildungsbereich)	0	0,0
325	PZG (Persönliches Zukunftsgespräch)	0	0,0
326	SBT (Stressbewältigungstraining)	0	0,0
327	Selbst- und Fremdeinschätzung (Eingliederungsplan, Hilfeplan, Bildungsplan) 2004	0	0,0
328	Selbst- und Fremdeinschätzung	0	0,0
329	Sozialbericht	0	0,0
330	standardisierte Berichtslegung an Leistungsträger	0	0,0
331	STEVE 2012 BBB/ EV	0	0,0
332	Systematische Arbeitsproben	0	0,0
333	Testverfahren zur Eignungsabklärung EV (analog Durchführungskonzept EV)	0	0,0
334	THP	0	0,0
335	TMS	0	0,0
336	TPF	0	0,0
337	Trägerinterner Verlaufsbericht (seit 2010)	0	0,0
338	Vermittlungsgruppe	0	0,0
	Gesamt	916	100,0

Anlage IX: Benannte Verfahren und Instrumente, die im Rahmen der Bedarfsermittlung genutzt werden – differenziert nach Leistungsträgern und -erbringer sowie nach Phase des Rehabilitationsprozesses

Tabelle 18: Phasenspezifische Aufbereitung der Verfahren und Instrumente nach Leistungsträger – Initiierungsphase		
Bundesagentur für Arbeit		
Prozessverfahren	Häufigkeit	Prozent
4-Phasen-Modell	3	100,0
Reha-Management	0	0,0
Gesamt	3	100,0
Einzelverfahren		
DELTA	21	27,6
HAMET	10	13,2
Ärztliche Untersuchung/Begutachtung	8	10,5
MELBA	6	7,9
Beratungen	4	5,3
DIA-AM	3	4,0
Profil AC	3	4,0
Arbeitserprobung	2	2,6
Berufsfindung/Arbeitserprobung	2	2,6
ABE	1	1,3
Berufsfindung	1	1,3
Betriebspraktikum	1	1,3
BvB-Maßnahme	1	1,3
COMED (BA)	1	1,3
Daten zur schulischen/beruflichen Entwicklung	1	1,3
Einschaltung technischer Berater	1	1,3

Tabelle 19: Phasenspezifische Aufbereitung der Verfahren und Instrumente nach Leistungsträger – Initiierungsphase		
Deutsche Rentenversicherung		
Prozessverfahren	Häufigkeit	Prozent
4-Phasen-Modell	0	0,0
Reha-Management	0	0,0
Gesamt	0	0,0
Einzelverfahren		
EFL	2	7,1
Prozess-Profiling	2	7,1
ABE	1	3,6
Antragsformulare (G100 und G130) und ärztlicher Befundbericht zum Rehabilitationsantrag	1	3,6
Assessmentverfahren	1	3,6
Assessmentverfahren in Berufsförderungswerken	1	3,6
Auswertung von Antragsunterlagen, Gutachten und Entlassungsberichten der Reha-kliniken	1	3,6
AVEM	1	3,6
BELA	1	3,6
Beratungen	1	3,6
Berufsfindung/Arbeitserprobung	1	3,6
BOA	1	3,6
BORIS	1	3,6
Checkliste zur Bewilligung von Leistungen zur beruflichen Weiterbildung die in einem BFW durchzuführen sind	1	3,6
Eignungsabklärung im Rahmen von Berufsfindungsmaßnahmen	1	3,6
ERGOS	1	3,6

Tabelle 20: Phasenspezifische Aufbereitung der Verfahren und Instrumente nach Leistungsträger – Initiierungsphase		
Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung		
Prozessverfahren	Häufigkeit	Prozent
4-Phasen-Modell	0	0,0
Reha-Management	13	100,0
Gesamt	13	100,0
Einzelverfahren		
EFL	6	15,8
DASH	4	10,5
BET	3	7,9
ERGOS	3	7,9
SF-12/36	3	7,9
I-S-T 2000/I-S-T 2000 R	2	5,3
WOMAC	2	5,3
ABMR	1	2,6
Arbeits- und Belastungserprobung	1	2,6
Arbeitserprobung und Berufsfindung (Feststellung "Eignung" und "Neigung", d. h. Intelligenz, Persönlichkeit, Interessen)	1	2,6
Arbeitsplatzanforderungsprofil	1	2,6
Beratungen	1	2,6
EQ-5D	1	2,6
Fähigkeitsprofil (medizinisch) zum Abgleich mit dem Arbeitsplatzanforderungsprofil	1	2,6
FFbH-R	1	2,6
IBRP	1	2,6

Fremdgutachten	1	1,3
Informationsveranstaltung in (Förder-) Schulen	1	1,3
Kompetenzanalyse	1	1,3
Maßnahme im Sinne Reha-AC	1	1,3
Psychologische Testung	1	1,3
Psychologische Testverfahren	1	1,3
Psychologische Untersuchung	1	1,3
Psychologische Untersuchung AA	1	1,3
Technischer Beratungsdienst	1	1,3
TGL 2 (geistig behinderte Menschen)	1	1,3
Gesamt	76	100,0

IMBA	1	3,6
MELBA	1	3,6
MOIN	1	3,6
PACT	1	3,6
PILE Test	1	3,6
Profil-Reha (BNW)	1	3,6
Profiling	1	3,6
PSU	1	3,6
SIBAR	1	3,6
Würzburger Screening	1	3,6
Gesamt	28	100,0

IST-Screening	1	2,6
LMI	1	2,6
MBO	1	2,6
MBR	1	2,6
PACT	1	2,6
Potentialanalyse	1	2,6
Gesamt	38	100,0

Tabelle 21: Phasenspezifische Aufbereitung der Verfahren und Instrumente nach Leistungsträger - Initiierungsphase
Sozialhilfe

Prozessverfahren	Häufigkeit	Prozent
4-Phasen-Modell	0	0,0
Reha-Management	0	0,0
Gesamt	0	0,0
Einzelverfahren		
Ärztliche Untersuchung/Begutachtung	2	14,3
Gesamtplanverfahren	2	14,3
BHP Zielgruppe: PK/Sucht	1	7,1
Gutachten zur vollen Erwerbsminderung vom Rentenversicherungsträger	1	7,1
HAMET	1	7,1
Hilfe nach Maß	1	7,1
HMB-W/-T	1	7,1
IHP	1	7,1

Tabelle 22: Phasenspezifische Aufbereitung der Verfahren und Instrumente nach Leistungsträger - Initiierungsphase
Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen

Prozessverfahren	Häufigkeit	Prozent
4-Phasen-Modell	0	0,0
Reha-Management	1	100,0
Gesamt	1	100,0
Einzelverfahren		
MELBA	3	33,3
HAMET	2	22,2
IMBA	2	22,2
Kassys	1	11,1
QUASI	1	11,1
Gesamt	9	100,0

IMBA	1	7,1
KKA	1	7,1
Kompetenzanalyse durch den IFD	1	7,1
MELBA	1	7,1
Gesamt	14	100,0

Tabelle 23: Verfahren und Instrumente nach Leistungserbringer in der Initiierungsphase - Berufsbildungswerke

	Häufigkeit	Prozent
HAMET	21	9,7
CFT 20R mit WS/ZF-R	16	7,4
d2/d2-R	13	6,0
I-S-T 2000/I-S-T 2000 R	10	4,6
WIE	7	3,2
Profil AC	6	2,8
LPS	5	2,3
Ärztliche Untersuchung/Begutachtung	4	1,8
ATBG	4	1,8
DRT	4	1,8
FPI-R	4	1,8
MELBA	4	1,8
PSB-R 6-13	4	1,8
SCL-90/SCL-90 R	4	1,8
ABAT/ABAT-R	2	0,9
BET	2	0,9
Beton-Test	2	0,9
BIT II	2	0,9
BT	2	0,9

Tabelle 24: Verfahren und Instrumente nach Leistungserbringer in der Initiierungsphase - Berufsförderungswerke

	Häufigkeit	Prozent
I-S-T 2000/I-S-T 2000 R	6	7,2
Prozessprofilng	6	7,2
ABAT/ABAT-R	3	3,6
AVEM	3	3,6
BRT	3	3,6
d2/d2-R	3	3,6
HAMET	3	3,6
MTVT	3	3,6
SCL-90/SCL-90 R	3	3,6
WIT/WIT-2	3	3,6
BIP	2	2,4
FRT	2	2,4
KLT-R 6-13	2	2,4
LPS	2	2,4
MELBA	2	2,4
SPM	2	2,4
VISAB	2	2,4
WIE	2	2,4
Analogien	1	1,2

Tabelle 25: Verfahren und Instrumente nach Leistungserbringer in der Initiierungsphase - Berufliche Trainingszentren

	Häufigkeit	Prozent
AVEM	2	11,8
d2/d2-R	2	11,8
HAMET	2	11,8
MELBA	2	11,8
EXPLORIX	1	5,9
FRT	1	5,9
I-S-T 2000/I-S-T 2000 R	1	5,9
Individueller Förderplan basierend u. a. auf MELBA (BTZ DD- Entw.) seit 2006	1	5,9
MWT	1	5,9
SKT	1	5,9
Testverfahren	1	5,9
WIT/WIT-2	1	5,9
ZVT	1	5,9
Gesamt	17	100,00

HSP 5-9	2	0,9	BAS	1	1,2
MTVT	2	0,9	BDI/BDI-II	1	1,2
SLS 5-8	2	0,9	Bearbeitung math. Sachtexte-> Auswahlverfahren Heilpraktiker	1	1,2
SPM	2	0,9	BT	1	1,2
WIT/WIT-2	2	0,9	diverse berufsbezogene Kenntnistests	1	1,2
ADS Allg. Depressionsskala	1	0,5	ERGOS	1	1,2
Advanced Progressive Matrices Raven Matrizen Test	1	0,5	EXPLORIX	1	1,2
AE/EA Beurteilungsbogen Ausbildung	1	0,5	FAIR/FAIR-2	1	1,2
AE/EA Beurteilungsbogen Wohnen	1	0,5	FCE-Verfahren	1	1,2
Anamnese (strukturiertes Interview)	1	0,5	FPI-R	1	1,2
AP, AB (Eigenentwicklung 1987 BBW internes Assessment, Zielgruppe: Vorberuflicher Bereich)	1	0,5	HADS-D	1	1,2
ARA	1	0,5	ICF-Checkliste (WHO)	1	1,2
AVEM	1	0,5	ICF-Core-Set Berufliche Reha	1	1,2
AZUBI-BK	1	0,5	IMBA	1	1,2
Baumzeichnungen	1	0,5	Kenntnistest DV, Englisch (Eigenentwicklung: DV zuletzt aktualisiert 2012, Englisch ca. 2008)	1	1,2
Beobachtung	1	0,5	KT RS/R	1	1,2
Beobachtungen/Einschätzungen aus dem Wohnbereich	1	0,5	KVT	1	1,2
Berliner Entwicklungsbogen Reha-Jugendliche (BEB)	1	0,5	LGT 3	1	1,2
BRT	1	0,5	Mannheimer Rechtschreibtest (MRT)	1	1,2
BTS (Begabungstestsystem)	1	0,5	Multi-Motiv-Gitter (MMG)	1	1,2
BvB-Maßnahme	1	0,5	NEO-FFI	1	1,2
CBCL	1	0,5	PAC	1	1,2
Deutsch- Eignungstest Eigenentwicklung, 1991	1	0,5	PSSI	1	1,2
Deutsch- Test, hausintern, ca. 2000, Vollausbildung	1	0,5	Rechtschreibtest	1	1,2
Deutsch- Test, hausintern, ca. 2000, Helferberufe	1	0,5	RST	1	1,2
DFT (Differentieller Fähigkeitstest)	1	0,5	RST/RST-NRR	1	1,2
DRE 3	1	0,5	RT	1	1,2

EA, BvB (Eigenentwicklung 1987 BBW internes Assessment, Zielgruppe: Vorberuflicher Bereich)	1	0,5
ergotherapeutische Diagnostik	1	0,5
Explorationsbogen soz.päd. Anamnese 2005	1	0,5
FEPA	1	0,5
Feststellung Hörstatus	1	0,5
FKK	1	0,5
FLT (Form-Lege-Test)	1	0,5
Fragebogen zur qualitativen Erfassung der arbeitsprakt. Fähigkeiten	1	0,5
Frostig-Test	1	0,5
Gespräche	1	0,5
HAWIE/HAWIE-R	1	0,5
Heidelberger Rechentest (Untertests)	1	0,5
HMB-W/-T	1	0,5
Hörtest	1	0,5
ICF-gestützte Leistungsplanung (eigene Liste)	1	0,5
Interessentests	1	0,5
Interner Schultest 2002/ BvB+Rehausb.	1	0,5
IST-Screening	1	0,5
klinische Verfahren (Fragebögen)	1	0,5
Kompetenzmerkmale IS+ Reha	1	0,5
Kompetenzmodule Schule Berufseinstieg	1	0,5
Leipziger Modell (2005)	1	0,5
Lerntypentest	1	0,5
LGT 3	1	0,5
LGVT 6-12	1	0,5
Mann-Zeichen-Test	1	0,5
Mannheimer Intelligenztest	1	0,5
Mathe- Eignungstest Eigenentwicklung 1991	1	0,5
Mathe- Test, hausintern, ca. 2000, Helferberufe	1	0,5
Mathe- Test, hausintern, ca. 2000, Vollausbildung	1	0,5

SKID-II	1	1,2
TÜLUC	1	1,2
WMT/WMT-2	1	1,2
Gesamt	83	100,0

Mini-Dips Interview bei psych. Störungen	1	0,5
MPT-J	1	0,5
NEO-PI-R	1	0,5
Neuroorthopädische Untersuchung	1	0,5
Planungsaufgabe (Hirnleistungsdiagnostik)	1	0,5
praktische Arbeitsproben	1	0,5
Prozessanalyse nach definierten Standards	1	0,5
PSEU (Psychologische Eignungsuntersuchung)	1	0,5
Psychol. Differentialdiagnostik	1	0,5
psychologische Testverfahren	1	0,5
Psychometrische Testungen	1	0,5
RBMT	1	0,5
RST-Kurzform	1	0,5
RT	1	0,5
RT 9+	1	0,5
RT Sabeth 8+	1	0,5
Rupp-Wabentest	1	0,5
Schulleistungstest	1	0,5
Sehtest	1	0,5
selbst entwickelter Rechentest, 2010, für Menschen mit Hör- und Sprachbehinderung	1	0,5
selbstentwickelter Englischtest für Menschen mit Hör- und Sprachbehinderung	1	0,5
selbstentwickelter Sprachtest für Menschen mit Hör- und Sprachbehinderung	1	0,5
SON-R 5 1/2- 17	1	0,5
TAP	1	0,5
TEACCH- Förderdiagnostik	1	0,5
Test "Logical Memory" (verbales Gedächtnis)	1	0,5
Testbatterie Psychol.- D (Parallelförmigkeit exist.) Testbatterie für hörgeschädigte Jugendliche. Bereiche Intelligenz, Konzentration, Lern- und Merkfähigkeit, Mathematik, Deutsch, Berufsinteressen, Handgeschick, Persönlichkeit entwickelt seit 1980, mehrfach ergänzt und normiert	1	0,5

Tests zur Eingangsdiagnostik	1	0,5
theoretischer Eingangstest (BvB, Ausbildungsbeginn, Aufstiegsförderung)	1	0,5
Turm von Hanoi	1	0,5
Überprüfung der kulturtechnischen Kompetenzen	1	0,5
Visueller- und verbaler Merkfähigkeitstest (VVM)	1	0,5
Wörl	1	0,5
Wortschatztest (WS-R)	1	0,5
YSR	1	0,5
Zahlenfolgentest (ZF- R)	1	0,5
ZAREKI	1	0,5
Zürcher Lesetest (ZLT)	1	0,5
ZVT	1	0,5
Gesamt	217	100,0

Tabelle 26: Verfahren und Instrumente nach Leistungserbringer in der Initiierungsphase - Integrationsfachdienste

	Häufigkeit	Prozent
MELBA	27	31,0
HAMET	13	14,9
Kassys	6	6,9
IMBA	4	4,6
PZP	4	4,6
IDA	3	3,5
Profilpass	3	3,5
bEO	2	2,3
Karlsruher Profilverfahren	2	2,3
Klifd	2	2,3
WTB	2	2,3

Tabelle 27: Verfahren und Instrumente nach Leistungserbringer in der Initiierungsphase - Phase-II-Einrichtungen

	Häufigkeit	Prozent
MELBA	4	40,0
Berufseignungstest	1	10,0
Beurteilungsbogen des FFH für extramurale Belastungserprobungen seit 2009	1	10,0
HAMET	1	10,0
IDA	1	10,0
internes Case-Management	1	10,0
Neuropsychologische Diagnostik	1	10,0
Gesamt	10	100,00

Tabelle 28: Verfahren und Instrumente nach Leistungserbringer in der Initiierungsphase - Rehabilitation psychisch Kranker

	Häufigkeit	Prozent
d2/d2-R	4	10,0
BDI/BDI-II	3	7,5
HAMET	3	7,5
CFT 20R mit WS/ZF-R	2	5,0
HAWIE/HAWIE-R	2	5,0
I-S-T 2000/I-S-T 2000 R	2	5,0
SCL-90/SCL-90 R	2	5,0
16 PF-Persönlichkeitsfragebogen	1	2,5
ABAT/ABAT-R	1	2,5
Arbeitspädagogisches Beurteilungsprofil ABB	1	2,5
AVEM	1	2,5

Angaben aus psychologischen Gutachten der BA	1	1,2
Arbeitsbezogene Biografiearbeit	1	1,2
Befragungen	1	1,2
Beobachtung	1	1,2
Eigene Unterlagen nach Maßgabe der Kostenträger	1	1,2
Eigenentwicklung aktualisiert Nov. 2012	1	1,2
Erhebungsbogen Übergang Schule-Beruf	1	1,2
Fachdienstliche Stellungnahme	1	1,2
Hilfe nach Maß	1	1,2
ICF (Versuchsstadium)	1	1,2
individuelle, praxisorientierte, z.T. situationsbezog. Feststellung des Unterstützungsbedarfes Personen mit Lern+ geistiger Behinderung	1	1,2
Kukuk	1	1,2
Kurz+Langzeitpraktika	1	1,2
Profilbogen (Schüler BI)	1	1,2
Prozessprofilng	1	1,2
Reflecting Team	1	1,2
Reha-Management	1	1,2
SKT	1	1,2
Themenbezogene Gruppenangebote	1	1,2
Gesamt	87	100,0

BIT II	1	2,5
diverse weitere Verfahren in Einzelfällen	1	2,5
Eigenes Instrument in Anlehnung an Osnabrücker Arbeitsfähigkeitsprofil O-AFP und MELBA (2005)	1	2,5
ESI	1	2,5
EXPLORIX	1	2,5
ICF-Checkliste (WHO)	1	2,5
ICF-Core-Set	1	2,5
ICF-Core-Set RPK	1	2,5
KVT	1	2,5
LPS	1	2,5
Mathetest	1	2,5
MELBA	1	2,5
Nosper Fragebogen 2009	1	2,5
Rechentest	1	2,5
RT	1	2,5
SAF	1	2,5
WCST	1	2,5
ZVT	1	2,5
Gesamt	40	100,0

Tabelle 29: Verfahren und Instrumente nach Leistungserbringer in der Initiierungsphase - Werkstätten für behinderte Menschen

	Häufigkeit	Prozent
HAMET	40	22,1
MELBA	22	12,2
WTB	6	3,3
WIE	5	2,8
d2/d2-R	4	2,2
Gespräche	4	2,2
IDA	3	1,7
SPM	3	1,7
AIST/AIST-R	2	1,1
Befragungen	2	1,1
Beobachtung	2	1,1
CFT 20R mit WS/ZF-R	2	1,1
FPI-R	2	1,1
IHP	2	1,1
KKA	2	1,1
LPS	2	1,1
Memo-Test	2	1,1
MWT	2	1,1
ZVT	2	1,1
ABB	1	0,6
Anamnese aus dem Programm: Kognitives Training nach Stengl	1	0,6
Anamnesebogen (nur Reha)	1	0,6
Arbeitsbezogene motorische Testung	1	0,6
Arbeitserprobung	1	0,6
Arbeitserprobung (im konkreten Tätigkeitsfeld)	1	0,6

Beton-Test	1	0,6
Beurteilungsbogen "Arbeits- und Leistungsverhalten" (entwickelt für psychisch Behinderte)	1	0,6
Bildungskonferenz (2009)/ Rehagespräch (2011)	1	0,6
BIP	1	0,6
Cogpack	1	0,6
CPM	1	0,6
Deuschttest	1	0,6
Diagnostikbogen SMB	1	0,6
DIK II (Syntegral)	1	0,6
DRT	1	0,6
eigene Eingangstestung	1	0,6
eigene Kompetenzanalyse	1	0,6
Eingangs- und Orientierungsbereich	1	0,6
Eingliederungsplan	1	0,6
Eingliederungsplan (Reha 2002/WfbMg 2009)	1	0,6
Eingliederungsplanung gem. HEGA	1	0,6
Ergotherapeutischer Test	1	0,6
Fähigkeitsanalyse EV - geistig behinderte Menschen-	1	0,6
Fähigkeitsbeschreibung. Eigenentwicklung	1	0,6
FDP Förderdiagnose- und -plan	1	0,6
Förderplan	1	0,6
GBM Verfahren nach dem BeB	1	0,6
Gießen- Test (GT)	1	0,6
Hauseigenes Assessment	1	0,6
Hilfe nach Maß	1	0,6
Hilfe nach Maß Eigenentwicklung, 2000	1	0,6
HSP 5-9	1	0,6
I-S-T 2000/I-S-T 2000 R	1	0,6
IMBA	1	0,6

Individueller Eingliederungsplan EV/ BBB	1	0,6
Interessentest (Selbstentwicklung 2011, für psychisch Behinderte)	1	0,6
intern entwickelte Kompetenzanalyse	1	0,6
Interne Eingangsdiagnostik (Überarbeitung 2012); Zielgruppe: geistige Behinderung; psych. Erkrankung	1	0,6
ISK	1	0,6
ITP	1	0,6
Karlsruher Profilverfahren	1	0,6
KIM-Test	1	0,6
KOMBI-Bildungssystem für kompetenzorientierte berufliche Bildung (2008) für Menschen mit geistiger und seelischer Behinderung	1	0,6
Kompetenzanalyse	1	0,6
Kompetenzanalyse (Eigenentwicklung)	1	0,6
Kompetenzanalyse (Reha 2003/alle WfbM 2011)	1	0,6
Kompetenzanalyse EV/ BBB	1	0,6
KVT	1	0,6
MAST Test	1	0,6
Mathetest	1	0,6
MIT- Modularisierte ICF basierte Hilfeplanung- 2009 in wissenschaft. Begleitung der CAU Kiel entwickelt- wir arbeiten mit am Praxisleitfaden der BAR	1	0,6
Modell der binnendifferenzierten beruflichen Bildung (Stufenmodell)	1	0,6
neuropsychologische Testbatterie	1	0,6
O-AFP	1	0,6
Praktika auf allgemeinen Arbeitsmarkt	1	0,6
Praktika im Arbeitsbereich für Schüler von Förderschulen	1	0,6
Praktika im Arbeitsbereich WfbM (für Teilnehmer Berufsbildungsbereich)	1	0,6
PSSI	1	0,6
PZG (Persönliches Zukunftsgespräch)	1	0,6

SCL-90/SCL-90 R	1	0,6
Selbst- und Fremdeinschätzung (Eingliederungsplan, Hilfeplan, Bildungsplan) 2004	1	0,6
Selbst- und Fremdeinschätzung	1	0,6
Sozialbericht	1	0,6
standardisierte Berichtslegung an Leistungsträger	1	0,6
STEVE 2012 BBB/ EV	1	0,6
Systematische Arbeitsproben	1	0,6
Testverfahren zur Eignungsabklärung EV (analog Durchführungskonzept EV)	1	0,6
THP	1	0,6
TMS	1	0,6
TPF (Trierer Persönlichkeitsfragebogen)	1	0,6
Trägerinterner Verlaufsbericht (seit 2010)	1	0,6
Gesamt	181	100,0

Tabelle 30: Verfahren und Instrumente nach Leistungserbringer in der Durchführungsphase – Berufsbildungswerke		
	Häufigkeit	Prozent
HAMET	24	9,2
CFT 20R mit WS/ZF-R	16	6,1
d2/d2-R	14	5,3
I-S-T 2000/I-S-T 2000 R	9	3,4
Profil AC	8	3,1
WIE	8	3,1
Ärztliche Untersuchung/Begutachtung	5	1,9
FPI-R	5	1,9
DRT	4	1,5
Gespräche	4	1,5
LPS	4	1,5
MELBA	4	1,5
PSB-R 6-13	4	1,5
SCL-90/SCL-90 R	4	1,5
ATBG	3	1,2
BDI/BDI-II	3	1,2
BvB-Maßnahme	3	1,2
MTVT	3	1,2
SPM	3	1,2
ABAT/ABAT-R	2	0,8
AVEM	2	0,8
Beton-Test	2	0,8
BT	2	0,8

Tabelle 31: Verfahren und Instrumente nach Leistungserbringer in der Durchführungsphase – Berufsförderungswerke		
	Häufigkeit	Prozent
Prozessprofilung	9	32,1
AVEM	1	3,6
BIP	1	3,6
d2/d2-R	1	3,6
ERGOS	1	3,6
FCE-Verfahren	1	3,6
Gespräche	1	3,6
HAMET	1	3,6
I-S-T 2000/I-S-T 2000 R	1	3,6
ICF-Core-Set Berufliche Reha	1	3,6
Integrationsplan (Eigenentwicklg.) alle TN in der Ausbildung 2010	1	3,6
Kompetenzprofil Absolventen (Eigenentwicklung 2010)	1	3,6
NEO-FFI	1	3,6
PAC	1	3,6
Praktikumsbeurteilung (Eigenentwicklung 2010)	1	3,6
Profil AC	1	3,6
Prozessprofilung (Eigenentwicklg.) alle TN in der Ausbildung 2010	1	3,6
SCL-90/SCL-90 R	1	3,6
WIT/WIT-2	1	3,6
WMT/WMT-2	1	3,6
Gesamt	28	100,0

Tabelle 32: Verfahren und Instrumente nach Leistungserbringer in der Durchführungsphase – Berufstrainingszentren		
	Häufigkeit	Prozent
MELBA	6	18,8
AVEM	3	9,4
HAMET	3	9,4
d2/d2-R	2	6,3
allgemeine Testverfahren	1	3,1
Arbeitsanamnese (BTZ Köln)	1	3,1
Energiekreis (BTZ Köln)	1	3,1
EXPLORIX	1	3,1
FRT	1	3,1
Genogramm	1	3,1
I-S-T 2000/I-S-T 2000 R	1	3,1
IMBA	1	3,1
Individueller Förderplan basierend u. a. auf MELBA (BTZ DD- Entw.) seit 2006	1	3,1
Kreisbild Arbeit (BTZ Köln)	1	3,1
MWT	1	3,1
Rahmenbedingungen (BTZ Köln)	1	3,1
Selbsteinschätzung/Fremdeinschätzung (BTZ Köln)	1	3,1
SKT	1	3,1
Soziales Atom (BTZ Köln)	1	3,1
Testverfahren	1	3,13
WIT/WIT-2	1	3,1
ZVT	1	3,1
Gesamt	32	100,0

Lerntypentest	2	0,8
SLS 5-8	2	0,8
TAP	2	0,8
WIT/WIT-2	2	0,8
ZVT	2	0,8
ADHS-E	1	0,4
ADS Allg. Depressionsskala	1	0,4
Advanced Progressive Matrices Raven Matrizen Test	1	0,4
AIST/AIST-R	1	0,4
Anamnese (strukturiertes Interview)	1	0,4
AP, AB (Eigenentwicklung 1987 BBW internes Assessment, Zielgruppe:Vorbereuflicher Bereich)	1	0,4
Apraxie	1	0,4
ARA Abensberger Rechentest zur Feststellung der Ausbildungseignung	1	0,4
Assessment Bereich Wohnen	1	0,4
Assessment für Erwachsene 2006	1	0,4
Ausbildungspass	1	0,4
AZUBI-BK	1	0,4
Bedarfsdiagnostik z. B. bei Lernproblemen	1	0,4
Beobachtung	1	0,4
Beobachtungen/Einschätzungen aus dem Wohnbereich	1	0,4
Berliner Entwicklungsbogen Reha-Jugendliche (BEB)	1	0,4
BET	1	0,4
BIT II	1	0,4
BRT	1	0,4
BSI	1	0,4
CBCL	1	0,4
Deutsch- Eignungstest Eigenentwicklung, 1991	1	0,4
Deutsch- Test, hausintern, ca. 2000, Vollausbildung	1	0,4

Deutsch- Test, hausintern, ca. 2000, Helferberufe	1	0,4
DFT (Differentieller Fähigkeitstest)	1	0,4
DISYPS	1	0,4
DRE 3	1	0,4
EA, BvB (Eigenentwicklung 1987 BBW internes Assessment, Zielgruppe: Vorberuflicher Bereich)	1	0,4
Eine auf unsere Arbeitserfordernisse zugeschnittene Variante von Profil AC	1	0,4
Einschätzung der Entwicklung der berufl. Handlungskompetenz, 2000, Auszubildende	1	0,4
ergotherapeutische Diagnostik	1	0,4
Explorationsbogen soz.päd. Anamnese 2005	1	0,4
FEPA	1	0,4
Feststellung Hörstatus	1	0,4
FKK	1	0,4
FLM 7-13	1	0,4
FLT (Form-Lege-Test)	1	0,4
Förderdiagnostik LRS/Legasthenie	1	0,4
Förderdiagnostik Rechenschwäche auf Basis Bamberger Dyskalkuliediagnostik+AFS	1	0,4
Förderplan	1	0,4
Fragebogen zur qualitativen Erfassung der arbeitsprakt. Fähigkeiten	1	0,4
Frostig-Test	1	0,4
HAWIE/HAWIE-R	1	0,4
Heidelberger Rechentest (Untertests)	1	0,4
HMB-W/-T	1	0,4
Homburger ADHS- Skalen für Erwachsene (HASE)	1	0,4
Hörtest	1	0,4
HSP 5-9	1	0,4
ICF- Förderdiagnostik Start 2007	1	0,4
ICF-Entwicklungsbögen "Lernort Wohnen"	1	0,4
ICF-gestützte Leistungsplanung (eigene Liste)	1	0,4

Interessentests	1	0,4
Interner Schultest 2002/ BvB+Rehausb.	1	0,4
IST-Screening	1	0,4
Integrationsbögen Integrationsplan	1	0,4
klinische Verfahren (Fragebögen)	1	0,4
Kompetenzmerkmale IS+ Reha	1	0,4
Kompetenzmodule Schule Berufseinstieg	1	0,4
Lernfeldpass	1	0,4
LGT 3	1	0,4
LGVT 6-12	1	0,4
Lückendiktat	1	0,4
Mathe- Eignungstest Eigenentwicklung 1991	1	0,4
Mathe- Test, hausintern, ca.2000, Helferberufe	1	0,4
Mathe- Test, hausintern, ca. 2000, Vollausbildung	1	0,4
Mini-Dips Interview bei psych. Störungen	1	0,4
MPT-J	1	0,4
MWT	1	0,4
NEO-PI-R	1	0,4
Neuroorthopädische Untersuchung	1	0,4
Planungsaufgabe (Hirnleistungsdiagnostik)	1	0,4
Praktikumsbeurteilung	1	0,4
praktische Arbeitsproben	1	0,4
Prozessanalyse nach definierten Standards	1	0,4
PSEU (Psychologische Eignungsuntersuchung)	1	0,4
Psychol. Differentialdiagnostik	1	0,4
Psychol. Konzentrationstest	1	0,4
psychologische Testverfahren	1	0,4
Psychometrische Testungen	1	0,4
RBMT	1	0,4
Rechnen (Grund/Angewandt)	1	0,4
Rehaplan AB	1	0,4

RST-Kurzform	1	0,4
RT	1	0,4
RT 9+	1	0,4
RT Sabeth 8+	1	0,4
Rupp-Wabentest	1	0,4
Saumschneide	1	0,4
Schulleistungstest	1	0,4
Sehtest	1	0,4
selbst entwickelter Rechentest, 2010, für Menschen mit Hör- und Sprachbehinderung	1	0,4
Selbst-, und Fremdbeurteilungsbögen aus den Bereichen Ausbildung und Wohnen	1	0,4
Selbstbeurteilungsbogen, Lernbehinderte, 2012	1	0,4
selbstentwickelter Englischtest für Menschen mit Hör- und Sprachbehinderung	1	0,4
selbstentwickelter Sprachtest für Menschen mit Hör- und Sprachbehinderung	1	0,4
SKID-II	1	0,4
SON-R 5 1/2- 17	1	0,4
Spezielle leitlinienorientierte ADHS-Diagnostik	1	0,4
Spezielle leitlinienorientierte Autismusdiagnostik	1	0,4
Sprachuntersuchung	1	0,4
TEACCH- Förderdiagnostik	1	0,4
Test "Logical Memory" (verbales Gedächtnis)	1	0,4
Testbatterie Psychol.- D (Parallelformen exist.) Testbatterie für hörgeschädigte Jugendliche.	1	0,4
Tests zur Eingangsdiagnostik	1	0,4
theoretischer Eingangstest (BvB, Ausbildungsbeginn, Aufstiegsförderung)	1	0,4
Turm von Hanoi	1	0,4
Überprüfung der kulturtechnischen Kompetenzen	1	0,4
Verständiges Lesen	1	0,4
Visueller- und verbaler Merkfähigkeitstest (VVM)	1	0,4
Werkprofile	1	0,4

Wortliste	1	0,4
Wortschatztest (WS-R)	1	0,4
YSR	1	0,4
Zahlenfolgentest (ZF- R)	1	0,4
ZAREKI	1	0,4
Zürcher Lesetest (ZLT)	1	0,4
Gesamt	262	100,0

Tabelle 33: Verfahren und Instrumente nach Leistungserbringer in der Durchführungsphase – Integrationsfachdienste		
	Häufigkeit	Prozent
MELBA	36	32,4
HAMET	13	11,7
Kassys	7	6,3
IMBA	5	4,5
Karlsruher Profilverfahren	5	4,5
PZP	4	3,6
Klifd	3	2,7
Profilpass	3	2,7
bEO	2	1,8
ICF	2	1,8
IDA	2	1,8
WTB	2	1,8
Angaben aus psychologischen Gutachten der BA	1	0,9
Arbeitsbezogene Biografiearbeit	1	0,9

Tabelle 34: Verfahren und Instrumente nach Leistungserbringer in der Durchführungsphase – Phase-II-Einrichtungen		
	Häufigkeit	Prozent
HAMET	2	14,3
MELBA	2	14,3
Berufseignungstest	1	7,1
Beurteilungsbogen des FFH für extramurale Belastungserprobungen seit 2009	1	7,1
BvB-Maßnahme	1	7,1
IDA	1	7,1
internes Case-Management	1	7,1
Neuropädagogische Diagnostik	1	7,1
Neuropsychologische Diagnostik	1	7,1
Reha-Management	1	7,1
SIMBO	1	7,1
Würzburger Screening	1	7,1
Gesamt	14	100,0

Tabelle 35: Verfahren und Instrumente nach Leistungserbringer in der Durchführungsphase – Rehabilitation Psychisch Kranker		
	Häufigkeit	Prozent
d2/d2-R	6	8,1
HAMET	5	6,8
BDI/BDI-II	4	5,4
I-S-T 2000/I-S-T 2000 R	4	5,4
MELBA	4	5,4
SCL-90/SCL-90 R	4	5,4
LPS	3	4,1
CFT 20R mit WS/ZF-R	2	2,7
FAIR/FAIR-2	2	2,7
HAWIE/HAWIE-R	2	2,7
KVT	2	2,7
Mini-ICF-APP	2	2,7
WIE	2	2,7
16 PF-Persönlichkeitsfragebogen	1	1,4

Ärztliche Untersuchung/Begutachtung	1	0,9
ASTR	1	0,9
Befragungen	1	0,9
Beobachtung	1	0,9
Eigene Unterlagen nach Maßgabe der Kostenträger	1	0,9
Eigenentwicklung aktualisiert Nov. 2012	1	0,9
Erhebungsbogen Übergang Schule-Beruf	1	0,9
Fachdienstliche Stellungnahme	1	0,9
Fallkonferenz ("Runder Tisch")	1	0,9
FPI-R	1	0,9
Hilfe nach Maß	1	0,9
ICF (Versuchsstadium)	1	0,9
individuelle, praxisorientierte, z.T. situationsbezog. Feststellung des Unterstützungsbedarfes Personen mit Lern+ geistiger Behinderung	1	0,9
Kukuk	1	0,9
Kurz+Langzeitpraktika	1	0,9
Profilbogen	1	0,9
Profilbogen (Schüler BI)	1	0,9
Prozessprofilung	1	0,9
Reflecting Team	1	0,9
Reha-Entlassberichte die wir in der Regel über Klient einholen (Leistungsbild)	1	0,9
Reha-Management	1	0,9
SKT	1	0,9
Stellungnahme	1	0,9
Systemische Beratungsgespräche	1	0,9

ABAT/ABAT-R	1	1,4
Arbeitserprobung	1	1,4
Arbeitspädagogisches Beurteilungsprofil ABB	1	1,4
Ärztliche Untersuchung/Begutachtung	1	1,4
AVEM	1	1,4
Berufseignungstest	1	1,4
BET	1	1,4
BIT II	1	1,4
diverse weitere Verfahren in Einzelfällen	1	1,4
Eigenes Instrument in Anlehnung an Osnabrücker Arbeitsfähigkeitsprofil O-AFP und MELBA (2005)	1	1,4
ESI	1	1,4
EXPLORIX	1	1,4
Gespräche	1	1,4
HiPro	1	1,4
ICF-Checkliste (WHO)	1	1,4
ICF-Core-Set	1	1,4
ICF-Core-Set RPK	1	1,4
ICF-Core-Set RPK (eigene Anpassung an das Core Set von Herzogsägmühle)	1	1,4
ICF-Reha-Planung (von Herzogsägmühle)	1	1,4
individuelle Förder- und Integrationsplan	1	1,4
LGT 3	1	1,4
Mathetest	1	1,4
Nosper Fragebogen 2009	1	1,4
Praktika extern	1	1,4

Themenbezogene Gruppenangebote	1	0,9
Gesamt	111	100,0

Rechentest	1	1,4
RT	1	1,4
SAF	1	1,4
Standortanalyse (beruflich)	1	1,4
Vermittlungsmanagement	1	1,4
WCST	1	1,4
ZVT	1	1,4
Gesamt	74	100,0

Tabelle 36: Verfahren und Instrumente nach Leistungserbringer in der Durchführungsphase – Werkstätten für behinderte Menschen

	Häufigkeit	Prozent
HAMET	39	18,8
MELBA	22	10,6
HMB-W/-T	6	2,9
Entwicklungsstand/-bericht	5	2,4
WTB	5	2,4
d2/d2-R	4	1,9
Gespräche	4	1,9
IDA	4	1,9
IHP	3	1,4
ITP	3	1,4
SPM	3	1,4
WIE	3	1,4
AIST/AIST-R	2	1,0
Befragungen	2	1,0
Beobachtung	2	1,0

CFT 20R mit WS/ZF-R	2	1,0
Cogpack	2	1,0
CPM	2	1,0
Eingliederungsplan	2	1,0
FPI-R	2	1,0
Hilfe nach Maß	2	1,0
IBRP	2	1,0
Karlsruher Profilverfahren	2	1,0
KKA	2	1,0
MWT	2	1,0
SCL-90/SCL-90 R	2	1,0
ZERA	2	1,0
(S)-PAC	1	0,5
Aapep	1	0,5
ABB	1	0,5
Anamnese aus dem Programm: Kognitives Training nach Stengl	1	0,5
Arbeitserprobung	1	0,5
Arbeitserprobung (im konkreten Tätigkeitsfeld)	1	0,5
Arbeitspezifische Quali-Bausteine - geistig behinder-	1	0,5

te Menschen-		
BDI/BDI-II	1	0,5
Beurteilungsbogen "Arbeits- und Leistungsverhalten" (entwickelt für psychisch Behinderte)	1	0,5
Bildungskonferenz (2009)/ Rehagespräch (2011)	1	0,5
Budenberg (Menschen mit Lernbehinderung)	1	0,5
Coachingsystem Integration Arbeitsmarkt - geistig behinderte Menschen-	1	0,5
Diagnostikbogen SMB (schwerst mehrfach Behindert) ca. 2007 vom Fachverband Behindertenhilfe Diakonie	1	0,5
DIK II (Syntegral)	1	0,5
DLM	1	0,5
DRT	1	0,5
eigene Eingangstestung	1	0,5
eigene Kompetenzanalyse	1	0,5
Eingangs- und Orientierungsbereich	1	0,5
Eingliederungsplan (Reha 2002/WfbMg 2009)	1	0,5
Eingliederungsplanung gem. HEGA	1	0,5
Ergotherapeutischer Test	1	0,5
Fachtheoretische Bildungseinheiten	1	0,5

Fähigkeitsbeschreibung, Eigenentwicklung	1	0,5
FDP Förderdiagnose- und -plan (Eigenentwicklungen je Feld ca. 80 verschiedene Pläne)	1	0,5
Förderplan	1	0,5
Förderplanung SMART	1	0,5
Fragebogen individueller Lebensführung (FIL)	1	0,5
GAB seit 2002	1	0,5
GBM Verfahren nach dem BeB	1	0,5
Gesamtplanerfahren	1	0,5
Hauseigenes Assessment	1	0,5
HAWIE/HAWIE-R	1	0,5
Hilfe nach Maß Eigenentwicklung, 2000	1	0,5
I-S-T 2000/I-S-T 2000 R	1	0,5
ICF	1	0,5
IMBA	1	0,5
Individueller Eingliederungsplan	1	0,5
Individueller Eingliederungsplan EV/ BBB	1	0,5
Interessentest (Selbstentwicklung 2011, für psychisch Behinderte)	1	0,5
intern entwickelte Kompetenzanalyse	1	0,5
Interne Eingangsdiagnostik (Überarbeitung 2012); Zielgruppe: geistige Behinderung; psych. Erkrankung	1	0,5
KIM-Test	1	0,5

Tabelle 37: Verfahren und Instrumente nach Leistungserbringer in der Abschlussphase - Berufsbildungswerke

	Häufigkeit	Prozent
HAMET	4	12,1
CFT 20R mit WS/ZF-R	3	9,1
d2/d2-R	2	6,1
I-S-T 2000/I-S-T 2000 R	2	6,1

KOMBI-Bildungssystem für kompetenzorientierte berufliche Bildung (2008) für Menschen mit geistiger und seelischer Behinderung	1	0,5
Kompetenzanalyse	1	0,5
Kompetenzanalyse (Eigenentwicklung)	1	0,5
Kompetenzanalyse (Reha 2003/alle WfbM 2011)	1	0,5
Kompetenzanalyse EV/ BBB	1	0,5
Kompetenzanalysebogen	1	0,5
Kompetenzanalysen und Förderplanung - geistig behinderte Menschen- in 4 Stufen 1) tätigkeitsorientiert 2)arbeitsplatzorientiert 3)arbeitsfeldorientiert 4) berufsbildorientiert	1	0,5
Kukuk	1	0,5
KVT	1	0,5
Lebenspraktische Bildungseinheiten	1	0,5
LPS	1	0,5
MAST Test	1	0,5
Memo-Test	1	0,5
MIT	1	0,5
Modell der binnendifferenzierten beruflichen Bildung (Stufenmodell)	1	0,5
neuropsychologische Testbatterie	1	0,5
O-AFP	1	0,5
PACT	1	0,5

Tabelle 38: Verfahren und Instrumente nach Leistungserbringer in der Abschlussphase - Berufsförderungswerke

	Häufigkeit	Prozent
Prozessprofilung	7	30,4
AVEM	1	4,4
BIP	1	4,4
d2/d2-R	1	4,4

Praktika auf allgemeinen Arbeitsmarkt	1	0,5
Praktika im Arbeitsbereich für Schüler von Förderschulen	1	0,5
Praktika im Arbeitsbereich WfbM (für Teilnehmer Berufsbildungsbereich)	1	0,5
PSSI	1	0,5
PZG	1	0,5
SBT	1	0,5
Selbst- und Fremdeinschätzung (Eingliederungsplan, Hilfeplan, Bildungsplan) 2004	1	0,5
Selbst- und Fremdeinschätzung	1	0,5
SKT	1	0,5
Sozialbericht	1	0,5
standardisierte Berichtslegung an Leistungsträger	1	0,5
THP	1	0,5
TMS	1	0,5
Trägerinterner Verlaufsbericht (seit 2010)	1	0,5
Vermittlungsgruppe	1	0,5
ZVT	1	0,5
Gesamt	208	100,0

Tabelle 39: Verfahren und Instrumente nach Leistungserbringer in der Abschlussphase - Berufstrainingszentren

	Häufigkeit	Prozent
MELBA	6	18,8
AVEM	4	12,5
HAMET	3	9,4
d2/d2-R	2	6,3

Assessment für Erwachsene 2006	1	3,0
AVEM	1	3,0
AZUBI-BK	1	3,0
Bedarfsdiagnostik z. B. bei Lernproblemen	1	3,0
BET	1	3,0
BT	1	3,0
ergotherapeutische Diagnostik	1	3,0
Förderplan	1	3,0
ICF-gestützte Leistungsplanung (eigene Liste)	1	3,0
Interessentests	1	3,0
IST-Screening	1	3,0
Integrationsbögen Integrationsplan	1	3,0
Planungsaufgabe (Hirnleistungsdiagnostik)	1	3,0
RBMT	1	3,0
RT Sabeth 8+	1	3,0
SCL-90/SCL-90 R	1	3,0
TAP	1	3,0
Turm von Hanoi	1	3,0
Werkprofile	1	3,0
WIE	1	3,0
WIT/WIT-2	1	3,0
ZVT	1	3,0
Gesamt	33	100,0

ERGOS	1	4,4
FCE-Verfahren	1	4,4
Gespräche	1	4,4
HAMET	1	4,4
I-S-T 2000/I-S-T 2000 R	1	4,4
ICF-Core-Set Berufliche Reha	1	4,4
Kompetenzprofil Absolventen (Eigenentwicklung 2010)	1	4,4
NEO-FFI	1	4,4
PAC	1	4,4
Profil AC	1	4,4
SCL-90/SCL-90 R	1	4,4
WIT/WIT-2	1	4,4
WMT/WMT-2	1	4,4
Gesamt	23	100,0

allgemeine Testverfahren	1	3,1
Arbeitsanamnese (BTZ Köln)	1	3,1
Energiekreis (BTZ Köln)	1	3,1
FRT	1	3,1
Genogramm	1	3,1
I-S-T 2000/I-S-T 2000 R	1	3,1
IMBA	1	3,1
Individueller Förderplan basierend u. a. auf MELBA (BTZ DD- Entw.) seit 2006	1	3,1
Kreisbild Arbeit (BTZ Köln)	1	3,1
MWT	1	3,1
Rahmenbedingungen (BTZ Köln)	1	3,1
Selbsteinschätzung/Fremdeinschätzung (BTZ Köln)	1	3,1
SKT	1	3,1
Soziales Atom (BTZ Köln)	1	3,1
Testverfahren	1	3,1
WIT/WIT-2	1	3,1
ZVT	1	3,1
Gesamt	32	100,0

Tabelle 40: Verfahren und Instrumente nach Leistungserbringer in der Abschlussphase - Integrationsfachdienste		
	Häufigkeit	Prozent
MELBA	35	36,5

Tabelle 41: Verfahren und Instrumente nach Leistungserbringer in der Abschlussphase - Phase-II-Einrichtungen		
	Häufigkeit	Prozent
HAMET	2	15,4

Tabelle 42: Verfahren und Instrumente nach Leistungserbringer in der Abschlussphase - Rehabilitation psychisch Kranker		
	Häufigkeit	Prozent
d2/d2-R	6	8,8

HAMET	7	7,3
Kassys	7	7,3
IMBA	5	5,2
Karlsruher Profilverfahren	5	5,2
Klifd	3	3,1
ICF	2	2,1
IDA	2	2,1
Profilpass	2	2,1
PZP	2	2,1
WTB	2	2,1
Angaben aus psychologischen Gutachten der BA	1	1,0
Arbeitsbezogene Biografiearbeit	1	1,0
Ärztliche Untersuchung/Begutachtung	1	1,0
ASTR	1	1,0
Befragungen	1	1,0
Beobachtung	1	1,0
Eigene Unterlagen nach Maßgabe der Kostenträger	1	1,0
Eigenentwicklung aktualisiert Nov. 2012	1	1,0
Fachdienstliche Stellungnahme	1	1,0
Fallkonferenz ("Runder Tisch")	1	1,0
FPI-R	1	1,0
Hilfe nach Maß	1	1,0
ICF (Versuchsstadium)	1	1,0
individuelle, praxisorientierte, z.T. situationsbezog. Feststellung des Unterstützungsbedarfes Personen mit Lern+ geistiger Behinderung	1	1,0
Kurz+Langzeitpraktika	1	1,0
Profilbogen	1	1,0
Prozessprofilng	1	1,0
Reflecting Team	1	1,0

MELBA	2	15,4
Berufseignungstest	1	7,7
Beurteilungsbogen des FFH für extramurale Belastungserprobungen seit 2009	1	7,7
IDA	1	7,7
internes Case-Management	1	7,7
Neuropädagogische Diagnostik	1	7,7
Neuropsychologische Diagnostik	1	7,7
Reha-Management	1	7,7
SIMBO	1	7,7
Würzburger Screening	1	7,7
Gesamt	13	100,0

BDI/BDI-II	4	5,9
HAMET	4	5,9
I-S-T 2000/I-S-T 2000 R	4	5,9
MELBA	4	5,9
SCL-90/SCL-90 R	4	5,9
LPS	3	4,4
FAIR/FAIR-2	2	2,9
HAWIE/HAWIE-R	2	2,9
KVT	2	2,9
Mini-ICF-APP	2	2,9
16 PF-Persönlichkeitsfragebogen	1	1,5
Arbeitserprobung	1	1,5
Arbeitspädagogisches Beurteilungsprofil ABB	1	1,5
Ärztliche Untersuchung/Begutachtung	1	1,5
AVEM	1	1,5
Berufseignungstest	1	1,5
BET	1	1,5
BIT II	1	1,5
CFT 20R mit WS/ZF-R	1	1,5
diverse weitere Verfahren in Einzelfällen	1	1,5
Eigenes Instrument in Anlehnung an Osnabrücker Arbeitsfähigkeitsprofil O-AFP und MELBA (2005)	1	1,5
ESI	1	1,5
EXPLORIX	1	1,5
Gespräche	1	1,5
HiPro	1	1,5
ICF-Checkliste (WHO)	1	1,5
ICF-Core-Set	1	1,5
ICF-Core-Set RPK	1	1,5

Reha-Entlassberichte die wir in der Regel über Klient einholen (Leistungsbild)	1	1,0
Reha-Management	1	1,0
SKT	1	1,0
Stellungnahme	1	1,0
Systemische Beratungsgespräche	1	1,0
Themenbezogene Gruppenangebote	1	1,0
Gesamt	96	100,0

ICF-Core-Set RPK (eigene Anpassung an das Core Set von Herzogsägmühle)	1	1,5
ICF-Reha-Planung (von Herzogsägmühle)	1	1,5
individuelle Förder- und Integrationsplan	1	1,5
LGT 3	1	1,5
Nosper Fragebogen 2009	1	1,5
Praktika extern	1	1,5
RT	1	1,5
SAF	1	1,5
Standortanalyse (beruflich)	1	1,5
Vermittlungsmanagement	1	1,5
WCST	1	1,5
WIE	1	1,5
ZVT	1	1,5
Gesamt	68	100,0

Tabelle 43: Verfahren und Instrumente nach Leistungserbringer in der Abschlussphase - Werkstätten für behinderte Menschen

	Häufigkeit	Prozent
MELBA	18	19,6
HAMET	17	18,5
IDA	4	4,4
Entwicklungsstand/-bericht	3	3,3
Gespräche	3	3,3
Befragungen	2	2,2
Beobachtung	2	2,2
Hilfe nach Maß	2	2,2
ITP	2	2,2
Arbeitserprobung	1	1,1
Arbeitserprobung (im konkreten Tätigkeitsfeld)	1	1,1
CFT 20R mit WS/ZF-R	1	1,1
Coachingsystem Integration Arbeitsmarkt - geistig behinderte Menschen-	1	1,1
d2/d2-R	1	1,1
eigene Kompetenzanalyse	1	1,1
Eingliederungsplan	1	1,1
Eingliederungsplanung gem. HEGA	1	1,1
Fachtheoretische Bildungseinheiten	1	1,1
Fähigkeitsbeschreibung. Eigenentwicklung	1	1,1
FDP Förderdiagnose- und -plan	1	1,1
Förderplan	1	1,1
Fragebogen individueller Lebensführung (FIL)	1	1,1
GAB seit 2002	1	1,1
GBM Verfahren nach dem BeB	1	1,1
Gesamtplanerfahren	1	1,1

Hauseigenes Assessment	1	1,1
Hilfe nach Maß Eigenentwicklung, 2000	1	1,1
HMB-W/-T	1	1,1
HSP 5-9	1	1,1
intern entwickelte Kompetenzanalyse	1	1,1
Karlsruher Profilverfahren	1	1,1
KOMBI-Bildungssystem für kompetenzorientierte berufliche Bildung (2008) für Menschen mit geistiger und seelischer Behinderung	1	1,1
Kompetenzanalyse (Eigenentwicklung)	1	1,1
Kompetenzanalysebogen	1	1,1
MIT- Modularisierte ICF basierte Hilfeplanung- 2009 in wissenschaftl. Begleitung der CAU Kiel entwickelt	1	1,1
Modell der binnendifferenzierten beruflichen Bildung (Stufenmodell)	1	1,1
O-AFP	1	1,1
PACT	1	1,1
Praktika auf allgemeinen Arbeitsmarkt	1	1,1
Selbst- und Fremdeinschätzung (Eingliederungsplan, Hilfeplan, Bildungsplan) 2004	1	1,1
Sozialbericht	1	1,1
THP	1	1,1
TMS	1	1,1
Trägerinterner Verlaufsbericht (seit 2010)	1	1,1
Vermittlungsgruppe	1	1,1
WIE	1	1,1
WTB	1	1,1
ZERA	1	1,1
Gesamt	92	100,0

Anlage X: Abkürzungsverzeichnis der genannten Verfahren und Instrumente

(S)-PAC	Progressiv Assesment Chart
AAT	Aachener Aphasie Test
ABAT	Allgemeiner Büroarbeitstest
ABI	Arbeitsfähigkeitsindex oder Arbeitsbewältigungsindex
ABMR	Arbeitsplatzbezogene muskuloskeletale Rehabilitation der DGUV
AD-EVA	Interdisziplinäres Testsystem zur Diagnostik und Evaluation bei Adipositas und anderen durch Ess- und Bewegungsverhalten beeinflussbaren Krankheiten
ADST	Allgemeiner Deutscher Sprachtest
AFS	Angstfragebogen für Schüler
AIST-R	Allgemeiner Interessen-Struktur-Test mit Umwelt-Struktur-Test (UST-R)
ALS	Aussagenliste zum Selbstwertgefühl für Kinder und Jugendliche
AVEM	Arbeitsbezogene Verhaltens- und Erlebnismuster
AVT	Anstrengungsvermeidungstest
AZUBI-BK	Arbeitsprobe zur berufsbezogenen Intelligenz Büro- und kaufmännische Tätigkeiten
AZUBI-TH	Arbeitsprobe zur berufsbezogenen Intelligenz Technische und handwerkliche Tätigkeiten
B5PO	Big Five Plus One
BDI/BDI-II	Beck-Depressions-Inventar
Benton-Test	Benton Visual Retention Test
BET	Berufseignungstest
BIP	Bochumer Inventar zur berufsbezogenen Persönlichkeitsbeschreibung
BIT II	Berufs-Interessen-Test II
BOA	Beruflich orientiertes Assessment im Rahmen der medizinischen Rehabilitation Drei Burgen Klinik, Bad Münster am Stein
BORIS	Berufsorientierungszentrum für die Rehabilitation und Integration Suchtkranker
BOSS	Burnout Screening Skalen
BPI	Borderline-Persönlichkeits-Inventar
BPM	Bonner-Postkorb-Module
BSI	Brief Symptom Inventory (Kurz-Fragebogen zur Symptombelastung)
BSL/TeDeL 1+	Bonner Silben-Lesetest - Test zur Dekodierungsleistung
BT	Büro-Test
CFT 1/CFT 3	Grundintelligenztest Skala 1/ Grundintelligenztest Skala 3
CFT 20-R mit WS/ZF	Grundintelligenztest Skala 2 – Revision mit Wortschatztest und Zahlenfolgentest
CoMed-AS (BA)	Fachanwendung für den ärztlichen Dienst
CPT	Continuous Performance Test
D2/D2-R	Aufmerksamkeits-Belastungs-Test
DAI	Differentielles-Leistungsangst-Inventar
DASH	Disabilities of the Arm, Shoulder, Hand Questionnaire
DAUF	Daueraufmerksamkeit
DIA-AM	Diagnose der Arbeitsmarktfähigkeit
DIPS	Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen
DISYPS-II	Diagnostik-System für psychische Störungen nach ICD-10 und DSM-IV für Kinder und Jugendliche-II

DLM	Detmolder Lernwegemodell
DRT	Diagnostischer Rechtschreibtest
EFL	Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit
ELST	English Language Skills Test
EQ-5D	Gesundheitsfragebogen - deutsche Version
ERGOS	Arbeitssimulationssystem
ESI	Eppendorfer Schizophrenie-Inventar
FABA	Fragebogen zur Erfassung beanspruchungsrelevanter Anforderungsbewältigung
FAIR	Frankfurter Aufmerksamkeits-Inventar
FAKT-II	Frankfurter Adaptiver Konzentrationsleistungs-Test
FAT	Fragebogen zur Arbeit im Team
FBS	Fragebogen zu belastenden Sozialerfahrungen in der Peergroup
FCE Verfahren	Functional Capacity Evaluation - Aktivitätsassessment arbeitsbezogener körperlicher Leistungsfähigkeit
FEO	Fragebogen zur Erfassung des Organisationsklimas
FEPAA	Fragebogen zur Erfassung von Empathie, Prosozialität, Aggressionsbereitschaft
FERUS	Fragebogen zur Erfassung von Ressourcen und Selbstmanagementfähigkeiten
FESV	Fragebogen zur Erfassung der Schmerzverarbeitung
FET	Französisch Einstufungstest
FEV	Fragebogen zum Essverhalten
FFbH-R	Funktionsfragebogen Hannover
FKK	Fragebogen zu Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen
FLZ	Fragebogen zur Lebenszufriedenheit
FPI-R	Freiburger Persönlichkeitsinventar
FRT	Figure Reasoning Test
FWIT	Farbe-Wort-Interferenztest
HADS-D	Hospital Anxiety and Depression Scale - Deutsche Version
HAMET	Handlungsorientierte Module zur Erfassung und Förderung beruflicher Kompetenzen
HAWIE	Hamburg-Wechsler-Intelligenztest für Erwachsene
HiPro	Hildesheimer Prozessassessment
HMB-T	Hilfebedarf von Menschen mit Behinderungen im Bereich „Gestaltung des Tages“
HMB-W	Hilfebedarf von Menschen mit Behinderungen im Bereich „Wohnen“
HRT 1-4	Heidelberger Rechentest
HSP	Hamburger Schreibprobe
IBES	Inventar berufsbezogener Einstellungen und Selbsteinschätzungen
IBRP	Integrierter Behandlungs- und Rehabilitationsplan
IDA	Instrumentarium zur Diagnostik von Arbeitsfähigkeiten
IES-R	Impact of Event Scale
IHP	Individuelle Hilfeplanung Landschaftsverband Rheinland Pfalz
IIP	Inventory of Interpersonal Problems
IIP-D	Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme (Deutsche Version)
IMBA	Integration von Menschen mit Behinderungen in die Arbeitswelt
IREPRO	Indikatorenliste zur sozialmedizinischen Beurteilung der Reintegrationsprognose und des Rehabili-

	tationsbedarfs bei Rentenantragstellern mit psychischen Erkrankungen
IRES	Indikatoren des Reha-Status
IS	Irritations-Skala zur Erfassung arbeitsbezogener Beanspruchungsfolgen
ISK	Inventar sozialer Kompetenzen
I-S-T 2000 R	Intelligenz-Struktur-Test 2000
IST Screening	Intelligenz-Struktur-Test – Screening
ITP	Integrierte Teilhabeplanung Landeswohlfahrtsverband Hessen
KASSYS	Kasseler Systemhaus (Qualitätsmanagement-Referenzmodell für den IFD)
K-F AF	Kurzfragebogen zur Erfassung von Aggressivitätsfaktoren
KFA	Kurzfragebogen für Alkoholgefährdete
KKA (a)	Kasseler Kompetenzanalyse
KKA (b)	Kasseler-Konzentrations-Aufgabe für 3- 8 Jährige
KLIFD	Klientenverwaltung Integrationsfachdienste
KLT/ KLT-R	Konzentrations-Leistungs-Test
KÖPS	Fragebogen für körperliche, psychische und soziale Symptome
KVT	Konzentrations-Verlaufs-Test
LFP	Lübecker Fähigkeitenprofil
LGT-3	Lern- und Gedächtnistest
LGVT 6-12	Lesegeschwindigkeits- und Verständnistest für die Klassen 6-12
LMI	Leistungsmotivationsinventar
LPS	Leistungsprüfsystem
MBO	Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation
MELBA	Psychologische Merkmalsprofile zur Eingliederung Behinderter in Arbeit
Mini ICF-APP	Mini-ICF-Rating für Aktivitäts- und Partizipationsstörungen bei psychischen Erkrankungen
MLS	Motorische Leistungsserie
MOI	Multimethodische Objektive Interessensbatterie
MOIN	Motiviert, organisiert, informiert, neuorientiert - Abklärungsmaßnahme BTZ
MOSES	Fragebogen zur Erfassung von Mobilität und Selbstversorgung
MTVT	Mechanisch-Technischer Verständnistest
MWT-A/MWT-B	Mehrfachwahl-Wortschatz-Intelligenztest
NEO-FFI	NEO-Fünf-Faktoren-Inventar
NEO-PI-R	NEO-Persönlichkeitsinventar nach Costa und McCrae, Revidierte Fassung
O-AFP	Osnabrücker Arbeitsfähigkeitenprofil
PAC	Profiling Assessment Clearing (Prüfen Analysieren Klären)
PACT	Performance Assessment and Capacity Testing
PAI 30	Test zur praktischen Alltagsintelligenz
PAREMO-20	Fragebogen zur Erfassung der Reha-Motivation
PILE	Progressive Isoinertial Lifting Evaluation
PLD	Psychologische Leistungsdiagnostik
Profil-AC	Kompetenzanalyse Profil-AC
PSB-R	Prüfsystem für Schul- und Bildungsberatung
PSSI	Persönlichkeits-Stil-und Störungs-Inventar
PVT	Peabody Picture Vocabulary Test

PZP	Persönliche Zukunftsplanung
QUASI	Qualitätshandbuch der technischen Fachdienste der Integrationsämter
RT	Rechtschreibungstest
RT 9+	Rechentest 9+
SASKO	Fragebogen zu sozialer Angst und sozialen Kompetenzdefiziten
SBUSB	Skalen zur Erfassung der subjektiven Belastung und Unzufriedenheit im beruflichen Bereich
SCL-90	Symptomcheckliste bei psychischen Störungen
SF-36	Fragebogen zum Gesundheitszustand
SIBAR	Screening Instrument Beruf und Arbeit in der Rehabilitation
SIMBO	Screening-Instrument zur Erkennung eines Bedarfs an Maßnahmen medizinisch-beruflicher Orientierung
SIMKAP	Simultankapazität/Multi-Tasking
SKASUK	Skalen zur Service- und Kundenorientierung
SKID	Strukturiertes Klinisches Interview für DSM IV
SKT	Kurztest zur Erfassung von Gedächtnis- und Aufmerksamkeitsstörungen
SPMPLS	Raven-Test (Standard Progressive Matrices) Matrizentest
START-C	Testbatterie für Berufseinsteiger - Computer
SVF	Stressverarbeitungsfragebogen
THP	Individuelle Teilhabepaltung (THP) des Landes Rheinland-Pfalz
TIPI	Trierer Integriertes Persönlichkeitsinventar
TL-D	Turm von London – Deutsche Version
VIGIL	Test zur Erfassung der Aufrechterhaltung der Aufmerksamkeit in einer monotonen Reizsituation
VLMT	Verbaler Lern- und Merkfähigkeitstest
VLT/NVLT	Verbaler und Nonverbaler Lerntest
WCST	Wisconsin Card Sorting Test
WIE	Wechsler Intelligenztest für Erwachsene
WIT-2	Wilde-Intelligenz-Test 2
WLST	Würzburger Lesestrategie-Wissenstest für die Klassen 7-12
WMT	Wiener Matrizentest
WOMAC	The Western Ontario and McMasters Universities Osteoarthritis Index
WTB	Werdenfelser Testbatterie zur Messung kognitiv-intellektueller Fähigkeiten bei Menschen mit Behinderung
ZAREKI	Testverfahren zur Dyskalkulie bei Kindern
ZAREKI-K	Neuropsychologische Testbatterie für Zahlenverarbeitung und Rechnen bei Kindern – Kindergartenversion
ZVT	Zahlen-Verbindungs-Test

Anlage XI: Ergebnisthesen, Schlussfolgerungen und Perspektiven zur Machbarkeitsstudie

Grundlagen: Anforderungen und Strukturmerkmale im Kontext der Bedarfsermittlung

1. Sozialpolitische Anforderungen von UN-BRK und SGB IX stellen die gesellschaftliche Teilhabe (beruflich und sozial, über Leistungsgrenzen hinweg) von Menschen mit Behinderung bzw. drohender Behinderung in den Mittelpunkt. An diesem Ziel sind die Prozesse der Bedarfsermittlung von Leistungen zur Teilhabe auszurichten. Sie müssen im Sinne dieser Menschen vollständig, umfassend, ganzheitlich und nach gleichen Maßstäben und Grundsätzen (§ 10 SGB IX) erfolgen. Ergebnisse von Bedarfsermittlungsprozessen sollen trägerübergreifend verwendbar sein, sodass die Leistungen nach Gegenstand, Umfang und Ausführung einheitlich erbracht werden (§ 12 SGB IX, § 96 SGB X).
2. Das Gesamtfeld der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben ist in verschiedener Hinsicht durch Heterogenität geprägt. Diese Heterogenität ist insbesondere bedingt durch eine Vielfältigkeit a) der Personengruppen, deren individueller Bedarfslagen (Teilhabebeeinträchtigungen) und deren Teilhabeziele, b) der möglichen Leistungsträger und Leistungserbringer sowie c) der Art und des Umfangs der Leistungen und deren spezifische Zielstellungen.
3. Bedarfsermittlung findet sowohl bei Leistungsträgern (LT) wie auch bei Leistungserbringern (LE) statt. Bedarfsermittlungsprozesse haben oftmals eine unterschiedliche Zielstellung, was aus ihrem jeweiligen organisationsbezogenen Auftrag resultiert. Leistungsträger verfolgen i. R. d. Leistungsgewährung (Initiierung von LTA) oftmals das Ziel der Leistungsbemessung. Leistungserbringer ermitteln demgegenüber Teilhabebedarfe während der Erbringung von Teilhabeleistungen (Durchführung von LTA), um die Leistung und deren Erbringungsprozess individuell ausgestalten zu können. Daraus ergibt sich, dass Bedarfsermittlungsprozesse zu verschiedenen Zeitpunkten im Rehabilitationsprozess stattfinden, weshalb eine Unterscheidung nach den Reha-Prozessphasen Initiierung, Durchführung und Abschluss erforderlich ist.
4. Über den gesamten Rehabilitationsprozess müssen Leistungsträger und -erbringer zusammenarbeiten und miteinander kommunizieren, insbesondere beim Übergang zwischen verschiedenen Phasen oder Leistungen. Dies bezieht sich zum einen auf den Übergang zwischen den Phasen Initiierung (Leistungsentscheidung LT) und Durchführung (Leistungserbringung LE). Zum anderen werden in der Initiierungsphase partiell Leistungserbringer von Leistungsträgern mit der Durchführung von Leistungen beauftragt, die dem Ziel der Bedarfsfeststellung dienen. Hieraus ergeben sich vielfältige Interaktionsnotwendigkeiten zwischen Leistungsträgern und -erbringern.
5. Die Stärkung der Entscheidungsfreiheit von Menschen mit Behinderung und die Schaffung dazu erforderlicher Wahlmöglichkeiten ist ein vorrangiges Ziel der UN-BRK (Art. 3). Voraussetzung hierfür ist, dass Menschen mit Behinderung systematisch in die Prozesse im Bereich der Bedarfsermittlung einbezogen sind. Hierbei ergeben sich vielfältige Ansatzpunkte von der niederschweligen Beratung über die adressatengerechte Information bis hin zur Erfassung und Berücksichtigung individueller Lebenslagen, Präferenzen, Fähigkeiten, Neigungen und Wünsche. Für viele Menschen, nicht nur solche mit kognitiven Einschränkungen, sind hierbei Informationen, eine direkte Kommunikation in verständlicher Sprache sowie ein transparentes Ver-

fahren oftmals ausschlaggebend für deren aktive Mitwirkung. Dies gilt es bei allen Weiterentwicklungen angemessen zu berücksichtigen.

Verfahren und Instrumente der Bedarfsermittlung

6. Im Rahmen der Bedarfsermittlung werden von den Akteuren unterschiedliche Verfahren und Instrumente eingesetzt. Mit über 1100 Einzelnennungen und daraus ermittelten 429 Verfahren/Instrumenten finden sich bei Leistungsträgern und -erbringern eine Vielzahl unterschiedlichster Verfahren und Instrumente. Diese werden in den verschiedenen Phasen des Rehabilitationsprozesses und mit unterschiedlichen Zielsetzungen eingesetzt.

7. Bei genauerer Betrachtung der von den Leistungsträgern und -erbringern benannten Verfahren und Instrumente, zeigen sich neben Gemeinsamkeiten auch wesentliche Unterschiede zwischen den organisationalen Akteuren.

So haben bei allen Akteuren diagnostische Verfahren (z. B. mit berufs- und arbeitspsychologischer Ausrichtung) eine hohe Bedeutung. Jedoch lassen sich nur wenige Verfahren herausarbeiten, die von den Akteursgruppen gleichermaßen benannt werden (z. B. HAMET, MELBA). Diese Verfahren sind in ihren Zielparametern aber für eine umfassende Bedarfsermittlung allein meist nicht ausreichend.

Insgesamt betrachtet besteht eine ausgeprägte Varianz beim Verfahrens-/Instrumenteneinsatz, insbesondere auf Seiten der Leistungserbringer. Die Studie bestätigt dabei den bisweilen formulierten Praxiseindruck, dass aktuell nicht von einem einheitlichen Vorgehen ausgegangen werden kann, sondern vielmehr von einem heterogenen, diversifizierten Einsatz von Verfahren und Instrumenten in der Bedarfsermittlung. Die Sammlung und systematische Aufbereitung der mehr als 400 aktuell eingesetzten Verfahren und Instrumente i. R. d. Machbarkeitsstudie bildet die Voraussetzung für Überlegungen und Praxisansätze zur Optimierung von Bedarfsermittlungsprozessen.

8. Für die inhaltliche Weiterentwicklung von Bedarfsermittlungsprozessen im Sinne der UN-BRK und des SGB IX besteht das Erfordernis einer stärkeren Konvergenz. Angesichts der unter Punkt 2 angeführten Heterogenität im Bereich der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und dabei insbesondere der unterschiedlichsten Teilhabebeeinträchtigungen und diesen zu Grunde liegenden Gesundheitsstörungen (geistige, körperliche, psychische) der Leistungsberechtigten, ist eine Konvergenz zu einem Verfahren für alle Leistungsberechtigten nicht praktikabel und zielführend. Vielmehr bedarf es für eine stärkere Konvergenz eines übergeordneten Bezugsrahmens für bestehende Verfahren und Instrumente, der zugleich Maßstab für Neu- und Weiterentwicklungen in diesem Bereich sein muss.

Kommunikation und Zusammenarbeit

9. Die aktuelle Nutzung verschiedener Bedarfsermittlungsverfahren mit jeweils z. T. unterschiedlichen Begrifflichkeiten und Systematiken erschwert eine akteursübergreifende Kommunikation bei und zwischen Leistungsträgern und -erbringern über die Ergebnisse der Bedarfsermittlung. Leistungsträger wie Leistungserbringer formulieren hierzu gleichermaßen, dass gemeinsame Begrifflichkeiten zu einer Verbesserung der jeweiligen Kommunikation und Zusammenarbeit beitragen können. Eine Optimierung und Konvergenz nach einheitlichen Anforderungen an die

Prozesse und Ergebnisse der Bedarfsermittlung kann hier zu einer höheren Effizienz beitragen.

Inhaltliche Anforderungen an die Bedarfsermittlung

10. Im Kontext der Bedarfsermittlung ist der Arbeitsmarkt als Ort der Realisierung gelingender Teilhabe von Menschen mit Behinderung zielgerichtet mit einzubeziehen. Das Erreichen einer (neuen) beruflichen Qualifikation bzw. der Erwerb beruflicher Handlungskompetenz ist dabei oftmals hierfür die Voraussetzung, realisiert aber nicht das Ziel der Teilhabe selbst. Daher sind im Rahmen der Bedarfsermittlung nicht allein Fragen der Erforderlichkeit oder Ausgestaltung definierter Leistungen bedeutsam, sondern auch – im Hinblick auf betriebliche Anforderungen und arbeitsmarktliche Chancen – Möglichkeiten gelingender Teilhabe im Kontext der Arbeitswelt zu reflektieren und ggf. Leistungsgestaltungen an veränderte arbeitsmarktliche Anforderungen anzupassen.

Für Menschen denen eine Teilhabe am Arbeitsleben nicht oder noch nicht am ersten Arbeitsmarkt möglich ist, sind dabei zugleich alternative Möglichkeiten zur Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung von wesentlicher Bedeutung (z. B. WfbM).

11. Weitere Optimierungspotenziale bei der Bedarfsermittlung bestehen bei den Voraussetzungen für eine Passgenauigkeit von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben in Bezug auf die Individualität und Spezifik des Einzelfalls. Dabei sollten die Bedarfsermittlungsprozesse stärker ganzheitlich und ressourcenorientiert ausgerichtet werden. Insbesondere sind hierbei Kontextfaktoren und deren Bedeutung für die Erreichung von Teilhabezielen systematisch mit zu betrachten.

Aus einer ganzheitlichen Betrachtung individueller Bedarfslagen leitet sich ab, dass weitere Bedarfslagen, die über die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben hinausgehen (z. B. soziale und/oder psychosoziale Hilfen), im Prozess der Bedarfsermittlung berücksichtigt werden müssen. Dies ist insbesondere dann unablässig, wenn das Erfordernis weiterer Unterstützungsbedarfe (z. B. im Bereich sozialer Teilhabe) die Zielerreichung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben durch bestehende Wechselwirkungen (z. B. zwischen sozialer Stabilität und beruflicher Teilhabe) beeinflussen kann.

ICF – Stellenwert und Bedeutung

12. Die ICF mit dem ihr zu Grunde liegenden bio-psycho-sozialen Modell ist ein umfassendes Klassifikationssystem, das Krankheitsfolgen und Behinderung systematisch abbilden und ordnen kann. Sie kann diese – auch wenn die noch offenen Fragen zur Einschätzung der Schweregrade einer Beeinträchtigung gelöst sind – zwar nicht unmittelbar messen⁹⁴, aber als Ausgangspunkt für deren Erhebung dienen. Sie ist akteursübergreifend als bedeutsame Referenz im Bereich von Rehabilitation und Teilhabe anerkannt, insb. im medizinischen Sektor. Entsprechend geben eine Vielzahl der Leistungsträger und Leistungserbringer an, dass ihnen die ICF bekannt ist. Bei Leistungserbringern findet sich häufiger eine vertiefte Auseinandersetzung mit

⁹⁴ Auch die ICD beinhaltet meist keine Aussagen, wie zu einer bestimmten Diagnose gelangt wird. Vielmehr sind auch dort spezifische Instrumente (Befunde, Skalen etc.) erforderlich.

der ICF. Eine kleine Zahl der Leistungsträger berichtet, das bio-psycho-soziale Modell im Arbeitsalltag zu verwenden, was bei Leistungserbringern häufiger der Fall ist. Einige Leistungserbringer nutzen auch die Items der ICF (inkl. Kodierungen) im Kontext der Bedarfsermittlung. Eine breite insbesondere akteurs- und phasenübergreifende Verwendung der ICF (bio-psycho-soziales Modell als auch Item-Ebene) ist derzeit als Grundlage von Bedarfsermittlungsprozessen im Bereich der beruflichen Rehabilitation nicht auszumachen.

13. In wissenschaftlichen und fachpraktischen Initiativen zur Nutzung der ICF finden sich unterschiedliche Ansätze zur Verbindung des Klassifikationssystems mit Verfahren und Instrumenten. Diese Ansätze haben jeweils unterschiedliche Reichweiten und Ausgestaltungen. Eine (explizite) Verbindungslinie zwischen der ICF (Item-Ebene als auch bio-psycho-soziales Grundmodell) und den – im Kontext der Bedarfsermittlung – eingesetzten Instrumenten ist derzeit nur in Einzelfällen vorhanden und nutzbar.

Zukünftige Entwicklungen, die an der Item-Ebene der ICF ansetzen, hätten auch Antworten auf die bislang von der WHO nicht ausgestalteten Operationalisierungen für die Abbildung von Schweregraden der individuell bestehenden Beeinträchtigungen zu finden.

Potenziale der ICF für die Bedarfsermittlung

14. Von den Akteuren wird der ICF wesentliches Potenzial bei der Überwindung von Kommunikations- und Schnittstellenproblemen bei der Bedarfsermittlung zugeschrieben, wenn diese als anerkannte Referenz zur inhaltlichen und formalen Strukturierung der Bedarfsermittlungsprozesse genutzt wird. So stellt sie zugleich gemeinsame Begrifflichkeiten zur Verfügung, die Basis einer erleichterten akteursübergreifenden Verständigung sein können.

Potenzial wird der ICF gleichfalls für eine systematisierte ganzheitlichere Betrachtung individueller Bedarfe zugeschrieben – z. B. durch den regelhaften Einbezug von Kontextfaktoren in die Bedarfsermittlung (z. B. materielle und soziale Umwelt).

15. Im Blick auf Potenziale zur Nutzung der ICF kann die Ebene des bio-psycho-sozialen Modells (ICF-Komponenten) und die zusätzliche Nutzung von Items/Einzelkategorien (inkl. Kodierungen) betrachtet werden.

a) Zum bio-psycho-sozialen Modell: Als gemeinsame Referenzstruktur ist das bio-psycho-soziale Modell geeignet, eine akteursübergreifende Grundlage der Bedarfsermittlung zu bilden und Prozesse und Ergebnisse der Bedarfsermittlung (inkl. kommunikativer Anforderungen) einheitlicher zu strukturieren und ganzheitlicher zu gestalten.

b) Zur Item-Ebene der ICF: Hinsichtlich der Frage eines möglichen Einsatzes der ICF im Bereich der beruflichen Rehabilitation sind für den Bereich der zusätzlichen Nutzung von Items in Teilbereichen wesentliche fachwissenschaftliche Weiterentwicklungsnotwendigkeiten zu konstatieren – vor allem auf Basis und vor dem Hintergrund bereits in der Nutzung befindlicher Entwicklungen. Um Entscheidungen bzgl. einer breiten Anwendung der ICF-Items (inkl. Kodierungen) in der beruflichen Rehabilitation treffen zu können, sind zukünftig weitere umfassende Arbeiten erforderlich. Dabei sind insbesondere Items des für die Teilhabe am Arbeitsleben besonders bedeutsamen Faktors „Arbeit und Beschäftigung“ fortzuentwickeln. Zudem wären auch Ansätze auszuarbeiten, wie arbeitsmarktrelevante Kompe-

tenzen im System der ICF abgebildet werden können

Einige Leistungserbringer (RPK, BTZ, BBW, WfbM) haben bisher in verschiedenen Modellprojekten offene Fragen der Item-Nutzung spezifisch zu lösen versucht. Diese Ansätze bilden bzgl. weiterer Entwicklungen eine bedeutsame Grundlage, sind aber bislang auf den jeweiligen organisationsbezogenen Rahmen beschränkt (u. a. spezifische Teilhabeziele, Leistungsbereiche und Teilhabe einschränkungen). Die Ansätze unterscheiden sich daher teils wesentlich voneinander und sollten zunächst in geeigneter Form systematisch untersucht werden, bevor Überlegungen zu einer breiten Nutzung der Item-Ebene als Zielsetzung weiter verfolgt werden.

Derzeit sind die erheblichen strukturellen und qualitativen Anforderungen zur akteursübergreifenden Nutzung der ICF auf Item-Ebene nicht sinnvoll zu lösen. Daher ist bei der ICF-Nutzung ein übergreifender, umfassender Ansatz unter Einbeziehung der Item-Ebene aktuell nicht absehbar.