

Abschlussbericht

„Basiskonzept für die Bedarfsermittlung
in der beruflichen Rehabilitation“ (2015-2018)

Förderkennzeichen: 01KM151304

Gefördert durch:



Bundesministerium
für Arbeit und Soziales

IMPRESSUM

ZITATION

BAR, BAG BBW, Hochschule Magdeburg-Stendal (2019): Abschlussbericht Basiskonzept für die Bedarfsermittlung in der beruflichen Rehabilitation. www.bar-frankfurt.de

MITGLIEDER DES PROJEKTTEAMS

BUNDESARBEITSGEMEINSCHAFT FÜR REHABILITATION E. V. (BAR)

Dr. Michael Schubert (Leitung des Projekts)
Mathias Sutorius
Sarah Viehmeier
Ann-Kathrin Poth
Christian Brand
Prof. Dr. Helga Seel
Martina Gassel (2016-2018)
Judith Ommert (2015-2016)

BUNDESARBEITSGEMEINSCHAFT DER BERUFSBILDUNGSWERKE E. V. (BAG BBW)

Rainer Lentz
Tanja Ergin
Dr. Katja Robinson (2015-2017)

HOCHSCHULE MAGDEBURG-STENDAL

Prof. Dr. Matthias Morfeld
Inga Lipowski (2016-2018)
Tobias Wenzel (2015-2016)
Sven Hohmann (2018)

FREIE MITARBEIT

Bia von Raison

MITWIRKENDE AN DER INSTRUMENTENANALYSE UND DEREN VALIDIERUNG

Heike Ackermann	Birgit Heimann	Sonja Rittierott
Dr. Angela Buchholz	Dr. Klaus Keller	Richard Schirmer
Dr. Michaela Coenen	Maria Knorpp	Thomas Sprenger
Ulrich Dohmen	Esther Koch	Dr. Felicitas Stiebler
Ingrid Groppenbächer	Dr. Elisabeth Nüchtern	Dr. Markus Vilsmeier
Dr. Sabine Grotkamp	Prof. Dr. Christian Rexrodt	Sandra Weber
Marion Häselbarth	Kirstin Riedel	Dr. Regina Weißmann

DANKSAGUNG

Die Autorinnen und Autoren bedanken sich bei allen Mitwirkenden an diesem Projekt, insbesondere bei den Mitgliedern der projektbegleitenden Arbeitsgruppen von Leistungsträgern, Leistungserbringern und Leistungsberechtigten, den Mitgliedern des Projektbeirates sowie den Expertinnen und Experten für Ihre Mitwirkung bei der Instrumentenanalyse. Ferner wird dem BMAS für die Projektförderung und fachliche Begleitung gedankt.

Gliederung

I.	ZUSAMMENFASSUNG	5
II.	AUSGANGSLAGE/HINTERGRUND	7
II.1.	Einleitung	7
II.2.	Die Bedarfsermittlung im Rehabilitationsprozess	8
II.3.	Optimierungspotentiale – Ergebnisse der Vorstudie	9
III.	PROJEKTBSCHREIBUNG	11
III.1.	Übergreifende Frage- und Zielstellung des Projektes	11
III.2.	Planung und Ablauf des Projektes	13
III.3.	Projektpartner und Kooperationspartner	14
IV.	GRUNDANFORDERUNGEN AN DIE BEDARFSERMITTLUNG (ARBEITSPAKET 2)	15
IV.1.	Einführung und Zielstellung	15
IV.2.	Methodik	15
IV.3.	Ergebnisse – Grundanforderungen der Bedarfsermittlung	18
V.	KONZEPTIONELLE GRUNDLAGEN FÜR BEDARFSERMITTLUNGSPROZESSE: DAS BASISKONZEPT (ARBEITSPAKET 3)	20
V.1.	Einführung und Zielstellung	20
V.2.	Methodik	20
V.3.	Ergebnisse	24
V.4.	Sozialrechtliche Expertise zur Bedarfsermittlung	24
VI.	INSTRUMENTE DER BEDARFSERMITTLUNG UND DEREN ANALYSE (ARBEITSPAKET 4)	27
VI.1.	Einführung und Zielstellung	27
VI.2.	Instrumentenreduktion und Instrumentenbibliothek	28
VI.3.	Instrumentendifferenzierung	30
VI.4.	Einzelinstrumente	31
VI.5.	Handlungskonzepte der Rehabilitationsträger	41
VI.6.	Spezifische Arbeitsansätze bei Leistungserbringern und Instrumente der Bedarfsermittlung in der Werkstatt für Menschen mit Behinderung	44
VI.7.	Instrumente der Bedarfsermittlung in der Eingliederungshilfe	45
VI.8.	Berichte	47

VI.9.	Gesprächs- und beobachtungsbasierte Ansätze in der Bedarfsermittlung	47
VI.10.	Das Ergebnisformat „Instrumentendatenbank“	49
VII.	PROJEKTKOMMUNIKATION UND ERWEITERE KOORDINATION DER AKTEURE UND DES PROJEKTBEIRATES (ARBEITSPAKET 5)	52
VII.1.	Einführung und Zielstellung.....	52
VII.2.	Externe und interne Projektkommunikation	52
VII.3.	Tagungen, Öffentlichkeitsarbeit und Publikationen.....	56
VIII.	BEITRAG DES PROJEKTES ZUR FORTENTWICKLUNG DER BEDARFSERMITTLUNG BEI LEISTUNGEN ZUR TEILHABE AM ARBEITSLEBEN	60
IX.	KRITISCHE REFLEXION VON PROJEKTVERLAUF UND -ERGEBNISSEN.....	63
X.	PERSPEKTIVEN UND ENTWICKLUNGSBEDARFE	66
X.1.	Perspektiven der Nutzung und Implementation der Projektergebnisse	66
X.2.	Perspektiven der Konsolidierung und Weiterentwicklung der Ergebnisse	69
X.3.	Forschungsbedarfe	73
XI.	LITERATURVERZEICHNIS	76
XII.	ANLAGEN	77
XII.1.	429 Instrumentennennungen im Rahmen der Vorstudie.....	77
XII.2.	Ergänzend zur Vorstudie benannte Instrumente (Nachnennungen)	82
XII.3.	Ausschlüsse.....	84
XII.4.	Übersicht der im Rahmen des Projektes betrachteten Instrumente nach Gruppen	94
XII.5.	Übersicht zum strukturellen Aufbau der Analyseraster zu den Instrumentengruppen	101
XII.6.	Bedienungsanleitung zur Instrumentendatenbank.....	105
XII.7.	Sozialrechtliches Gutachten.....	113
XII.8.	Tagungsdokumentation zur Arbeitstagung 2016	150
XII.9.	Tagungsdokumentation zur Arbeitstagung 2017	222
XII.10.	Tagungsprogramm zur Abschlusstagung 2018.....	266
XII.11.	Das Bedarfsermittlungskonzept für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (separate Anlage)	

I. Zusammenfassung

Bedarfsermittlungskonzept für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

b3 factsheet | Zusammenfassung

Hintergrund, Ziele und Ergebnisse des b3-Projekts



Hintergrund und Bedeutung des b3-Projekts

Bisher bestimmt ein heterogener, diversifizierter Einsatz unterschiedlicher Instrumente die Praxis der Bedarfsermittlung. Eine Vorstudie zum b3-Projekt zeigte wesentliche Weiterentwicklungspotenziale im Bereich der Instrumente zur Bedarfsermittlung auf.¹

Passgenaue Leistungen zur Teilhabe sind maßgeblich für die individuellen Teilhabechancen von Menschen mit Behinderungen. Die Bedarfsermittlung ist in diesem Zusammenhang eine wichtige Phase und hat für Rehabilitationsprozesse eine zentrale Bedeutung. Das Bundesteilhabegesetz hat dies durch konkrete rechtliche Anforderungen im Sozialgesetzbuch IX unterstrichen. Unabhängig von gesetzlichen Normen liegt es jedoch weiterhin in der Hand des zuständigen Akteurs, wie ein Teilhabebedarf im Einzelnen ermittelt wird. Daher bedarf es einer übergreifenden fachlich-inhaltlichen Grundlage, die als gemeinsame Basis für die Praxis von Reha-Trägern und Leistungserbringern dient.

Ziele und Verständnis von Bedarfsermittlung

Ziel des b3-Projekts ist es – gemeinsam mit Reha-Trägern und Leistungserbringern – abgestimmte und übergreifende Grundlagen für die Bedarfsermittlung mit allen Akteuren der beruflichen Rehabilitation zu entwickeln. Unter Nutzung des bio-psycho-sozialen Modells bieten die Ergebnisse des Kooperationsprojekts die Möglichkeit, Prozesse und Ergebnisse der Bedarfsermittlung einheitlicher zu strukturieren und ganzheitlicher zu gestalten. Das Bedarfsermittlungskonzept, als Kernprodukt des b3-Projekts, kann als Arbeitshilfe für Reha-Fachkräfte angesehen werden, die eine Bedarfsermittlung im Bereich der beruflichen Rehabilitation durchführen.

Um ein gemeinsames Verständnis von Bedarfsermittlung in der Praxis zu implementieren, wird im Rahmen des Konzepts ein einheitliches Verständnis von sozialrechtlichen und sozialpolitischen Anforderungen an die Bedarfsermittlung hergestellt. Die Ausgestaltung dieser Anforderungen ist ein Hilfsmittel, um die Umsetzung sozialgesetzlicher Normen in der Bedarfsermittlung nachvollziehbar zu gestalten. Sie bilden auch die Basis dafür, die Belange von Menschen mit Behinderungen einzubeziehen.

¹ Schubert, M. et al. (2014): Prüfung von aktuellem Stand und Potential der Bedarfsermittlung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben unter Berücksichtigung der ICF.

Bedarfsermittlung in Kürze

Die Bedarfsermittlung bezeichnet das Vorgehen, welches auf individueller Ebene Informationen zur Prüfung bzw. Konkretisierung eines vorliegenden Teilhabebedarfs erhebt, bündelt und auswertet. Sie schafft somit die notwendigen Voraussetzungen für die formale Festlegung eines Teilhabebedarfs. Bedarfsermittlung findet sowohl bei Reha-Trägern als auch bei Leistungserbringern statt. Im Einzelnen werden jedoch unterschiedliche Zielstellungen verfolgt. Diese ergeben sich aus der institutionellen Rolle des Akteurs sowie dem Zeitpunkt Ihrer Durchführung. Ergebnisse der Bedarfsermittlung bilden bei Reha-Trägern die Basis für eine ggf. folgende Teilhabeplanung und Auswahlentscheidungen über individuell geeignete und erforderliche Leistungen zur Erreichung der jeweiligen Teilhabeziele (Leistungsauswahl). Bei Leistungserbringern bildet die Bedarfsermittlung die Grundlage für die Anpassung und Ausgestaltung der Leistung zur Erreichung der definierten Teilhabeziele.

Ergebnisse und Konzepte des b3-Projekts

Mit Abschluss des b3-Projekts werden auf der Website der BAR (www.bar-frankfurt.de) drei Produkte zur Verfügung stehen:

- ▶ Ein Basiskonzept für die Bedarfsermittlung bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, als Arbeitshilfe für Reha-Fachkräfte zur Ermittlung von Teilhabebedarf, das sowohl für die Reha-Fachkräfte bei Reha-Trägern als auch bei Leistungserbringern konzipiert wurde.
- ▶ Eine Datenbank (Toolbox). Zur Unterstützung der Anwendung des Basiskonzepts ist eine Datenbank entwickelt worden, die Informationen zu über 250 eingesetzten Instrumenten bei der Bedarfsermittlung umfasst. Die Instrumenten-Steckbriefe enthalten auch eine Zuordnung des jeweiligen Messgegenstandes zum bio-psycho-sozialen Modell. Daneben befinden sich auch Steckbriefe über die Trägerverfahren in der Datenbank.
- ▶ Neben dem Bedarfsermittlungskonzept (Basiskonzept und Datenbank) vervollständigt ein Abschlussbericht die Produkte des b3-Projekts. Im Abschlussbericht werden neben der Reflektion z. B. Nutzenaspekte und Forschungsfragen aufgegriffen.

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) e.V.

Solmsstraße 18
60486 Frankfurt am Main
Telefon: +49 69 605018-0,
Telefax: +49 69 605018-29

mathias.sutorius@bar-frankfurt.de
www.bar-frankfurt.de

Ansprechpartner:
Mathias Sutorius
Telefon: +49 69 605018-57

b3 | Kapitel 4 Inhalte der Bedarfsermittlung (Ausschnitt)



Die Kapitel des Basiskonzepts

1. Einführung
2. Grundanforderungen der Bedarfsermittlung
3. Übergreifende Aspekte der Bedarfsermittlung mit besonderem Fokus auf den Leistungsberechtigten
4. Inhalte der Bedarfsermittlung
5. Zusammenarbeit in der Bedarfsermittlung
6. Die Instrumente der Bedarfsermittlung

(personbezogene Faktoren) liegen können, mit Einfluss auf die individuelle Teilhabe sowie

- ▶ die **Kompetenzen** des Leistungsberechtigten und
- ▶ seine individuellen **Ziele**.

Für die Reha-Fachkraft stehen während einer Bedarfsermittlung zwei Fragen im Fokus, auf die das Basiskonzept explizit Bezug nimmt:

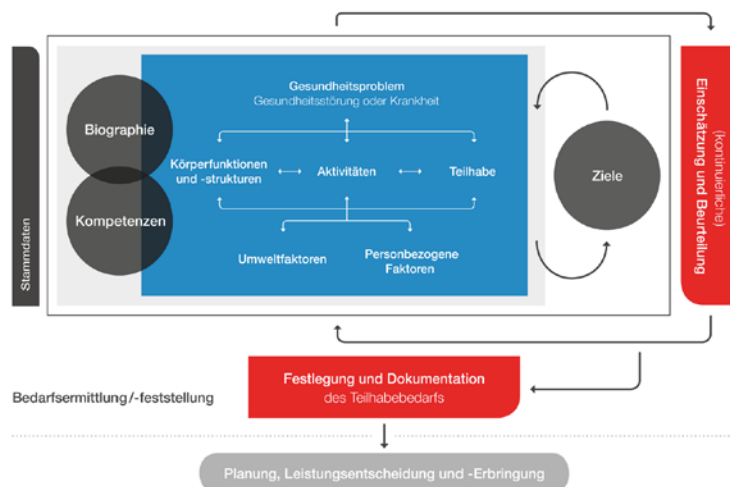
1. Was ist im Einzelfall zu ermitteln? und
2. Wie können die Informationen ermittelt werden?

Einzelne Informationen sind dabei im Dialog mit dem Leistungsberechtigten zu ermitteln. Die gewonnenen Erkenntnisse können jedoch nicht unabhängig voneinander betrachtet werden, vielmehr bewegen sie sich innerhalb von Abhängigkeiten. In einer Bedarfsermittlung sind zwei Abhängigkeiten zentral:

- ▶ Informationen, die sich aus den Inhalten Funktionsfähigkeit und Behinderung, der Biographie und den Kompetenzen eines Menschen zusammensetzen, korrespondieren
- ▶ mit den (gemeinsam entwickelten) Zielen des Leistungsberechtigten.

Arbeitsmodell zur Bedarfsermittlung LTA

Bei jeder Bedarfsermittlung ist eine Vielzahl von Informationen relevant, um den Teilhabebedarf eines Menschen bestimmen zu können. Das Basiskonzept beinhaltet ein Arbeitsmodell, das das bio-psycho-soziale Modells der WHO aufgreift. Mit dem Arbeitsmodell können Inhalte unabhängig von ihrer Form oder ihres Ursprungs strukturiert werden. Weiterhin können Wechselwirkungen, die die Funktionsfähigkeit des Leistungsberechtigten beeinflussen, mit dem Modell erfasst werden.



Zu den Inhalten einer Bedarfsermittlung im Bereich der beruflichen Rehabilitation zählen:

- ▶ die **Biographie** des Leistungsberechtigten,
- ▶ seine **Gesundheitsprobleme**,
- ▶ die **Auswirkungen der Gesundheitsprobleme** auf die Körperfunktionen und -strukturen sowie auf die Aktivitäten und Teilhabe des Leistungsberechtigten,
- ▶ relevante **Kontextfaktoren**, die in der Umwelt (Umweltfaktoren) oder in der Person selbst

Alle ermittelten Informationen stehen miteinander in Verbindung, z. B. bestimmen sie ihre gegenseitige Ermittlungstiefe. Neben dieser ersten Abhängigkeit erfolgt stets eine Beurteilung des aktuellen Ermittlungsstands. Dieser speist sich aus den Zielen sowie den inhaltlichen Ermittlungen zum Teilhabebedarf. Die Reha-Fachkraft beurteilt anhand der erhobenen Informationen, ob ein ausreichender Kenntnisstand zur Einleitung einer Festlegung des Bedarfs vorliegt oder noch weitere Aktivitäten zur Gewinnung von Informationen nötig sind.

Gefördert durch:

 Bundesministerium für Arbeit und Soziales
 aus Mitteln des Ausgleichsfonds

Die Kooperationspartner



II. Ausgangslage/Hintergrund

II.1. Einleitung

Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft von Menschen mit Behinderungen sind seit Langem wichtige gesellschaftliche Zielstellungen. Mit der Einführung des Sozialgesetzbuches (SGB) IX im Jahr 2001 wurden diese Ziele rechtlich normierte Grundlage der Leistungen für Menschen mit Behinderungen. Seit Inkrafttreten der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) im Jahr 2009 in Deutschland besteht die gesellschaftliche und politische Verpflichtung, „Menschen mit Behinderungen in die Lage zu versetzen, ein Höchstmaß an Unabhängigkeit, umfassende körperliche, geistige, soziale und berufliche Fähigkeiten sowie die volle 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).

Als Mittel zum Erreichen der vollen, wirksamen und gleichberechtigten Teilhabe von Menschen mit Behinderungen am Leben in der Gesellschaft sind entsprechende Hilfen und Unterstützungsleistungen in Form von „umfassende(n) Habilitations- und Rehabilitationsdienste(n) und -programme(n)“ (Art. 26 Abs. 1 UN-BRK) bedeutsam, welche in Deutschland vor allem in Form von Leistungen zur Teilhabe (§ 4 SGB IX) für Menschen mit Behinderungen ihr sozialrechtliches Pendant finden. Wenn notwendig sollen Menschen mit Behinderungen bei der Ausübung einer Erwerbstätigkeit durch Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) unterstützt werden.

Entsprechend § 49 SGB IX werden „erforderliche Leistungen erbracht, um die Erwerbsfähigkeit von Menschen mit Behinderungen oder von Behinderung bedrohter Menschen entsprechend ihrer Leistungsfähigkeit zu erhalten, zu verbessern, herzustellen oder wiederherzustellen und ihre Teilhabe am Arbeitsleben möglichst auf Dauer zu sichern“. Dafür wird innerhalb der Vorschrift eine vielfältige Palette von Angeboten für Jugendliche und Erwachsene mit Behinderungen oder drohender Behinderung aufgeführt, die individuell und flexibel erbracht werden sollen. Wesentlich dabei ist, dass für die Auswahl und Durchführung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben die Kenntnisse und Fähigkeiten (Eignung) sowie die Neigungen der Leistungsberechtigten ebenso zu berücksichtigen sind, wie die bisherige Tätigkeit und die Lage und Entwicklung auf dem Arbeitsmarkt (§ 49 Abs. 4 SGB IX).

Eine zentrale Voraussetzung für die Inanspruchnahme von Leistungen zur Teilhabe bildet das Vorliegen einer (drohenden) Behinderung nach § 2 SGB IX. Zu den Menschen mit Behinderungen zählen Menschen, die körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, welche sie in Wechselwirkung mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren an der gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate hindern können (§ 2 Abs. 1 SGB IX). Nach dem Wechselwirkungsansatz manifestiert sich eine Behinderung also erst als Ergebnis der Interaktion zwischen dem Individuum und seiner materiellen und sozialen Umwelt. Ein Bedarf an Rehabilitation resultiert aus den bestehenden Beeinträchtigungen der Teilhabe eines Menschen, wobei sich – ausgehend von den Wünschen und Zielen der Person – in verschiedenen Lebensbereichen unterschiedliche Teilhabebedarfe des Individuums ergeben können.¹

¹ Dabei können die mit den Leistungen verbundenen Interventionen sowohl die Person wie auch das Lebensumfeld (Umweltfaktoren) umfassen.

II.2. Die Bedarfsermittlung im Rehabilitationsprozess

Effiziente Rehabilitationsprozesse beginnen mit einer gezielten und systematischen Ermittlung des individuellen Teilhabebedarfs. Die Bedarfsermittlung bei Leistungen zur Teilhabe ist dabei am sozialpolitischen Ziel einer möglichst dauerhaften gesellschaftlichen Teilhabe von Menschen mit Behinderungen bzw. drohender Behinderung auszurichten. In der Praxis werden bei Reha-Trägern und Leistungserbringern unterschiedliche Termini für die Bedarfsermittlung bzw. Phasen der Bedarfsermittlung verwendet.² Die Entwicklung und Einführung übergreifender fachlicher Grundlagen – als Ziele dieses Projektes – setzt ein gemeinsames Verständnis von Bedarfsermittlung aller Professionen bei Reha-Trägern³ und Leistungserbringern voraus (vgl. auch Bedarfsermittlungskonzept Abschnitt 1.1).

Die Bedarfsermittlung – im Verständnis des Projektes und seiner Ergebnisse – bezeichnet das Vorgehen, welches auf individueller Ebene Informationen zur Prüfung bzw. Konkretisierung eines vorliegenden Teilhabebedarfs erhebt, bündelt und auswertet. Die Bedarfsermittlung schafft somit die notwendigen Voraussetzungen für die formale Festlegung eines Teilhabebedarfs.⁴

Bedarfsermittlung findet in verschiedenen Phasen des Rehabilitationsprozesses und sowohl bei Reha-Trägern als auch bei Leistungserbringern statt (vgl. Abbildung 1). Im Einzelnen sind bei der Bedarfsermittlung jedoch unterschiedliche Zielstellungen relevant. Diese ergeben sich aus der institutionellen Rolle des Akteurs sowie dem Zeitpunkt ihrer Durchführung.

Im Rahmen des Leistungszugangs und der Leistungsbewilligung (Initiierung von LTA) sind auf Basis von Beeinträchtigungen Teilhabeziele zu entwickeln und möglichst passende Leistungen und Hilfen zur Konkretisierung von Teilhabe zu identifizieren (Leistungsbemessung). Dies ist insbesondere die Aufgabe der Reha-Träger. Für diese bilden Ergebnisse der Bedarfsermittlung die Basis für eine ggf. folgende Teilhabeplanung und für Auswahlentscheidungen über individuell geeignete und erforderliche Leistungen zur Erreichung der jeweiligen Teilhabeziele (Leistungsauswahl). Gleichwohl greifen Reha-Träger zur Erfüllung dieser Aufgaben über Auftragsvergaben auch auf geeignete Angebote von Leistungserbringern zurück.

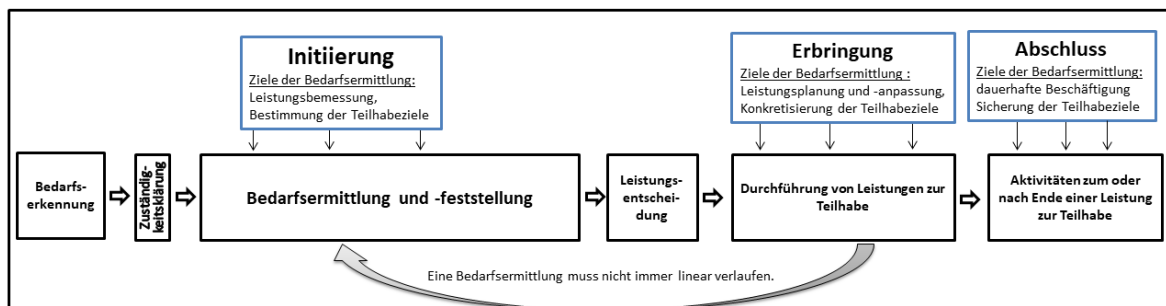


Abbildung 1: Ziele der Bedarfsermittlung im Kontext der Phasen des Rehabilitationsprozesses (modellhafte Darstellung; ohne Teilhabeplanung)

² Z. B. im Bereich der Reha-Träger: Bedarfsklärung (BIH), Ermittlung und Feststellung von Förder- oder Reha-Bedarf (BA, Eingliederungshilfe), Sachaufklärung zur Feststellung des Reha-Bedarfs (RV), Berufliche Neuorientierung (UV). Und bei Leistungserbringern: Ermittlung von Unterstützungsleistungen, Unterstützungsbedarf, Förderbedarf, Fördermaßnahmen, Förderschwerpunkten, Förderzielen, aber auch Kompetenzfeststellung oder Potenzialanalyse.

³ Integrationsämter sind laut § 6 SGB IX zwar keine Reha-Träger, sie sind hier jedoch gleichermaßen adressiert.

⁴ Aufgrund des übergreifenden Geltungsanspruchs für Reha-Träger und Leistungserbringer wird in diesem Konzept der Begriff der „Festlegung“ von Teilhabebedarf verwendet, da sich der gesetzlich eingeführte Begriff der „Bedarfsfeststellung“ nur auf Reha-Träger bezieht. Für Letztere sind „Festlegung“ und „Feststellung“ gleichbedeutend.

Bei der Durchführung von Teilhabeleistungen (Erbringung) ist eine Bedarfsermittlung zur Sicherstellung des Erreichens definierter Teilhabeziele oder ggf. zur Nachjustierung bereits festgelegter Ziele im Rahmen der Erbringung unverzichtbar. Ermittelte Informationen dienen dabei als Grundlage für die zielgerichtete Planung, Ausgestaltung und Anpassung der Leistung. In der Phase der Durchführung der Leistungen zur Teilhabe ermitteln sowohl Leistungserbringer als auch Reha-Träger im Dialog mit dem Leistungsberechtigten Bedarfe, um eine dauerhafte Integration in Arbeit zu verwirklichen (Abschluss).

In der Praxis verlaufen Reha-Prozesse nicht immer linear. Oft folgt auf eine erste Leistung zur Orientierung (z. B. Eignungsabklärung) erst im zweiten Schritt eine Qualifizierungsleistung (z. B. Umschulung). Abbildung 1 bildet Phasen des Rehabilitationsprozesses und die jeweilige Bedeutung für die Bedarfsermittlung vereinfacht ab. Phasen der Bedarfserkennung, Zuständigkeitsklärung, Bedarfsermittlung und -feststellung sowie der Leistungsentscheidung gehen in der Praxis häufig fließend ineinander über.

II.3. Optimierungspotentiale – Ergebnisse der Vorstudie

Eine Vorstudie zu „Stand und Potential der Bedarfsermittlung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (Machbarkeitsstudie)“ (im Folgenden kurz: „Vorstudie“), durchgeführt 2012-2013, hat gezeigt, dass in der Praxis der Bedarfsermittlung von keinem einheitlichen Vorgehen ausgegangen werden kann [1]. Vielmehr sind Bedarfsermittlungsprozesse bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben bei Leistungsträgern und Leistungserbringern bislang – teils stark – diversifiziert. Dies betrifft sowohl die Nutzung von Instrumenten als auch die Dokumentation der Ergebnisse der Bedarfsermittlung. Im Kern wurden drei Ebenen von Optimierungspotenzialen identifiziert⁵: (1) Potentiale der Weiterentwicklung von Prozessen der Zusammenarbeit im Rehabilitationsprozess, (2) Potentiale einer stärkeren Konvergenz von Handlungsprozessen und eingesetzten Instrumenten sowie (3) Potentiale zur Sicherung passgenauer Leistungen für Leistungsberechtigte.

II.3.1. Prozesse der Zusammenarbeit im Rehabilitationsprozess

Im Reha-Prozess bestehen vielfältige Kommunikations- und Interaktionsnotwendigkeiten zwischen Leistungsträgern und -erbringern. Die Nutzung verschiedener Bedarfsermittlungsverfahren/-instrumente mit jeweils z.T. unterschiedlichen Begrifflichkeiten, Zugängen und Systematiken erschwert eine akteursübergreifende Kommunikation bei und zwischen Leistungsträgern und -erbringern über die Ergebnisse der Bedarfsermittlung. Leistungsträger wie Leistungserbringer formulierten hierzu gleichermaßen, dass gemeinsame, miteinander abgestimmte Begrifflichkeiten zu einer Verbesserung der jeweiligen Kommunikation beitragen können. Darüber hinaus bestehen unterschiedliche Anforderungen an das Berichtswesen, welche durch Einrichtungen und Dienste zu erfüllen sind. Eine Optimierung und Konvergenz nach einheitlichen Anforderungen können hier zu einer höheren Effizienz beitragen.

II.3.2. Konvergenz von Handlungsprozessen und eingesetzten Instrumenten

Mit über 1.100 Einzelnennungen und daraus ermittelten 429 Instrumenten⁶ fanden sich bei Leistungsträgern und -erbringern eine Vielzahl unterschiedlichster Instrumente mit denen im Rahmen der Be-

⁵ Ausführlich siehe [1]

⁶ Wenn im Folgenden von „Instrument“ gesprochen wird, folgt das Begriffsverständnis den neuen gesetzlichen Grundlagen (§ 13 SGB IX). Demnach sind unter Instrumenten systematische Arbeitsprozesse und standardisierte Arbeitsmittel zu verstehen. „Arbeitsprozesse [...] können z. B. sein Erhebungen, Analysen, Dokumentation, Planung und Ergebniskontrolle. Arbeitsmittel sind Hilfsmittel, die die Arbeitsprozesse unterstützen, wie z. B. funktionelle Prüfungen (Sehtest, Intelligenztest, Hörtest), Fragebögen und IT-Anwendungen.“ [2].

darfsermittlung Informationen erhoben werden. Diese werden in den verschiedenen Phasen des Rehabilitationsprozesses und mit unterschiedlichen Zielsetzungen eingesetzt. Die Vorstudie bestätigt dabei den bisweilen formulierten Praxiseindruck, dass von einem heterogenen Einsatz von Instrumenten in der Bedarfsermittlung ausgegangen werden kann.

Für die inhaltliche Weiterentwicklung von Bedarfsermittlungsprozessen im Sinne der UN-BRK und des SGB IX besteht das Erfordernis einer stärkeren Konvergenz. Angesichts der Heterogenität⁷ 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 Instrumente, der zugleich Maßstab für Neu- und Weiterentwicklungen in diesem Bereich sein muss.

II.3.3. Passgenaue Leistungen für den Leistungsberechtigten

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 Optimierungspotentialen 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 psycho-soziale Hilfen), was insbesondere von Leistungserbringern angeführt wird. Dies ist vor allem 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 können, um das intendierte Rehabilitationsziel zu erreichen oder dessen Erreichung zu sichern.

⁷ Die Heterogenität kennzeichnet sich insbesondere durch die Vielfältigkeit 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.

III. Projektbeschreibung

III.1. Übergreifende Frage- und Zielstellung des Projektes

III.1.1. Konzeption zu Projektbeginn

Gegenstand des Projektes ist eine Weiterentwicklung der Bedarfsermittlung und schließt dabei alle Akteure der beruflichen Rehabilitation mit ein. Um nicht nur einzelne, institutionell abgegrenzte Verbesserungen zu erreichen, wird hierbei ein akteursübergreifender Ansatz verfolgt. Das Projekt „b3- Das Bedarfsermittlungskonzept“ schließt so unmittelbar an die Optimierungspotenziale und Schlussfolgerungen aus der benannten Vorstudie an: konstatiert die Vorstudie ein Fehlen einheitlicher Grundlagen für die Akteure, ist deren Entwicklung Kerngegenstand dieses Projektes. Solche einheitlichen Grundlagen dienen zum einen dazu, einen einheitlichen Bezugspunkt für die akteurspezifischen Bedarfsermittlungsprozesse wie auch für die künftige Zusammenarbeit der Akteure zu ermöglichen und zum anderen einen gemeinsamen Rahmen für die Nutzung und die Weiterentwicklung von Instrumenten zu bilden.

Aufgabe ist es, mit dem Projekt Wege zur Entwicklung von gemeinsamen Grundlagen der Bedarfsermittlung in Form eines „Basiskonzepts für die Bedarfsermittlung bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben“ unter Nutzung der Komponenten des bio-psycho-sozialen Modells der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zu beschreiben. Das Basiskonzept hat Bezugspunkte für praktisches Handeln zu formulieren, gemeinsame Anforderungen an die Bedarfsermittlung der Akteure zu beschreiben und Unterstützung für die Durchführung von Bedarfsermittlungsprozessen zu bieten.

Im Rahmen des Projektes sind aufbauend auf den sozialrechtlichen Grundlagen der UN-BRK und des SGB IX drei eng miteinander verbundene und wechselseitig miteinander in Beziehung stehende Bausteine fachlich zu entwickeln:

- operationalisierte sozialrechtliche Grundanforderungen an die Bedarfsermittlung
- konzeptuelle Grundlagen für Handlungsprozesse der Bedarfsermittlung bei den Akteuren unter Nutzung des bio-psycho-sozialen Modells sowie
- eine Datenbank die die bei der Bedarfsermittlung verwendeten Instrumenten enthält, verbunden mit den Informationen zu den jeweils spezifischen Messkonstrukten der einzelnen Instrumente (Zielparametern) und deren Relation zu den Komponenten des bio-psycho-sozialen Modell.

Inhaltlich richtet sich das Projekt am bio-psycho-sozialen Modell aus und legt dieses einerseits den Handlungsprozessen bei der Bedarfsermittlung als Arbeitsstruktur zu Grunde. Andererseits ermöglicht die – bislang fehlende – Verknüpfung von Instrumenten mit dem bio-psycho-sozialen Modell

- eine validierte Strukturierung der Instrumente anhand dieses Modells,
- eine nachvollziehbare Auswahl von im Einzelfall relevanten Instrumenten sowie
- die Abbildbarkeit der jeweiligen Ergebnisse des Instrumenteneinsatzes entlang des bio-psycho-sozialen Modells⁸.

⁸ Erst über eine Inbezugsetzung der Instrumente der Bedarfsermittlung zum bio-psycho-sozialen Modell kann die fachlich unbestrittene Anforderung der Erforderlichkeit einer bio-psycho-sozialen Betrachtung von Teilhabebeeinträchtigungen auf der Handlungsebene der Akteure eingelöst werden.

Im Rahmen des Vorhabens ist zu berücksichtigen, dass Leistungserbringer wie Leistungsträger als Akteure der Bedarfsermittlung sowohl das Erfordernis der Differenziertheit von Bedarfsermittlungsprozessen im Einzelfall als auch deren Praktikabilität in der Umsetzung benennen (u. a. in Hinblick auf zur Verfügung stehende Ressourcen). Die konzeptuellen Grundlagen müssen somit sowohl eine gemeinsame fachliche Basis bieten als auch eine unterschiedliche Tiefe von Bedarfsermittlungsprozessen (z. B. Gespräch/Befundbericht vs. umfassendes Assessment) abbilden.

Ausgehend von der thematisch erforderlichen großen inhaltlichen Breite, deren Bogen sich vom Sozialrecht über Handlungsprozesse bei Akteuren bis zu einzelnen Instrumenten der Bedarfsermittlung spannt, bearbeitet das Projekt die oben benannten drei Bausteine gebündelt und bildet auch deren Wechselbeziehungen ab. Aus diesem Arbeitsprozess ergeben sich zwei Produkte:

- Das Basiskonzept für die Bedarfsermittlung bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben selbst, das als Arbeitshilfe für Reha-Träger als auch für Leistungserbringer zu konzipieren war. Das Produkt „Basiskonzept“ bündelt insbesondere die Ergebnisse zu sozialrechtlichen Grundanforderungen und Grundlagen für Handlungsprozesse.
- Die Datenbank zu Instrumenten der Bedarfsermittlung (Toolbox) zur Unterstützung der Anwendung bzw. zur Ermöglichung der Anwendbarkeit des Basiskonzepts auf instrumenteller Ebene.

Beide Produkte – Basiskonzept und Datenbank – sind miteinander verknüpft und entfalten – gemäß der Konzeption des Projektes – ihre vollen Potenziale in Kombination miteinander. Insbesondere das Basiskonzept enthält daher entsprechende Bezüge zur Datenbank bezüglich der Instrumentennutzung. Zusammen sollen beide Produkte zukünftig die professionsübergreifende fachliche Grundlage für die Bedarfsermittlung in der beruflichen Rehabilitation für Reha-Träger und Leistungserbringer darstellen.

Neben der Entwicklung der Ergebnisprodukte zählen ebenfalls zum Projektgegenstand Fragen und Bedingungen der praktischen Nutzung (Implementierung) des Konzepts bei den betreffenden Organisationen im gesamten Projektverlauf, welche systematisch mit zu berücksichtigen sind.

III.1.2. Einfluss des Bundesteilhabegesetzes auf Projektverlauf und Projektergebnisse

Die Entwicklung des Projektantrages erfolgte 2013/2014. Die Laufzeit des Projektes war Juni 2015 bis Oktober 2018. In diesen Zeitraum fiel mit dem Reformprozess zum Bundesteilhabegesetz [3] die größte Gesetzesreform zum Recht der Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderung seit Einführung des SGB IX in 2001, um die bestehenden Regelungen „zu einem modernen Teilhaberecht weiterzuentwickeln“ [2]. Das Artikelgesetz wurde im Dezember 2016 verabschiedet und tritt stufenweise bis 2023 in Kraft. Im Rahmen einer Vielzahl an Weiterentwicklungen von Rechtsnormen im Teil 1 SGB IX wurden mit Inkrafttreten zum 01.01.2018 auch Regelungen zur Bedarfsermittlung gesetzlich gestärkt und konkretisiert [u. a. 4; 5; 6]. Ausweislich der Gesetzesbegründung fanden im Reformprozess auch die Ergebnisse der vorgenannten Vorstudie Würdigung [2]. Die nachfolgend vorgestellten Arbeitsprozesse des Projektes hatten dies konsequent zu berücksichtigen.

Der zum Projektablauf verlaufende parallele Reformprozess und dessen Inhalte wurden systematisch bei der Ausgestaltung und Umsetzung der einzelnen geplanten Arbeitsschritte sowie bei der Ausrichtung der Projektziele berücksichtigt, woraus Justierungserfordernisse der ursprünglichen Planung in inhaltlicher und zeitlicher Hinsicht resultierten. Ebenso wurden die Arbeitsergebnisse des Projektes an den aktuellen rechtlichen Vorgaben des novellierten SGB IX ausgerichtet.

Konkret beinhaltet Teil I des SGB IX seit 01.01.2018 für Reha-Träger spezifische Vorschriften zur Bedarfsermittlung. Nach § 13 SGB IX haben Reha-Träger zur einheitlichen und überprüfbaren Ermittlung des individuellen Rehabilitationsbedarfs systematische Arbeitsprozesse und standardisierte Arbeitsmittel (Instrumente) zu verwenden⁹. Die Instrumente sollen eine individuelle und funktionsbezogene Bedarfsermittlung gewährleisten und die Dokumentation und Nachprüfbarkeit der Bedarfsermittlung sichern, indem sie erfassen,

1. ob eine Behinderung vorliegt oder einzutreten droht,
2. welche Auswirkungen die Behinderung auf die Teilhabe des Leistungsberechtigten hat,
3. welche Ziele mit Leistungen zur Teilhabe erreicht werden sollen und
4. welche Leistungen im Rahmen einer Prognose zur Erreichung der Ziele voraussichtlich erfolgreich sind.

Die gesetzlichen Vorgaben wurden durch die Reha-Träger im Rahmen der Gemeinsamen Empfehlung Reha-Prozess in den Jahren 2017/2018 konkretisiert [7; 8] und auf ihre gemeinsamen Anforderungen hin ausgerichtet. Das Konzept baut im Ergebnis auf diesen Anforderungen auf und knüpft an die Regelungen der Gemeinsamen Empfehlung an. Neben den skizzierten fachlich-inhaltlichen Zielen des Projektes können die Ergebnisse somit auch dazu beitragen, die Akteure bei der Umsetzung der neuen gesetzlichen Anforderungen zu unterstützen.

III.2. Planung und Ablauf des Projektes

Das Projekt gliederte sich insgesamt in sechs Arbeitspakete:

- Arbeitspaket 1: Projektkonstitution/Vorbereitung
- Arbeitspaket 2: Grundanforderungen an die Bedarfsermittlung
- Arbeitspaket 3: Konzeptuelle Grundlagen der Bedarfsermittlung
- Arbeitspaket 4: Instrumente der Bedarfsermittlung
- Arbeitspaket 5: Projektkommunikation und Koordination der Akteure
- Arbeitspaket 6: Abschluss und Reporting

Der weitere Bericht gliedert sich nach den Arbeitspaketen mit fachlichem Schwerpunkt, weshalb hier zur Vermeidung von Redundanzen auf eine differenzierte Darstellung zu den Arbeitspaketen 2 bis 5 verzichtet wird. Vielmehr wird jeweils an entsprechender Stelle mit den geplanten Zielstellungen/Aufgaben des Arbeitspaketes eingeleitet.

Die Arbeitspakete 1 und 6 bilden erforderliche fachlich-organisatorischen Aufgaben im Zusammenhang mit der Durchführung des umfassenden Vorhabens ab. Als erster Arbeitsschritt des Projektes erfolgte im Rahmen des Arbeitspaketes 1 die Konstitution des Projektteams und der Aufbau der Projekt(infra)struktur. Dazu zählten die Präzisierung des Arbeitsplans, ein erster Kontaktaufbau zu den für die Projektarbeit erforderlichen Akteuren, insbesondere zu relevanten Ansprechpartnern der Leistungsträger und Leistungserbringer sowohl auf der verbandlichen Ebene als auch teils auf Ebene der Einzelorganisationen oder spezifischen Abteilungen/Diensten, sowie der Aufbau tragfähiger Kommunikationsbeziehungen zu Verbänden von Menschen mit Behinderungen, um die Partizipation von

⁹ Für die Träger der Eingliederungshilfe gelten zusätzlich die Grundsätze zu den Instrumenten nach § 118 SGB IX.

Menschen mit Behinderungen bzw. Leistungsberechtigten von Projektbeginn an sicherzustellen. Es erfolgte die Bildung eines strategisch ausgerichteten Projektbeirats inklusive der Benennung/Berufung der Mitglieder. Weiterführend siehe insbesondere die Ausführungen zu Arbeitspaket 5 (siehe Kapitel VII).

Im Rahmen des Projekts wurden jährlich Zwischen- bzw. Sachstandsberichte, dieser Abschlussbericht sowie Verwendungsnachweise für den Projektförderer angefertigt.

III.3. Projektpartner und Kooperationspartner

Das Projekt wurde im engeren Sinne als Kooperationsprojekt der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V. (BAR) für die Rehabilitationsträger, der Bundesarbeitsgemeinschaft der Berufsbildungswerke e.V. (BAG BBW) für die Leistungserbringer und der Hochschule Magdeburg-Stendal durchgeführt. Zugleich war es gemeinsames Vorhaben der Leistungsträger sowie von acht Bundesarbeitsgemeinschaften von Leistungserbringern¹⁰ für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben. Daher waren Mitglieder dieser Organisationen systematisch in die Projektarbeit eingebunden.

Über vorstehende Akteure hinaus wurden angesichts der Verschiedenheit der Instrumente zur Bedarfsermittlung sowie der Differenziertheit der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben insbesondere Leistungsberechtigte und verschiedene Experten eingebunden, um für die Praxis nutzbare Ergebnisse zu erzielen (siehe Kapitel VII). Auf diese Weise wurde die Einbindung der für die berufliche Rehabilitation zentralen Akteure sowie weiterer wissenschaftlicher Expertise sichergestellt.

Die drei Projektpartner haben bereits 2012-2013 die Vorstudie für dieses Projekt mit Förderung des BMAS durchgeführt. Zwischen den beteiligten Partnern bestanden somit bereits etablierte, tragfähige Kooperationsbeziehungen, in denen sich die Zusammenarbeit bewährt hatte.

Die Antragstellung und Projektleitung sowie die Abstimmung mit dem BMAS als finanziellem Förderer erfolgten durch die BAR, die auch die Koordinierung bzw. Einbindung der Rehabilitationsträger übernahm. Die BAG BBW war für die Koordination der acht Bundesarbeitsgemeinschaften von Leistungserbringern zuständig, für die sie ihre Aufgaben als Projektpartner übernahm. Die Hochschule Magdeburg-Stendal brachte wissenschaftlich-methodische Expertise in das Vorhaben ein und war für die wissenschaftliche Begleitung des Projektes zuständig.

¹⁰ Netzwerk berufliche Rehabilitation (NbR)

IV. Grundanforderungen an die Bedarfsermittlung (Arbeitspaket 2)

IV.1. Einführung und Zielstellung

Alle Prozesse der Bedarfsermittlung stehen sowohl im Kontext von ökonomischen Anforderungen der Effektivität und Effizienz als auch gesellschaftlicher und sozialrechtlicher Anforderungen von UN-BRK und SGB IX. Diese Anforderungen manifestieren sich in Kriterien wie beispielsweise *individuell*, *umfassend* und *funktionsbezogen* und stellen die zentralen Grundpfeiler jeder Bedarfsermittlung dar. Ein bislang fehlendes gemeinsames Verständnis solcher Grundanforderungen [1] führte in der Vergangenheit zu unterschiedlichen Vorgehensweisen und Schwerpunktsetzungen. Zur weiteren Stärkung der Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben wie auch zur Umsetzung der Vorgaben der UN-BRK, des SGB IX sowie des grundgesetzlich normierten Gleichheitsgrundsatzes, ist ein einheitliches Verständnis der Begriffe als gemeinsame Basis der Akteure erforderlich. Zielstellung des Arbeitspakets 2 „Grundanforderungen an die Bedarfsermittlung“ ist die Erstellung eines Katalogs mit Grundanforderungen an die Prozesse der Bedarfsermittlung sowie von Indikatoren zu deren Operationalisierung. Die Aufgabe des Projektteams war hierzu die Erledigung inhaltlicher Vorarbeiten sowie – in Zusammenhang mit Arbeitspaket 5 – das Initiieren und Moderieren eines Verständigungsprozesses der Akteure.

Hieraus leiteten sich folgende Arbeitsschritte im Rahmen des Gesamtprojekts ab:

- die Erarbeitung einer träger-/akteursübergreifenden Zusammenstellung von gemeinsamen Grundanforderungen der Bedarfsermittlung,
- eine nähere und handhabbarere Bestimmung dieser Grundanforderungen im Einzelnen (Operationalisierung) (z. B. Was ist konkret unter Anforderungen wie „ganzheitlich“ oder „transparent“ im Kontext der Bedarfsermittlung zu verstehen?) sowie
- die Ermittlung von Wegen einer praktikablen Umsetzung der Grundanforderungen

Dem folgend wurden zentrale Anforderungen an die Bedarfsermittlung herausgearbeitet, beschrieben und für die Akteure übergreifend und einheitlich näher bestimmt. Als Ergebnis liegt ein Katalog mit Grundanforderungen an die Prozesse der Bedarfsermittlung vor, inklusive Indikatoren zu deren Operationalisierung. Die näher bestimmten Grundanforderungen finden zudem Eingang in die Ausgestaltung des Basiskonzepts (vgl. Arbeitspaket 3, Kapitel IV.2). Als handlungsleitende Prinzipien ergeben sich aus ihnen Konsequenzen für Breite, Tiefe, Inhalt, Form und Umfang der Bedarfsermittlung.

Die für das Gesamtprojekt grundlegenden Arbeiten dieses Arbeitspakets bildeten die Basis für die Bearbeitung der Arbeitspakete 3 und 4.

IV.2. Methodik

Die Erarbeitung des Arbeitspakets 2 „Grundanforderungen an die Bedarfsermittlung“ folgte in mehreren Teilschritten einer iterativen Bearbeitungslogik. Wesentliche Grundlage zur Erstellung eines Katalogs mit Grundanforderungen an die Bedarfsermittlung bildeten zum einen eine systematische Literaturanalyse sowie zum anderen empirische Ergebnisse aus Einzelinterviews und Gruppendiskussionen mit verschiedenen Experten. Es wurde die Arbeitsfassung eines Ergebnispapiers erstellt, die Ergebnisse der einzelnen Arbeitsschritte jeweils aufeinander bezogen und dieses Ergebnispapier entsprechend fortentwickelt.

IV.2.1. Systematische Literaturanalyse

Beginnend mit dem Start des Projektes im Juni 2015 wurde in einem ersten Schritt eine Literaturanalyse zur aktuellen bestehenden Fachdiskussionen über Fragen des Teilhabebedarfs und dessen Ermittlung vom Projektteam durchgeführt.

Aufbauend auf den erreichten Zwischenergebnissen wurde für 14 identifizierte Begriffe (siehe Ergebnisse) jeweils eine Literaturrecherche im Karlsruher Virtuellen Katalog und in verschiedenen Internetdatenbanken¹¹ und Zeitschriften¹² durchgeführt, sowie Konferenzbände, Tagungsberichte und weitere Materialien¹³ in die Rechercheeinbezogen. Zudem wurden verschiedene Fachlexika, Nachschlagewerke und gängige gesetzliche Kommentierungen (insbesondere zum SGB IX und zur UN-BRK) verwendet. Der jeweils aktuelle Stand der Diskussion um ein Bundesteilhabegesetz und damit verbundene einheitliche Anforderungen an die Bedarfsermittlung wurden durch die Einbeziehung von ASMK-Protokollen¹⁴, Positionspapieren und Stellungnahmen sowie Bundestags-/Bundratsdrucksachen mit aufgenommen.

Die Literaturrecherche wurde weithin auf die genannten Begriffe in Kombination mit den Schlagworten „Rehabilitation“, „Teilhabe“ und „Bedarf/Bedarfsermittlung/Bedarfsfeststellung“ eingegrenzt. Die Suche bezog sich ferner weitestgehend auf deutschsprachige Literatur der letzten 10-15 Jahre, in einzelnen Fällen wurde auch internationale Literatur herangezogen. Neben einer Suche in den oben aufgeführten Datenbanken/Informationsquellen wurden die Such-Ergebnisse auf weitere relevante Quellen hin überprüft. Die gefundenen Treffer wurden erfasst, Duplikate entfernt und hinsichtlich ihrer Relevanz überprüft. Die Literaturlauswertung wurde im Rahmen einer inhaltlichen Textanalyse der relevanten Quellen vorgenommen.

Anknüpfend an diese Zwischenergebnisse wurde zu den identifizierten 14 Grundanforderungen eine weitergehende systematische Literaturrecherche durchgeführt und bestehende Arbeitsentwürfe ergänzt, konkretisiert und angepasst. Neben der Recherche, Durchsicht und Einarbeitung weiterer Literatur, war der Gesetzgebungsprozess zum Bundesteilhabegesetz zwingend zu berücksichtigen. Dies beinhaltete den im Rahmen des Reformprozesses geführten fachlichen Diskurs (insb. Papiere und Positionen) sowie die Analyse der entsprechenden Entwürfe im Gesetzgebungsverfahren. Außerdem waren bereits erreichte Arbeitsstände am Ergebnis des Gesetzgebungsverfahrens (als neue Rechtsnormen) auszurichten.

IV.2.2. Empirische Arbeitsansätze

Parallel zur literaturbasierten Ausarbeitung wurden die Grundanforderungen an die Bedarfsermittlung mit Vertretern von Leistungsträgern, Leistungserbringern und Leistungsberechtigten hinsichtlich ihrer praktischen Bedeutung diskutiert. Die Ergebnisse flossen zusammen mit den Ergebnissen der Literaturlauswertung in ein Gesamtpapier ein. Die Diskussion mit den Akteuren erfolgte unter Nutzung verschiedener methodischer Ansätze.

¹¹ Google Scholar, SpringerLink, Pubmed, PubPsych, Juris, BeckOnline, Gesis Sowiport, Rehadat und der Datenbank Forschungsprojekte der Deutschen Rentenversicherung.

¹² Insbesondere: Die Rehabilitation, Nachrichtendienst des Deutschen Vereins, Neue Zeitschrift für Sozialrecht, Recht und Praxis der Rehabilitation, Sozialrecht und Praxis, Berufliche Rehabilitation, Zeitschrift für Sozialreform, Werkstatt Dialog.

¹³ Reha-Kolloquium Bände, ConSozial Dokumentationen, Sammelbände Diskussionsforum Reha-Recht (www.reha-recht.de).

¹⁴ Die Arbeits- und Sozialministerkonferenz (ASMK) ist die ständige Fachkonferenz der für Arbeits- und Sozialpolitik zuständigen Minister und Senatoren der deutschen Bundesländer.

IV.2.2.1. Gruppendiskussionen

Ursprünglich (Projektantrag) vorgesehen waren einzelne Expertengespräche mit ausgewählten Vertreter/-innen relevanter Akteursgruppen (insbesondere Verbände von Menschen mit Behinderung, Leistungsträger, Leistungserbringer). Aufgrund der parallelen Einrichtung mehrerer fester Arbeitsgremien für das Projekt (siehe Kapitel VII), wurde diese Arbeitsmethodik fortentwickelt. So wurde die Sub-Zielstellung der Befragung relevanter Akteursgruppen (Leistungsträger, Leistungserbringer sowie Verbände für Menschen mit Behinderung) zur praxisbezogenen Konzeptualisierung der Grundanforderungen weniger über Einzelinterviews (ursprünglich n=15, realisiert n=3), sondern vielmehr über Gruppendiskussionen (n=1 separat, n=6 i. R. d. Fachtagung 2016, n=3 i. R. d. der Arbeitsgruppen) realisiert. Hierdurch konnte, trotz einer etwas geringeren Gesamtzahl an Interviews, insgesamt eine größere Zahl an Personen und damit verbundener Perspektiven in den Arbeitsprozess einbezogen werden. Im Ergebnis wurden insgesamt mehr als 15 Personen befragt. Die Gruppendiskussionen wurden aufgezeichnet und anschließend verdichtend zusammengefasst und ausgewertet. Zielstellung dieses Arbeitsschrittes war eine Diskussion der Grundanforderungen bezüglich ihrer praktischen Bedeutung für die Bedarfsermittlung.

IV.2.2.2. Interviews

Zum Abschluss des Arbeitspaketes 2 erfolgte eine Validierung der Arbeitsergebnisse (Definition und Operationalisierung der Grundanforderungen) durch Hinzuziehung einschlägiger und ausgewiesener wissenschaftlicher Fachexperten. Im Rahmen von fünf Expertengesprächen wurden mit Vertretern der Wissenschaft jeweils zwei Grundanforderungen intensiv diskutiert:

- umfassend und funktionsbezogen: Prof. Dr. Felix Welti, Universität Kassel
- transparent und zielorientiert: Prof. Dr. Frank Unger, Hochschule Fulda
- partizipativ und interdisziplinär: Prof. Dr. Petra Gromann, Hochschule Fulda
- lebenswelt-/sozialraumorientiert und individuell: Prof. Dr. Albrecht Rohrmann, Universität Siegen
- zielorientiert und interdisziplinär: Prof. Dr. Thorsten Meyer, Medizinische Hochschule Hannover; jetzt Universität Bielefeld

Die Zuordnung der Grundanforderungen zu den Experten erfolgte auf Grundlage der jeweiligen besonderen fachlichen Expertise. Den Gesprächspartnern wurden die Arbeitsmaterialien im Vorfeld zur Verfügung gestellt. Die Gespräche wurden leitfadengestützt durchgeführt, aufgezeichnet und anschließend zusammengefasst und ausgewertet.

IV.2.3. Operationalisierung der Grundanforderungen

Die Arbeitsergebnisse zur Beschreibung der Grundanforderungen bildeten die Ausgangsbasis für deren weitergehende Operationalisierung. Die im Papier enthaltenen inhaltlichen Aussagen wurden – in Anlehnung an die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring [9; 10] – extrahiert und verdichtet mit dem Ziel der Zusammenfassung und Strukturierung der acht Kriterien. Essenz der Analyse bildeten Leitsätze, die übergeordnete Anforderungen an die Bedarfsermittlung beinhalten.

IV.2.4. Ergebniserörterungen und Weiterentwicklung der Arbeitsergebnisse

Auf der Grundlage der Ergebnisse des fachlichen Austausches mit den unterschiedlichen Akteuren (Leistungsträger, Leistungserbringer, Verbände für Menschen mit Behinderung und der Wissenschaft) sowie der rechtlichen Entwicklungen und dem Inkrafttreten des Bundesteilhabegesetzes wurden die Grundanforderungen überarbeitet und zusammenfassende Arbeitspapier wurde anschließend aktualisiert und angepasst.

Die verschiedenen Arbeitsstände des Papiers zu den Grundanforderungen, seine Verdichtung auf acht Kriterien sowie die Bildung von Indikatoren wurden in regelmäßigen Abständen in den Arbeitsgruppen vorgestellt und diskutiert. Die Überarbeitung der Grundanforderungen erfolgte somit kontinuierlich unter Einbeziehung der Praxis.

IV.3. Ergebnisse – Grundanforderungen der Bedarfsermittlung

Im Rahmen der Literaturanalyse wurden relevante Anforderungskriterien bestimmt. Im Zuge des Reformprozesses Bundesteilhabegesetz wurden verschiedene Grundanforderungen an die Bedarfsermittlung explizit in die Diskussion eingebracht (*transparent, trägerübergreifend, interdisziplinär, konsensorientiert, individuell, lebensweltbezogen, sozialraumorientiert, zielorientiert*). Darüber hinaus wurden weitere Kriterien identifiziert (*umfassend, funktionsbezogen/ICF-orientiert, personenzentriert, partizipativ, kompetenzorientiert, barrierefrei*), sodass sich unter Einschluss des „Leitbegriffes“ der Personenzentrierung insgesamt zunächst ein Katalog von 14 Grundanforderungen ergab (Tabelle 1, Spalte 2).

Anschließend wurde für diese Begriffe sowohl eine allgemeine Definition bzw. Verwendung/Herkunft des Begriffes als auch die Bedeutung des Begriffes im Kontext der Bedarfsermittlung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben verdichtend herausgearbeitet. Die Ergebnisse der Gruppendiskussionen erweiterten die theoretischen Beschreibungen der Grundanforderungen um einen empirischen Beitrag.

Im Zuge der weiteren Bearbeitung konnten mit Blick auf die Bedarfsermittlung zwischen den einzelnen Anforderungen verschiedene inhaltliche Überschneidungen identifiziert werden. Aus diesem Grund, um die Anforderungen in der Praxis handhabbarer zu machen, und unter Berücksichtigung der aktuellen gesetzgeberischen Entwicklungen, wurden die bestehenden 14 Grundanforderungen auf acht zusammengeführt und verdichtet.

Die verbleibenden Grundanforderungen sind, wie Abbildung 2 zeigt, hinsichtlich Ihrer Bedeutung für die Bedarfsermittlung schwerpunktmäßig als prozessuale und/oder inhaltliche Anforderungen qualifizierbar.

Aufbauend auf die vorstehende Verdichtung und die Zusammenführung der vorliegenden theoretischen und empirischen Ergebnisse, entstand ein strukturiertes Ergebnispapier, das im Ergebnis nun acht Kriterien umfasst. Dieses floss als Kapitel 2 in das Basiskonzept ein. Die Indikatoren (zur Operationalisierung der Anforderungen) fanden Eingang in die „übergreifenden Aspekte der Bedarfsermittlung mit besonderem Fokus auf dem Leistungsberechtigten“ (Kapitel 3), die „Inhalte der Bedarfsermittlung“ (Kapitel 4) sowie die „Prüfkriterien zur Bedarfsermittlung“ (Anlage 2) des Basiskonzepts. Sie bilden so für die weiterführenden Anforderungen an Handlungsprozesse der Bedarfsermittlung ein wesentliches fachliches Gerüst.

Tabelle 1: Kriterienreduktion

	Einzelkriterien	Regelungsort im SGB IX		Verdichtung	Verbleibende Grundanforderungen
		§ 13f.	§ 117		
1	Umfassend	X		Umfassend inkl. trägerübergreifend	Umfassend
2	Funktionsbezogen	X			Funktionsbezogen
3	Individuell	X	X		Individuell
4	Zielorientiert	(X)	X	Zielorientierung inkl. Konsensorientiert	Zielorientiert
5	Trägerübergreifend		X	Zu umfassend; Umfassend auf Makroebene = trägerübergreifend	-
6	Interdisziplinär/ multidisziplinär/ multiprofessionell		X		Multi-/interdisziplinär
7	Transparent		X		Transparent
8	Konsensorientiert		X	Zu Zielorientierung	-
9	Lebensweltorientiert		X	Zusammenführung Lebenswelt- und Sozialraumorientierung	Lebenswelt- und sozialraumorientiert
10	Sozialraumorientiert		X		
11	Partizipativ		(X)	Zusammenfassung partizipativ und barrierefrei; Barrierefreiheit als Voraussetzung zur Partizipation	Partizipativ
12	Barrierefrei				
13	Kompetenzorientiert			Nicht als Grundanforderung qualifiziert aber im Konzept an zentraler Stelle aufzunehmen (siehe auch Ressourcenorientierung)	-
14	Personenzentriert			Als zu untersetzender „Leitbegriff“ und nicht als handlungsleitende Grundanforderung qualifiziert.	-

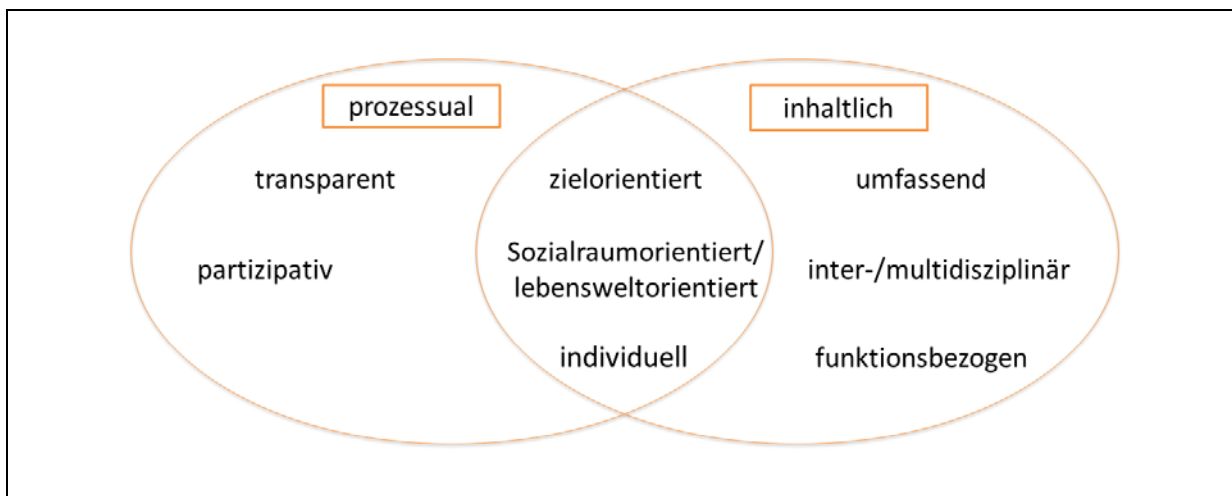


Abbildung 2 Grundanforderungen an die Bedarfsermittlung

V. Konzeptionelle Grundlagen für Bedarfsermittlungsprozesse: das Basiskonzept (Arbeitspaket 3)

V.1. Einführung und Zielstellung

Zur Realisierung der Optimierungspotentiale, die mit der Studie „Prüfung von aktuellem Stand und Potential der Bedarfsermittlung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben unter Berücksichtigung der ICF (Vorstudie)“ aufgedeckt wurden, war die Erarbeitung konzeptioneller Grundlagen für die Praxis der Bedarfsermittlung erforderlich. Ziel dieser Konzeptionierung war es, Möglichkeiten, die sich mit der Nutzung des bio-psycho-sozialen Modells verbinden, zu entwerfen. Die zu entwickelnden Grundlagen sollten, aufbauend auf definierte Grundanforderungen (vgl. Kapitel IV), einen – bislang fehlenden – Handlungs- und Orientierungsrahmen für alle Akteure bilden und Möglichkeiten der effektiven und praktikablen Nutzung des bio-psycho-sozialen Modells in der Bedarfsermittlung beschreiben.

Mit Blick auf den Reha-Prozess bestand der Kern der Konzeptionierung darin, das bio-psycho-soziale Modell zu allen Zeitpunkten, in denen Bedarfsermittlung stattfindet, einheitlich nutzen zu können. Weiteres Ziel dieses Arbeitspakets war es, für die bislang weitgehend getrennt ablaufenden Bedarfsermittlungen bei Reha-Trägern und Leistungserbringern mit dem bio-psycho-sozialen Modell eine gemeinsame und professionsübergreifende Grundlage zu schaffen. Alle Leistungsentscheidungen bzw. Leistungsanpassungen sollten sich damit auf diese – international anerkannte – einheitliche fachliche Basis beziehen lassen. Ausgehend von den o. a. Produkten lautet die konkrete Zielstellung der Erarbeitung der konzeptionellen Grundlagen:

- die Erstellung eines Konzepts zur Bedarfsermittlung in der beruflichen Rehabilitation,
- die Entwicklung eines Formats für die Struktur von Ergebnissen sowie
- das Aufzeigen von Möglichkeiten zur Verbesserung der Kommunikation.

V.2. Methodik

Aufgabe des Projektteams war es, einen gemeinsamen Prozess zur Nutzung des bio-psycho-sozialen Modells in der Bedarfsermittlung zu initiieren, die Entwicklung des Konzepts vorzubereiten und zu begleiten. Hierbei waren auch die Kommunikations- und Abstimmungsprozesse mit den Akteuren zu moderieren, um gemeinsam zu konsentierten Ergebnissen in Form eines Bedarfsermittlungskonzepts für LTA zu gelangen. Verteilt über die gesamte Projektlaufzeit waren verschiedene arbeitsmethodische Schritte vorgesehen:

- a) Entwicklung von Grundelementen und Eckpunkten des Konzepts unter Nutzung des bio-psycho-sozialen Modells,
- b) Kommunikation (Erhebung und Diskussion) mit Akteuren zu bestehenden spezifischen Arbeitsansätzen zwecks Anschluss- bzw. Passungsfähigkeit,
- c) Ausdifferenzierung und Fortentwicklung des Basiskonzepts in struktureller und prozessualer Hinsicht,
- d) Beauftragung einer sozialrechtlichen Expertise,
- e) Abstimmung mit Akteuren, Diskussion von Implementationsaspekten und Produkterstellung,
- f) Produkterstellung „Konzept Bedarfsermittlung bei LTA“.

Den dargestellten Arbeitsschritten lag keine konsekutive Abfolge zugrunde, vielmehr folgten die Arbeitsschritte einer iterativen Logik. Das heißt, die Bearbeitung der Schritte erfolgte angesichts der Interdependenzen oft parallel. Mit Blick auf die einzelnen Arbeitsschritte wurde wie nachfolgend beschrieben vorgegangen.

V.2.1. Entwicklung von Grundelementen und Eckpunkten des Konzepts unter Nutzung des bio-psycho-sozialen Modells

Den Kern der Grundlagen für die Prozesse der Bedarfsermittlung bildete das bio-psycho-sozialen Modells der WHO. Die Aufgabe war hierzu dieses Modell für die Bedarfsermittlung bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nutzbar zu machen. Im Rahmen der Entwicklung der konzeptuellen Grundlagen für die Prozesse der Bedarfsermittlung waren zwei Bestandteile zu unterscheiden:

- Die Entwicklung eines – auf dem bio-psycho-sozialen Modell fußenden – aktorsübergreifenden, kategoriebezogenen Ordnungssystems (kategoriale Grundstruktur), bei welchem die für die Bedarfsermittlungsprozesse bei LTA erforderlichen Erweiterungen (insb. Kompetenzen und Teilhabeziele) sinnvoll zu konzeptualisieren und integrieren sind.
- Die konzeptuelle Entwicklung von Rahmenbedingungen organisationaler Handlungsprozesse. Also: Wann und wie dieses Ordnungssystem mit welchem Ziel bei den Bedarfsermittlungsprozessen zu nutzen ist (Verfahrensaspekte). Es geht hierbei insbesondere um Fragen des „Was?“ (Inhalt), „Wer?“ (Akteur, Rolle), „Wann?“ (Zeit) und „Wie?“ (Form).

Als methodische Grundlagen für die Entwicklung von Eckpunkten und Grundelemente dienten

- einerseits die Ergebnisse zur Definition und Operationalisierung der Grundanforderungen an die Bedarfsermittlung und
- andererseits die gegenstandsbezogene Aufbereitung der Möglichkeiten des bio-psycho-sozialen Modells der WHO für die Bedarfsermittlung.

Das Vorgehen bei der Erarbeitung dieser Grundlagen folgte einem lernenden, diskursiven Entwicklungsansatz, der sich mit dem Erschließen jeder weiteren Quelle verdichtete. Ausgehend vom Projektantrag wurden vom Projektteam Eckpunkte und Grundelemente entworfen, die sich im weiteren Projektverlauf kontinuierlich strukturell, inhaltlich und terminologisch¹⁵ weiterentwickelten.

V.2.2. Kommunikation (Erhebung und Diskussion) mit Akteuren zu bestehenden spezifischen Arbeitsansätzen zwecks Passungsfähigkeit

Der Arbeitsschritt diente insbesondere dazu, mit Blick auf eine spätere Implementierung des Konzepts, die Anschlussfähigkeit an bewährte Praxis herzustellen. Dazu war eine detaillierte Analyse von Anforderungen, Bedingungen und Prozessen bei den Reha-Trägern und Leistungserbringern erforderlich. Ursprünglich vorgesehen waren hierzu Gespräche mit den jeweiligen Reha-Trägern (n = 5) und Leistungserbringern (n=16). Dieser Arbeitsansatz wurde aufgrund der Berücksichtigung der Komplexität und Heterogenität des Projektgegenstands sowie der vielfältigen Strukturen, der Heterogenität der Prozesse und der unterschiedlichen Zuständigkeiten in der Praxis erweitert, um das Ziel der Anschlussfähigkeit an die Praxis zu erreichen. Die Verbreitung der konzeptionellen Basis erfolgte durch:

¹⁵ Die Begriffe des Projektantrags (Eckpunkte und Grundelemente) wurden im Laufe der Projektlaufzeit mehrmals weiterentwickelt und finden sich so nicht mehr im Basiskonzept wieder.

- **Analyse von „Handlungskonzepten“ der Rehabilitationsträger zu prozessualen Vorgaben**

Neben bilateralen Gesprächen mit Vertretern der verschiedenen Trägerbereiche zum Status Quo der Bedarfsermittlung (n=5)¹⁶ wurden die „Handlungskonzepte der Reha-Träger“ systematisch auf prozessuale Vorgaben hin analysiert, Erkenntnisse aus den Handlungskonzepten (Arbeitsprozesse, Arbeitsmittel und Gutachten) der Reha-Träger extrahiert und in die Ausgestaltung der konzeptuellen Grundlagen einbezogen. Hierbei wurde sich eines bilateralen Ansatzes bedient (Peer Review-Verfahren), der gewonnene Erkenntnisse im Nachgang der Analyse im Dialog spiegelt. Im Einzelnen wird auf die Ausführungen zu Arbeitspaket 4 hingewiesen (Kapitel VI).

- **Interviews bei Leistungserbringern**

In Gesprächen mit Mitgliedern der Arbeitsgruppe der Leistungserbringer wurde erörtert, dass die Prozesse bei Leistungserbringern nicht in einem ähnlichen Ausmaß standardisiert sind, wie es die „Handlungskonzepte“ der Reha-Träger nahelegen. Daher wurde die Untersuchungssample auf zwei Leistungserbringer pro Verband (n=15¹⁷) erweitert. Die Interviews fanden bundesweit in den jeweiligen Einrichtungen statt und folgten einem strukturierten Leitfaden. Bei diesem Feldzugang standen, bezogen auf die Konzeptionierung des Basiskonzepts, insbesondere die Abläufe, Ziele und Zugänge im Fokus, um sie in den gemeinsamen Diskussionsprozess zum Basiskonzept einzubringen. Da bei den Interviews Fragen zu Prozessen und Instrumenten miteinander verbunden erhoben wurden, wird hier auf die Ausführungen in Abschnitt VI.6 hingewiesen.

Die Datenauswertung erfolgte anhand wissenschaftlich fundierter, qualitativer Methoden (Inhaltsanalyse nach Mayring [9; 10]). Ein besonderes Augenmerk wurde dabei auf einrichtungs- bzw. verbandsspezifische Besonderheiten bei der Bedarfsermittlung gelegt. Die hieraus resultierenden Erkenntnisse wurden bei der Konzeptionierung und Ausdifferenzierung des Basiskonzepts einbezogen.

Aufbauend auf diesen verschiedenen methodischen Zugängen erfolgte – während der gesamten Projektlaufzeit – eine enge Kommunikation mit den drei Arbeitsgruppen des Projekts. Kontinuierlich wurden Erkenntnisse und Zwischenergebnisse in die Arbeitsgruppen eingebracht und mit den Akteuren reflektiert (vgl. Kapitel VII). Über weitere Formate (Fachtagungen, Beiträge auf Kongressen und Messen) konnten weitere Vertreter der Praxis in die konzeptionelle Arbeit einbezogen werden. Darüber hinaus wurden mit den Akteuren Aspekte der Anschlussfähigkeit des Konzepts mit bestehenden organisationalen Prozessen und Vorgehensweisen sowie mögliche Implementierungspfade erörtert. Diese Kommunikationsprozesse dienten dabei auch zur Vorbereitung der Erörterung strategischer Fragestellungen im Projektbeirat.

Zusammenfassend leistete die Kommunikation mit den Akteuren einen zentralen Beitrag zur Realisierung des Projekterfolges. Nur durch verschiedene Formate ließen sich Unstimmigkeiten und Umsetzungsprobleme frühzeitig identifizieren und erörtern, sowie die entwickelten Ansätze im Lichte der Handlungspraxis reflektieren. Letztlich konnte so ein einheitlicher und gemeinsamer Orientierungs- und Handlungsrahmen mit klaren Anforderungen an die Bedarfsermittlung entwickelt werden, der aber zugleich bei den Akteuren auch jeweils spezifische Umsetzungswege ermöglicht.

¹⁶ Integrationsämter sind entsprechend § 6 SGB IX zwar keine Reha-Träger. Gleichwohl erbringen sie Begleitende Hilfen im Arbeitsleben, die weitestgehend inhaltlich mit LTA sind.

¹⁷ Die Berufsförderungswerke sind in zwei verschiedenen Verbänden organisiert. Nach den ersten Interviews sowie der Analyse war die Einbeziehung von drei Interviews als hinreichend einzuschätzen.

V.2.3. Ausdifferenzierung und Fortentwicklung in struktureller und prozessualer Hinsicht

Unter der Kernfrage „Wie sind Bedarfsermittlungsprozesse auszugestalten, deren Grundlage das bio-psycho-soziale Modell bildet?“ war es Ziel dieses Arbeitsschrittes das Konzept in struktureller und prozessualer Hinsicht fortwährend auszdifferenzieren. Für solche auf einzelne Arbeitsprozesse zugeschnittene Grundlagen war zu klären, in welcher Art und Weise das bio-psycho-soziale Modell der ICF als Ordnungsstruktur kontinuierlich für die Erhebung und Strukturierung von Informationen, welche im Prozess der Bedarfsermittlung erhoben werden, praxisbezogen genutzt werden kann.

Im Austausch mit den Akteuren der beruflichen Rehabilitation war daher eine prozessbezogene Struktur (Nutzungskonzept und Vorgehensbeschreibung) zu erarbeiten. Im Einzelnen betraf diese Ausdifferenzierung die Fragen nach den Inhalten einer Bedarfsermittlung, ihrem Zusammenhang und den Erkenntnisdimensionen der einzelnen Inhalte. Bezogen auf die Perspektive einer Reha-Fachkraft / eines Reha-Beraters betraf dies die Fragen: Was habe ich zu ermitteln? Wie hängt dies mit den anderen Ermittlungsinhalten zusammen? Wie kann ich die Informationen im Einzelnen ermitteln?

Im Einzelnen erfolgten verschiedene Konkretisierungen:

- Feinjustierung und prozessuale Einordnung der Bedarfsermittlung im Lichte der neuen rechtlichen Grundlagen (SGB IX; Gemeinsamen Empfehlung (GE) Reha-Prozess).¹⁸
- Entwicklung und Ausgestaltung eines Arbeitsmodells zur Strukturierung der Bedarfsermittlung im Bereich LTA unter Nutzung des bio-psycho-sozialen Modells.
- Definition und Konkretisierung der einzelnen Inhalte und Identifikation möglicher Ermittlungsmethoden zu den einzelnen Inhalten. Der Ermittlung liegen folgende handlungspraktische Fragen zugrunde: Was ist im Einzelfall zu ermitteln? und Wie können diese Informationen ermittelt werden?
- Systematische Integration und Einordnung der sozialrechtlichen Anforderungen an die Bedarfsermittlung in Form der Indikatoren (z. B. funktionsbezogen, umfassend; aus Arbeitspaket 2) innerhalb der Kapitel 3 und 4 des Basiskonzepts, die Aussagen zu den Handlungsprozessen treffen.
- Definition und Konkretisierung von übergreifenden Verfahrensaspekten, die bei der Ermittlung der Inhalte stets zu beachten sind (Ressourcenorientierung, Beratung, Transparenz, Mitwirkung etc.).
- Erstellung einer Kurzübersicht über die Inhalte mithilfe einer „Checkliste“.

V.2.4. Abstimmung mit Akteuren, Diskussion von Implementationsaspekten und Produktstellung

Frühzeitig wurden die Ziel- und Nutzergruppen sowie geeignete Produktformen für das zu entwickelnde Basiskonzept aufgegriffen und näher bestimmt. Zu den Ziel- und Nutzergruppen des Basiskonzepts zählen insbesondere:

1. Reha-Fachkräfte (Reha-Berater, Reha-Manager, Beratungsfachkräfte, Gutachter, Diagnostik-Fachkräfte, Therapeuten) auf Seiten der Reha-Träger und Leistungserbringer
2. die konzeptionelle und strategische Ebene der Leistungsträger und -erbringer

¹⁸ Die Gemeinsame Empfehlung „Reha-Prozess“ war insbesondere von Bedeutung, da diese die Umsetzung der neuen gesetzlichen Pflicht der Vereinbarung von Grundsätzen zu Instrumenten zur Ermittlung des Rehabilitationsbedarfs nach § 13 SGB IX mit beinhaltet (vgl. § 26 Abs. 2 Nr. 7 SGB IX).

Die folgende Grafik illustriert die Überlegungen hierzu:

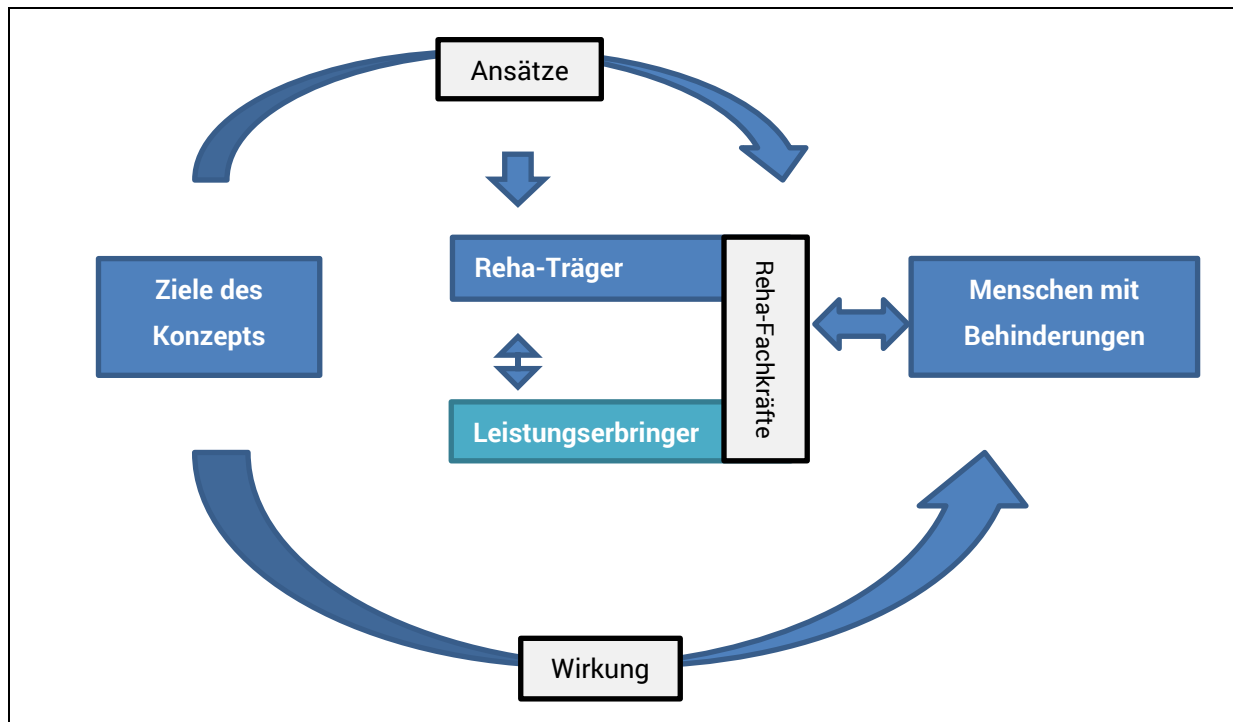


Abbildung 3: Ziel- und Nutzergruppen des Basiskonzepts

Ausgehend von diesen Leitgedanken setzt das Konzept an den Schnittstellen zwischen den Reha-Fachkräften von Reha-Trägern und Leistungserbringern unter Berücksichtigung etablierter Ansätze an. Für eine verzahnte Zusammenarbeit, insbesondere an den Schnittstellen zu den Leistungserbringern, muss eine gute Passung gegeben sein, um erforderliche Informationstransfers zu gewährleisten. Kapitel 5 des Basiskonzepts greift den Ansatz der Zusammenarbeit heraus und gibt Ansätze zur Verbesserung in der täglichen Handlungspraxis.

In den letzten Monaten der Projektlaufzeit wurde schließlich ein Konzept zur grafischen Umsetzung des Basiskonzepts entwickelt und die zielgruppenbezogene Umsetzung und Aufbereitung durch einen Grafiker eingeleitet.

V.3. Ergebnisse

Im Ergebnis wird mit Abschluss des Projektes ein Konzept vorgelegt, das strukturell aus drei Teilen und sieben Kapiteln besteht sowie inhaltlich als Grundlage für die Bedarfsermittlung bei Menschen mit (drohender) Behinderung mit besonderem Fokus auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben genutzt werden kann. Zur Vermeidung von Redundanzen wird hier verwiesen auf das Basiskonzept im Anhang; besonders auf Abschnitt 1.4, welcher einen Überblick über die Adressaten und Inhalte des Basiskonzepts gibt.

V.4. Sozialrechtliche Expertise zur Bedarfsermittlung

Zur Unterstützung der rechtskonformen Ausgestaltung und zur sozialrechtlichen Validierung der konzeptuellen Grundlagen wurde in Ergänzung zur fachlich-inhaltlichen Arbeit eine sozialrechtliche Expertise beauftragt. Originär angedachte Funktion des Gutachtens war, insbesondere mittels einer systematischen Auswertung von Rechtsprechung (Sozialgerichtsentscheide) Erkenntnisse zu Anfor-

derungen an das Basiskonzept aus juristischer Sicht bereitzustellen, um diese ggf. bei der weiteren Ausdifferenzierung des Basiskonzepts nutzen zu können. Darüber hinaus war vorgesehen mit der sozialrechtlichen Expertise das Verhältnis zwischen (subjektiven) Bedürfnissen und einem (objektiven) Bedarf näher zu beleuchten¹⁹. Dies betrifft die Fragen, welche Informationen im Rahmen von Leistungsprozessen erhoben werden und wie diese bei Bedarfsermittlungsprozessen Berücksichtigung erfahren.

Aufgrund des zur Projektdurchführung parallelen Entwicklungsprozesses zum Bundesteilhabegesetz und den damit bis Ende 2016 noch unklaren gesetzlichen Entwicklungen und Auswirkungen (Welche Änderungen und Entwicklungen beinhaltet das Bundesteilhabegesetz?) wurde die Beauftragung zunächst zeitlich zurückgestellt. Nach Inkrafttreten des Bundesteilhabegesetzes wurde die Expertise, aufbauend auf einem Vorschlag des BMAS, thematisch justiert und anschließend – entsprechend vergaberechtlicher Vorgaben – beauftragt.

Auszug aus der Leistungsbeschreibung

Zur rechtskonformen Ausgestaltung des Basiskonzepts ergeben sich mit Blick auf die neue Gesetzeslage verschiedene Fragen, die durch die Erstellung eines sozialrechtlichen Gutachtens geklärt werden sollen.

Die Erstellung des sozialrechtlichen Gutachtens umfasst dabei im Wesentlichen zwei Themenbereiche:

1. allgemeine rechtliche Anforderungen an die Prozesse der Bedarfsermittlung
2. Fragen der Überprüfbarkeit und Nachprüfbarkeit der Bedarfsermittlung

1. Im ersten Themenbereich geht es zunächst um allgemeine rechtliche Anforderungen an die Bedarfsermittlung. Im Rahmen des Gutachtens sind die sich aus dem Bundesteilhabegesetz – insbesondere aus § 13 Abs. 2 SGB IX – ergebenden Anforderungen an die Handlungsprozesse der Bedarfsermittlung (systematische Arbeitsprozesse) aufzugreifen und ausführlich darzulegen. Als rechtliche Anforderungen bilden sie die Grundlage des Basiskonzepts und Ausgangspunkt für das Handeln der Akteure innerhalb der Bedarfsermittlung. Eine ausführliche Beschreibung der rechtlichen Anforderungen ermöglicht dem Projektteam einen Abgleich und Überprüfung der bisherigen Entwurfsfassung „Basiskonzept für die Bedarfsermittlung in der beruflichen Rehabilitation“. Da das Basiskonzept eine trägerübergreifend einheitliche Grundlage bilden soll, sind unter dieser Perspektive mögliche relevante Vorgaben in den einzelnen Leistungsgesetzen (z. B. §§ 117f. SGB IX) in die Betrachtung mit einzubeziehen.

2. Mit Blick auf das sozialgerichtliche Verfahren ergeben sich Fragen bezüglich der Über- und Nachprüfbarkeit der Bedarfsermittlung. So ist durch das Gutachten aufzuzeigen, welche Anforderungen aus der Perspektive eines sozialgerichtlichen Verfahrens sich an die erforderliche Über- und Nachprüfbarkeit der Bedarfsermittlung ergeben:

- Welche Anforderungen aus Perspektive eines sozialgerichtlichen Verfahrens ergeben sich an die erforderliche „Über- und Nachprüfbarkeit“ der Bedarfsermittlung?
- Welche rechtliche Bedeutung können die mit dem BTHG formulierten Anforderungen an die Bedarfsermittlung im Widerspruchs- oder Klageverfahren haben?
- Welche Voraussetzungen sind hierfür von Nöten?

Als mögliche Wirkung des § 13 SGB IX ist denkbar, dass dieser künftig dazu führen könnte, dass die Bedarfsfeststellung (und die darauf aufsetzende Leistungsentscheidung nebst Verwaltungsakt) quasi unmittelbar aus dem/den zur Bedarfsermittlung eingesetzten Instrument(en) hervorgeht. Daraus ergeben sich die Fragen,

- Welche rechtliche Bedeutung bzw. juristische Greifbarkeit das/die im Einzelfall eingesetzte Instrument hat und ggf. welche Voraussetzungen erforderlich sind, eine solche zu erlangen?
- Inwieweit umfassen die Gesetzesnormen des BTHG (insb. § 13 SGB IX) für den Prozess der Bedarfsermittlung auch nachprüfbare Handlungsaufforderungen (wie komme ich zu Ergebnissen?; z. B. ein Leitfaden zur Bedarfsprüfung und Anforderungen an die Dokumentation) an die Reha-Träger?

¹⁹ Im Rahmen der Projektkonzeption sollte in diesem Zusammenhang geprüft werden, inwieweit für diese Fragestellung auch eine Aktenauswertung durchgeführt werden kann. Mit Blick auf die im Projektverlauf absehbaren gesetzlichen Entwicklungen, die später zum Bundesteilhabegesetz führten, und die damit verbundenen wesentlichen Veränderungen für die Praxis der Akteure bei ihrer Bedarfsermittlung, wurde dieser Ansatz mangels sinnvollen Erkenntnisziels nicht weiterverfolgt.

Letztgenannte Anforderungen sind vor dem Hintergrund ihrer möglichen Rechtswirkung zu verstehen: Aus diesen hätte sich dann abzuleiten, dass sofern Instrumente nicht oder fehlerhaft eingesetzt werden, die Leistungsberechtigten dies im Widerspruchs- und Klageverfahren geltend machen könnten.
Bei der Beantwortung des Themenkomplexes ist insbesondere auch das Rechtsverhältnis zwischen SGB IX und einzelnen Leistungsgesetzen, v.a. bzgl. des direkten Verweises in § 13 Abs. 1 S. 1, zu berücksichtigen.

Das sozialrechtliche Gutachten (vgl. Anlage XII.7) wurde von Prof. Dr. jur. Wolfgang Schütte (Hamburg) erstellt und in der zweiten Jahreshälfte 2018 abgeschlossen.

VI. Instrumente der Bedarfsermittlung und deren Analyse (Arbeitspaket 4)

VI.1. Einführung und Zielstellung

In ihrer Funktion als Klassifikationssystem ist die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) ein System zur Sortierung aber nicht zur Erhebung (Assessment) von Informationen. Daher sind die konzeptuellen Grundlagen für Prozesse der Bedarfsermittlung (siehe Kapitel V) um die Methodik der Informationserhebung – mittels Instrumenten – zu ergänzen. Die Vorstudie hat gezeigt, dass zu diesem Zweck eine Vielzahl unterschiedlicher Instrumente (n=429) bei der Bedarfsermittlung zur Anwendung kommen. Die Instrumente unterscheiden sich dabei u. a. teils wesentlich darin, zu welchem (Mess-)Konstrukt (Zielparameter) Informationen erhoben werden. Eine Nutzung des bio-psycho-sozialen Modells als gemeinsame konzeptionelle Grundlage erfordert eine Verknüpfung des Modells mit den Instrumenten der Bedarfsermittlung.

Der Bezug eingesetzter Instrumente zum der ICF zugrundeliegenden bio-psycho-sozialen Modell der Weltgesundheitsorganisation ist bislang weitestgehend ungeklärt [11; 12]. Es liegen zwar teilweise Arbeiten vor, in denen eine Zuordnung von z. B. Assessmentinstrumenten zum bio-psycho-sozialen Modell erfolgte [13] bzw. aufgezeigt wurde [14], doch für die Mehrheit der in Deutschland verwendeten Instrumente zur Bedarfsermittlung in der beruflichen Rehabilitation sind diese Arbeiten nicht ausreichend.

Gegenstand dieses Arbeitspakets war daher die systematische Analyse von in der Vorstudie ermittelten Instrumenten der Bedarfsermittlung (Ausgangspunkt, Anlage XII.1) mit dem Ziel der Zuordnung jeweiliger Konstrukte zum bio-psycho-sozialen Modell (inkl. des Gesundheitsproblems) oder zu das Modell ergänzenden Inhalten im Rahmen der Bedarfsermittlung²⁰.

Im Ergebnis war eine Datenbank (Toolbox) für Instrumente und Verfahren zu erstellen, die die Zuordnungen enthält und für alle Akteure die Nutzbarkeit der Verfahren und Instrumente in der Praxis durch größere Übersichtlichkeit erhöht. Eine strukturierte Aufbereitung von Instrumenten in einer Instrumentendatenbank stellt für die Praxis nicht nur erstmals eine Übersicht und Orientierung über die Vielzahl eingesetzter Instrumente dar. Vielmehr kann diese im Gesamtkontext des Basiskonzepts – aufbauend auf dem bio-psycho-sozialen Modell – Hilfestellung bei der Auswahl relevanter Instrumente für definierte Informationsbedarfe (z. B. Fragestellung zu Beeinträchtigungen der Aktivitäten/Teilhabe) geben. Die Instrumentendatenbank ergänzt somit die konzeptuelle Ebene der Informationsverwertung durch die der Informationserhebung. Sie bietet eine einheitliche Hilfestellung/Arbeitsgrundlage zur Umsetzung des Basiskonzepts für die in der Rehabilitation tätigen Berufsgruppen.

Damit ergeben sich kurz gefasst folgende Arbeitsschritte:

- Analyse und Aufbereitung von bei der Bedarfsermittlung eingesetzten Instrumenten anhand Ihrer Konstrukte und Zuordnung dieser zu den Komponenten des bio-psycho-sozialen Modells.

²⁰ Maßgeblich hierbei ist das Arbeitsmodell zu den Inhalten der Bedarfsermittlung entsprechend Kapitel 4 des Basiskonzepts. Zu den ergänzenden Inhalten, welche nicht über die Komponenten des bio-psycho-sozialen Modells abgebildet werden, zählen: Biographie, Kompetenzen und Ziele.

- Analyse, von Informationsbereichen, die mit dem bio-psycho-sozialen Modell nicht oder nicht gut abgebildet bzw. abgedeckt werden und Einspeisung dieser Bereiche in die Entwicklungsarbeit zu den konzeptuellen Grundlagen der Bedarfsermittlung (siehe Kapitel V).
- Konzeptionelle Entwicklung und Aufbau einer Instrumentendatenbank (inkl. Instrumentenkurzbeschreibung und Manual) unter Berücksichtigung von Anforderungen der Praxistauglichkeit.
- Darlegung des Beitrags der Instrumentendatenbank zur Umsetzung des Basiskonzepts.

VI.2. Instrumentenreduktion und Instrumentenbibliothek

Nach einer ersten Sichtung der in der Vorstudie erhobenen Instrumente, wurden Zugangs- und Beschaffungswege für die nachfolgende Instrumentenanalyse definiert und eine Datenbank zur projektinternen Verwaltung der Instrumente aufgebaut. Unter Einbezug der projektbegleitenden Arbeitsgruppen der Leistungsträger und Leistungserbringer erfolgte eine kritische Würdigung der in der Vorstudie genannten Instrumente. Einbezogen wurden hierbei zwei Perspektiven:

- Zum einen wurde nach weiteren Instrumenten gefragt, die in der Praxis relevant, jedoch bislang nicht benannt worden sind. Hieraus ergaben sich *Nachbenennungen*, welche zusätzlich in die Analyse einzubeziehen waren.
- Zum anderen wurden Nennungen auf Ihre Konsistenz und Bedeutsamkeit hin kritisch reflektiert. Hieraus ergaben sich eine Reihe an Ausschlüssen oder Zusammenfassungen von Nennungen, wobei letztere – unter Nutzung von *Synergieeffekten* – gemeinsam betrachtet wurden.

Im Ergebnis (siehe Übersicht in Abbildung 4) waren 79 Nachbenennungen von Instrumenten (Anlage XII.2) zu verzeichnen, so dass sich eine Gesamtzahl von n=508 Instrumentennennungen ergab. Zugleich wurden insgesamt 219 Nennungen auf Basis einer differenzierten Betrachtung durch das Projektteam aus der weiteren Analyse ausgeschlossen (Anlage XII.3). Hinsichtlich der Ausschlussgründe ergab sich folgende Kategorisierung: Die Instrumentennennung

- ist trotz Recherchearbeit²¹ für eine weitere Detailanalyse zu unspezifisch bzw. die Nennung war im Ergebnis nicht identifizierbar (n=119)
- wurde wegen inhaltlicher Überschneidungen mit anderer Nennung zusammengefasst (n=64).
- wurde aus sonstigen Gründen ausgeschlossen (n=36) (z. B. veraltete Instrumente, die Nennung weist keinen Bezug zur Bedarfsermittlung auf).

Zudem lagen Nennungen vor (n=10), die sich im Rahmen der Projektarbeit nicht abschließend bewerten ließen, da die Instrumente z. B. nicht vollständig beschafft werden konnten.

Im Ergebnis verblieben 279 Instrumente in der Gesamtliste (Anlage XII.4)²². Zu den Instrumenten wurden für die Instrumentenanalyse Zugangswege geschaffen und eine Instrumentenbibliothek aufgebaut. Wesentliche Beschaffungswege waren: Nutzung der Testothek an der Hochschule Magdeburg-Stendal, Fernleihe von Instrumenten aus anderen Universitätsbibliotheken, käuflicher Erwerb,

²¹ Hierzu zählen neben einer elektronischen Recherche auch Nachfragen bei Mitgliedern der Arbeitsgruppen sowie weiteren Vertretern der Praxis im Feld der beruflichen Rehabilitation.

²² Die Arbeitshypothese aus der Projektplanung, dass im weiteren Verlauf ca. 300 Instrumente einer eingehenderen Betrachtung zugänglich sein werden, hat sich somit während des Projekts bestätigt.

Leihgaben oder Zurverfügungstellungen von Instrumentenanbietern sowie Internetdownloads bei frei zugänglichen Instrumenten²³.

Es ist herauszustellen, dass die im Rahmen dieser Studie betrachteten Instrumente für die Praxis der Bedarfsermittlung von Relevanz sind. Gleichwohl ist es durchaus möglich, dass aktuell oder zukünftig in der Praxis Instrumente für die Bedarfsermittlung Bedeutung haben oder erlangen, die sich bisher hier nicht wiederfinden. Weitere, mit beruflicher Teilhabe und/oder „return to work“ diskutierte Instrumente, die vereinzelt fachwissenschaftlich im Zusammenhang gesehen werden können, jedoch für die Praxis der Rehabilitation bisher keine Bedeutung zu haben scheinen, blieben im Fortgang der Analysen unberücksichtigt.

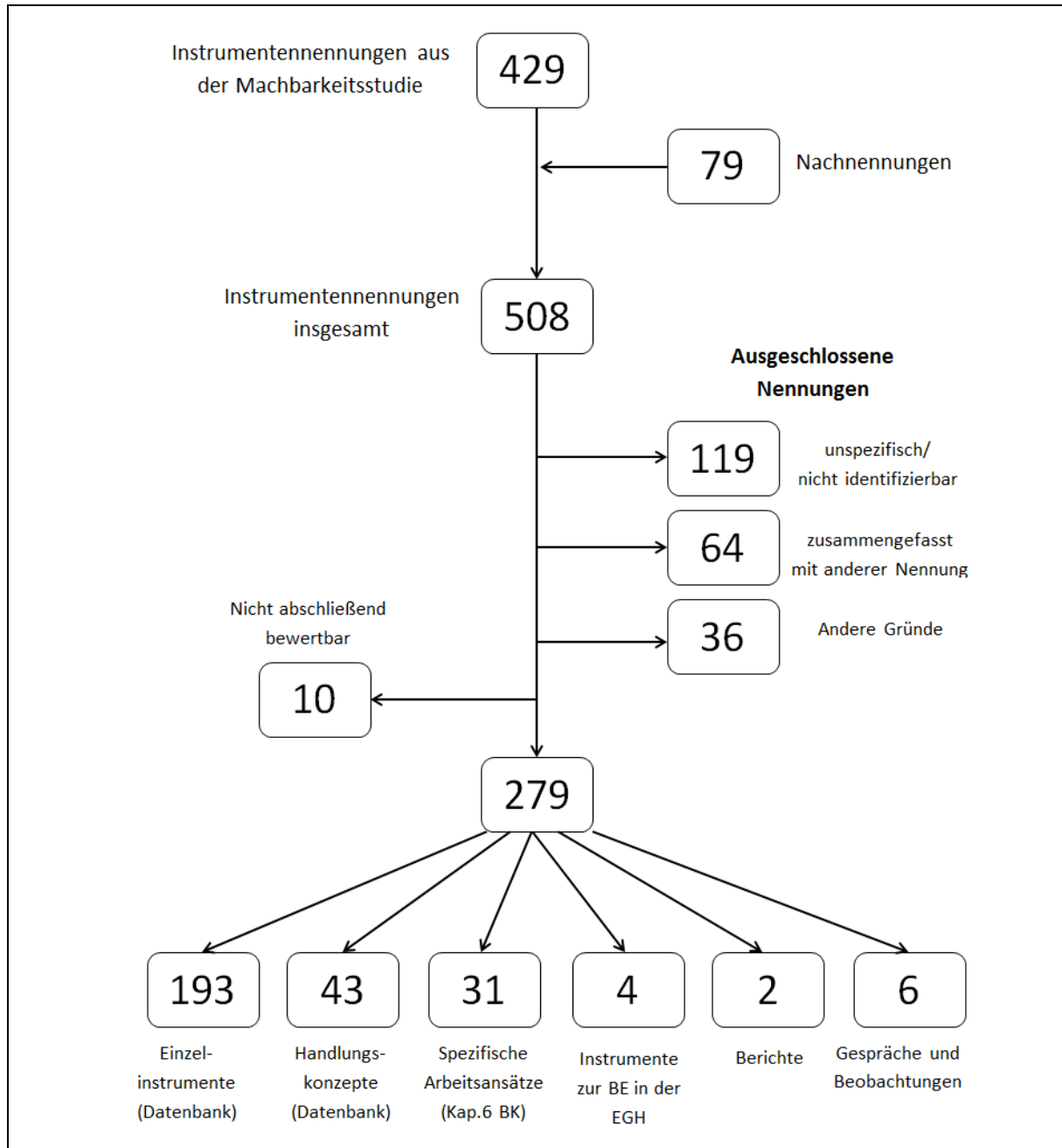


Abbildung 4: Zusammenfassende Darstellung zur Instrumentenreduktion und –differenzierung

²³ Die Sortierung, Sichtung, Recherche, Beschaffung und spätere Distribution zur Analyse der Instrumente stellte insgesamt einen umfangreichen Arbeitsschritt dar, der wiederholt zu zeitlichen Verzögerungen im Projektablauf führte, schließlich aber zielführend gelöst werden konnte.

VI.3. Instrumentendifferenzierung

Insgesamt handelte es sich bei den einer Analyse zugänglichen Instrumenten häufig um klassische Testinstrumente, die auch in der Diagnostik anderer Fachdisziplinen Anwendung finden. Der andere, größere Teil ist auf oft einrichtungsspezifische Instrumente bei Leistungserbringern zu diversen Fragestellungen im Reha-Prozess zurückzuführen, z. B. eigene Kompetenzanalysen, Deutsch- und Rechentests sowie auf anderweitige Erhebungsmethoden bei der Bedarfsermittlung, wie Beobachtungen, Befragungen und Gespräche. Bei den Angaben der Leistungsträger ist kennzeichnend, dass bei den eingesetzten Instrumenten im Reha-Prozess seltener diagnostisch-psychometrische Verfahren benannt wurden, sondern vielmehr spezifische interne Eigenentwicklungen (z. B. 4 PM, Praxisleitfäden für den Ärztlichen Dienst oder den Berufspsychologischen Dienst, die Beratungskonzeption für die BA) oder weitere Erhebungsansätze wie beispielsweise Fremdgutachten, Gespräche oder Arbeitserprobungen von besonderer Bedeutung sind²⁴.

Zur Entwicklung zielführender Analyseansätze war eine Differenzierung der Instrumente erforderlich. Ein fachwissenschaftlich konsistenter Vorschlag lag für das Feld der beruflichen Rehabilitation bis dato nicht vor, sodass dies aus dem bestehenden Material zu erfolgen hatte. Der in der Vorstudie genutzte vorläufige Systematisierungsansatz [1], welcher sich an der Kategorisierung von Hogrefes Testkatalog 2013, der Übersicht von Brähler et al. [15] sowie der Übersicht von Bengel et al. [16] anlehnt und einer formalen und fachsystematischen Perspektive folgt, stellte sich mit Blick auf das Ziel der Analyse als nicht hilfreich heraus.

Im Projektverlauf wurde vielmehr ein auf den Arbeitsgegenstand weiterentwickelter Ansatz zur Systematisierung der Instrumente genutzt, welcher entsprechend des Fortgangs der Analysen kontinuierlich weiterentwickelt wurde. In seiner Grundidee folgt der Ansatz der inhaltlichen Breite der Instrumente und der Ähnlichkeiten der Instrumente untereinander. Im Einzelnen wurden insbesondere drei Gruppen von Instrumenten unterschieden:

- „Einzelinstrumente“ (siehe Abschnitt VI.4): Instrumente mit oftmals eng abgrenzbarem Gegenstandsbereich und damit einem definierten Erkenntnisziel. Hierunter gefasst werden insbesondere psychometrische (z. B. Intelligenz- oder Aufmerksamkeitstests) und nicht-psychometrische (Einzel-)Instrumente (z. B. Kompetenzanalysen, Profiling, Assessments). Diese Instrumente stehen nebeneinander und sind für eine umfangreiche Bedarfsermittlung allein oft nicht ausreichend.
- „Handlungskonzepte von Leistungsträgern“ (siehe Abschnitt VI.5): Instrumente mit grundsätzlich handlungsleitender Bedeutung (z. B. 4-Phasen-Modell (4PM) der Bundesagentur für Arbeit, Reha-Management der DGUV). In solchen Instrumenten können sowohl Instrumente, die im Trägerauftrag bei Leistungserbringern eingesetzt werden (z. B. Eingliederungspläne in WfbM), aber auch Einzelinstrumente verankert sein bzw. in diesem Rahmen zum Erkenntnisgewinn herangezogen werden.
- „Spezifische Ansätze bei Leistungserbringern“ (siehe Abschnitt VI.6): Instrumente bzw. Ansätze, die ihre Aussagekraft auf Grundlage einer Kombination eingesetzter Einzelinstrumente erhalten (insb. insb. Berichte zu umfassenden Diagnostikmaßnahmen). Für solche Instrumente erscheinen – alternativ oder additiv – nicht selten folgende Merkmale charakteristisch: Sie dienen der gebündelten Informationsweitergabe zwischen Abteilungen oder Organisationen. Die Aussagekraft entsteht durch die Emergenz von Befunden aus Einzelinstru-

²⁴ Siehe hierzu auch ausführlich den Abschlussbericht der Vorstudie [1].

menten. Die Vielfalt erhobener Primärinformationen wird über Bewertungsprozesse gewichtet.

Ergänzend wurden aufgrund ihrer spezifischen Ausrichtung und Komplexität Bedarfsermittlungsinstrumente im Rahmen der Eingliederungshilfe abgegrenzt (siehe Abschnitt VI.7). Neben verschiedenen im Rahmen der Vorstudie benannten „Berichten“ (siehe Abschnitt VI.8) haben nicht zuletzt Gesprächs- und beobachtungsbasierte Ansätze (z. B. Gespräche, Befragung, Beobachtung) in der Bedarfsermittlung eine hohe Bedeutung, wobei diese zwar eigenständig genutzt werden können, jedoch gleichfalls im Zusammenhang des Einsatzes vorgenannter Instrumente bedeutsam werden (siehe Abschnitt VI.9). Gesprächs- und beobachtungsbasierte Ansätze sind daher quer zur vorgestellten Instrumentendifferenzierung zu konzeptualisieren.

Wie einführend beschrieben, war es das Ziel, für die benannten Instrumente anhand des/der Konstrukts/-e eine Zuordnung zum bio-psycho-sozialen Modell oder den das Modell ergänzenden Inhalte im Rahmen der Bedarfsermittlung zu erreichen sowie einen strukturierten Überblick über die im Einsatz befindlichen Instrumente in Form einer Datenbank (Toolbox) zu geben. Die ursprüngliche Arbeitshypothese des Projekts, dass dabei alle Instrumente im Grundsatz mit einer inhaltlichen und prozessual einheitlichen Analysemethodik zu einem einheitlichen Analyseprodukt (Datenbank) aufbereitet werden können, erwies sich im Projektverlauf als nicht mehr sachgerecht und ausreichend tragfähig. Vielmehr waren Arbeitsmethodik und Arbeitsprodukte im Projektverlauf zu differenzieren. Prozessual wurde sich instrumentengruppenübergreifend jeweils spezifisch entwickelter, aber untereinander ähnlicher Analyseraster bedient (Anlage XII.5).

VI.4. Einzelinstrumente

Bei den Einzelinstrumenten lassen sich grundsätzlich, wenn auch im Einzelfall nicht immer trennscharf, Instrumente mit und ohne psychometrische Fundierung unterscheiden.

VI.4.1. Einzelinstrumente mit psychometrischer Fundierung

Bei den Einzelinstrumenten mit psychometrischer Fundierung handelt es sich mehrheitlich um standardisierte, psychometrisch fundierte Testverfahren von ein- oder mehrdimensionalem Charakter. Das bedeutet, sie genügen den Gütekriterien wissenschaftlicher Messungen (u. a. Objektivität, Reliabilität und Validität), sie besitzen eine normierte Eichstichprobe und sie sind oftmals von Fachexperten durch ein mehrstufiges Testkonstruktionsverfahren entwickelt und überarbeitet worden.

Ziel der Anwendung solcher Testverfahren ist eine quantitative Aussage über den Grad der individuellen Merkmalsausprägung der Testperson zu treffen. Die psychometrischen Testverfahren lassen sich grob, je nach Konstruktion und Inhalt, in folgende Testarten einordnen: Leistungstest, Persönlichkeitstests, objektive Persönlichkeitstests, projektive Tests und apparative Tests. Dabei nehmen die Kategorien der Leistungs- und Persönlichkeitstests den größten Anteil an den psychometrischen Verfahren ein, die sich in der Datenbank wiederfinden lassen. Solche Instrumente sind größtenteils urheberrechtlich geschützt, über Verlage käuflich zu erwerben und es liegen ausführliche Durchführungsanweisungen sowie Arbeitsmaterialien vor. Bei spezifischen Instrumenten müssen unter Umständen entsprechende Nachweise über die erforderlichen Qualifikationen des Testleiters erbracht werden, bevor der Zugang zu diesen gewährt wird.

VI.4.1.1. Methodik

In der Summe sind 167 von den 193 Einzelinstrumenten als psychometrisch fundiert einzuschätzen. Die Analyse erfolgte im Rahmen eines komplexen und mehrstufigen Vorgehens (zusammenfassend siehe Abbildung 5) mit dem Ziel einer möglichst hohen Güte der Ergebnisse. Mit Blick auf diese Zielsetzung waren mehrere Experten an der Analyse und der daran anknüpfenden Validierung beteiligt.

VI.4.1.1.1. Stufe 1: Analyse

Im Rahmen der ersten Stufe wurde jedes Instrument durch einen wissenschaftlichen Mitarbeiter des Projekts („interne Analyse“) und durch einen ausgewählten Experten, der nicht dem Projektteam angehört („externe Analyse“), einer Analyse unterzogen. Fünfzehn qualifizierte Praktiker²⁵ („Analysten“) von Seiten der Leistungserbringer standen dem Projekt zur Verfügung und übernahmen die zweite (externe) und unabhängige Analyse der Instrumente. Vor Beginn der eigentlichen Instrumentenanalysen fand eine Schulung²⁶ dieser Praktiker statt, die an zwei Terminen vom Projektteam angeboten wurde. Die sowohl internen als auch externen Analysen begannen im Sommer 2016.

Inhaltliche Grundlage der Analysen war immer das jeweils zum Instrument gehörende Manual bzw. Arbeitsmaterial. Zur Analyse wurde ein Analyseraster vom Projektteam entwickelt, welches auch die Analysestruktur vorgab. Dabei handelte es sich um eine komplexe Fragebogenkonstruktion mit zahlreichen Filterfragen und Antwortpfaden. Das Analyseraster wurde allen Beteiligten als elektronisches Online-Tool bereitgestellt und beinhaltete folgende zentrale Gegenstandsbereiche:

- Kerndaten des Instruments (Titel, Version/Auflage, Entwickler/Autor),
- Methode und Perspektive der Datenerhebung,
- Personenkreis (Alter, Art der Behinderung),
- Durchführungsaspekte (Dauer, Testsituation, Ausbildung Testleiter),
- psychologische(s) Konstrukt/-e des Instruments und dessen/deren Zuordnung zum bio-psycho-sozialen Modell (inkl. den Kapiteln und Unterkapiteln der ICF) oder den das Modell ergänzenden Inhalten im Rahmen der Bedarfsermittlung sowie
- ggf. weitere Aspekte zur Anwendung und Durchführung des Instruments.

Die Zuordnung der Instrumente zum bio-psycho-sozialen Modell erfolgte anhand des/der psychologischen Konstrukts/-e. Grundsätzlich war hierbei nur relevant, was der Test laut Testbeschreibungen vorgibt zu messen. Dies wurde – abhängig vom jeweiligen Instrument – anhand eines übergeordneten Konstrukts oder anhand mehrerer vorliegender Konstrukte identifiziert.

Hinsichtlich der Analysetiefe der ICF zeigte sich ebenfalls, dass kein einheitliches Vorgehen bei den Instrumenten möglich war, sondern flexibel vorgegangen werden musste. Bei der Zuordnung der Konstrukte des Testverfahrens zum bio-psycho-sozialen Modell und zur ICF erwies sich für die Analysten folgendes Vorgehen vorwiegend als zielführend:

- Identifizierung des/der übergeordneten psychologischen Konstrukts/-e anhand des Manuals bzw. der Arbeitsmittel,

²⁵ Zur Übersicht über die beteiligten Personen siehe Seite 2.

²⁶ Die Veranstaltungen bezogen sich schwerpunktmäßig auf das inhaltliche Vorgehen bei der Analyse und der Sicherstellung gemeinsamer fachlicher Grundlagen.

- tiefere Analyse des jeweiligen psychologischen Konstrukts mit Hilfe der Beschreibungen im Manual und der Zusammensetzung von Testitems,
- Vergleich des/der psychologischen Konstrukts/-e mit den Inhalten der ICF (Komponenten, (Unter-) Kapitel und Items),
- Erzielen einer bestmöglichen Passung zwischen psychologischem Konstrukt und Inhalten der ICF (auf Komponenten- und/oder (Unter-) Kapitel- und /oder Itemebene) bzw. Verortung des Konstrukts außerhalb der ICF.

Die internen und externen Analysen wurden im Anschluss miteinander abgeglichen. Jede bestehende Differenz in den Analysen, egal ob bspw. bei den Kerndaten des Instruments, der Durchführung oder dem psychologischen Konstrukt, wurde hierbei zwischen den Analysten nachbesprochen. Be-

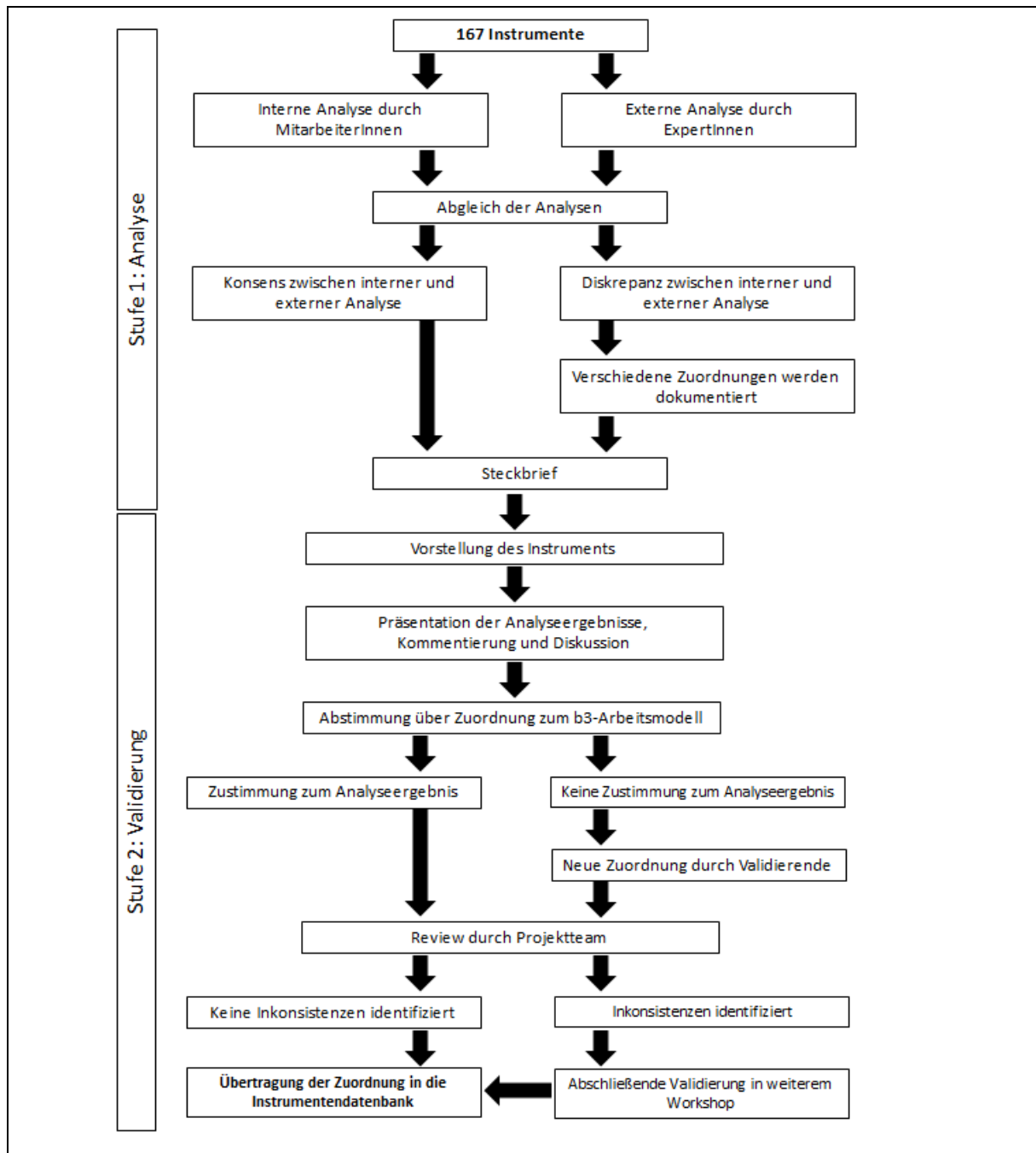


Abbildung 5: Ablauf Instrumentenanalyse

sondere Bedeutung hatte(n) die Zuordnung(en) der Konstruktbestimmung(en) zur ICF. Als Ergebnis der ersten Analysestufe konnte in der Regel pro Instrument ein konsentierter Steckbrief erstellt werden. War trotz fachlichem Dialog kein Konsens möglich, wurden die bestehenden Diskrepanzen und die verschiedenen vorgenommenen Zuordnungen dokumentiert und im Steckbrief beschrieben, um in Stufe 2 eine breitere Expertenbewertung zu ermöglichen.

VI.4.1.1.2. Stufe 2: Validierung

Alle Instrumentenanalysen wurden in einer zweiten Stufe im Rahmen von Expertenworkshops validiert. Dafür wurde eine weitere Gruppe mit ca. 15 Personen²⁷ (Vertreter von gern, -erbringern und aus der Wissenschaft) interdisziplinär zusammengestellt. Die Experten verfügen über ausgeprägte Kenntnisse der ICF und/oder zu psychometrischen Instrumenten. Um zu vermeiden, dass Analysten ihre eigenen Analysen validieren, wurde die Gruppe der Validierenden größtenteils aus anderen Personen zusammengesetzt. Waren Analysten eines Instruments an der Validierung zu diesem Instrument beteiligt, waren sie im Abstimmungsprozess nicht stimmberechtigt.

Aufbauend auf eine ausführliche, zeitintensive und breite fachliche Diskussion zu grundsätzlichen Fragen des Basiskonzepts²⁸ und der Instrumentenanalyse, erfolgte mit einer Auftaktveranstaltung²⁹ im Oktober 2017 der Einstieg in die Validierungsphase. Hierauf begannen die insgesamt neun je zweitägigen Validierungs-Workshops, die von Anfang November 2017 bis Mitte August 2018 stattfanden. Geleitet wurden diese Sitzungen mit je 5-10 Teilnehmenden von zwei Projektmitarbeitern.

Der Schwerpunkt der Workshops lag auf der Zuordnung des vom Instrument erfassten Konstruktes zu den Komponenten des bio-psycho-sozialen Modells der WHO oder den das Modell ergänzenden Inhalten im Rahmen der Bedarfsermittlung. Ziel der Workshops war es, die Validität der vorgenommenen Zuordnungen zu bewerten. Die Grundlage der Validierung bildeten die Instrumentensteckbriefe aus Analysestufe 1. Die Konsentierung der Zuordnungen erfolgte anhand einer formalisierten Konsensfindungsmethode in Anlehnung an den nominalen Gruppenprozess:

- Vorstellung des Instruments in seinem Aufbau und seinen Eigenschaften
- Präsentation der Analyseergebnisse und Kommentierung durch die Validierenden im Rahmen einer anschließenden, teils intensiven, Gruppendiskussion³⁰
- Abstimmung über die vorgenommene bzw. eventuell geänderte Zuordnung(en) des/der Konstrukts/-e zur ICF bzw. bio-psycho-sozialen Modell³¹.

Diese Arbeitsschritte wurden für jedes analysierte Instrument wiederholt. Die Abstimmungsergebnisse wurden schließlich anhand folgender Einteilung hinsichtlich ihrer Konsensusstärke dokumentiert:

1. Konsens (100%) – Einstimmigkeit aller Anwesenden
2. Breite Zustimmung (75-99%) – weitest gehende Zustimmung

²⁷ Zur Übersicht über die beteiligten Personen siehe Seite 2

²⁸ Hier war die Frage der Konzeptualisierung und die konzeptionelle Nutzung der – nicht von der WHO klassifizierten – personbezogenen Faktoren der ICF von besonderer Bedeutung.

²⁹ Gegenstand der Veranstaltung war es, zu fachlichen Ausgangspunkten sowie zu Ablauf und Vorgehen der Validierung einen einheitlichen Kenntnisstand sowie einheitliche Verständnisgrundlagen sicherzustellen.

³⁰ Bei der Mehrheit der Testverfahren wurde zusätzlich nochmal das Manual zu Rate gezogen, um bestimmte Fragestellungen zu klären und den genauen Inhalt und Aufbau des Instrumentes zu überprüfen.

³¹ Hierbei bestand auch die Möglichkeit, Anmerkungen zur Instrumentenanalyse zu beschließen, welche in die Datenbank als Hinweise aufgenommen werden sollten.

3. Zustimmung (50-74%) – Der prozentuale Anteil der Zustimmung ist zu errechnen. Gründe einer etwaigen Nichtzustimmung werden im Workshop dokumentiert.
4. Keine Zustimmung (<50%) – Falls weniger als 50% Zustimmung zu einem Instrumentensteckbrief vorliegt, ist die Analyse anhand der Impulse aus dem Workshop von Seiten der Projektmitarbeiter zu überprüfen.

Die Instrumentensteckbriefe dienten als Beratungsgrundlage und wurden den Teilnehmern schriftlich vor den Workshops zur Verfügung gestellt. Nach intensiver Diskussion und erneuten konkreten Auseinandersetzungen mit den Einzelinstrumenten (Dauer: 5-85 Minuten pro Instrument), die sich im Validierungsablauf ergaben, erfolgte die Zuordnung der Validierer in den Workshops größtenteils einstimmig. Bei möglichen abweichenden Beurteilungen zwischen Erstanalyse und Validierung wurde die Beurteilung aus der Expertvalidierung als maßgeblich definiert. In der Praxis der Validierung fungierte das Ergebnis der Erstanalyse häufig eher als Beratungs- denn als feste Entscheidungsgrundlage. Nicht selten wurden dabei auch die Instrumentenmanuale nochmals zur Bewertung herangezogen. Die Abstimmung fand in diesen Fällen dann über die ggf. adaptierte Instrumentenzuordnung statt. Nach Beratungen zu allen Einzelinstrumenten erfolgte durch das Projektteam ein differenziertes, instrumentenübergreifendes Review der Zuordnungsergebnisse aus den Workshops. Um für eine kleine Gruppe an Instrumenten mögliche Inkonsistenzen der Zuordnung auszuschließen (z. B. gleiches Konstrukt, aber unterschiedliche Komponentenzuordnung), erfolgte zur Qualitätssicherung in einem abschließenden, zusätzlichen Workshop ein gemeinsames Review ausgewählter Instrumente. Letztlich wurden die Ergebnisse der zweiten Stufe in die Instrumentendatenbank (Toolbox) übertragen.

VI.4.1.2. Ergebnisse

Die Ergebnisse der Analysen der 167 Einzelinstrumente mit psychometrischer Fundierung fanden Eingang in die unter Kapitel VI.10 zusammenfassend beschriebene Instrumentendatenbank. Durch die Analyse wurden die Konstrukte der Instrumente den Inhalten der Bedarfsermittlung entsprechend des Arbeitsmodells des Basiskonzepts zugeordnet. Dieses umfasst neben den Komponenten des bio-psycho-sozialen Modells der WHO auch „Gesundheitsproblem“, „Kompetenzen“, „Ziele“, „Biografie“ (vgl. Kapitel V). Wenn möglich, wurden die psychometrischen Konstrukte dem bio-psycho-sozialen Modell bis auf Unterkapitel-Ebene der ICF zugeordnet. Dabei war es möglich, dass ein Konstrukt mehrere Kapitel einer Komponente oder auch mehrere Komponenten des bio-psycho-sozialen Modells anspricht. Im Ergebnis ergibt sich hieraus eine Zuordnung von Instrumenten zu ggf. mehreren Komponenten.

Instrumentenübergreifend ergibt sich aus der Analyse überblicksartig folgendes Gesamtbild.

VI.4.1.2.1. Überblick über die Konstrukte in den Instrumenten

Durch die Instrumentenanalyse konnten im Ergebnis 276 psychometrische Konstrukte aus den 167 analysierten Einzelinstrumenten identifiziert werden. Innerhalb der 276 psychometrischen Konstrukte befinden sich 199 unterschiedliche psychometrische Konstrukte, die sich durch die Instrumente in der Datenbank messen lassen. Die 276 psychometrischen Konstrukte wurden durch die Analysen insgesamt 368-mal dem Arbeitsmodell (bzw. seinen Inhalten) zugeordnet. Die höhere Zahl der Zuordnungen ergibt sich daraus, dass einige Konstrukte z. B. sowohl personbezogene Faktoren als auch Körperfunktionen zugeordnet werden und sich so eine Mehrfachzuordnung von Konstrukten ergab.

Zusammenfassend besitzt der größte Anteil der Instrumente nur ein psychologisches Konstrukt. Nur wenige Instrumente haben zwei oder mehrere psychologische Konstrukte. Nur zwei Testverfahren besitzen zehn oder mehr psychometrische Konstrukte (Abbildung 6).

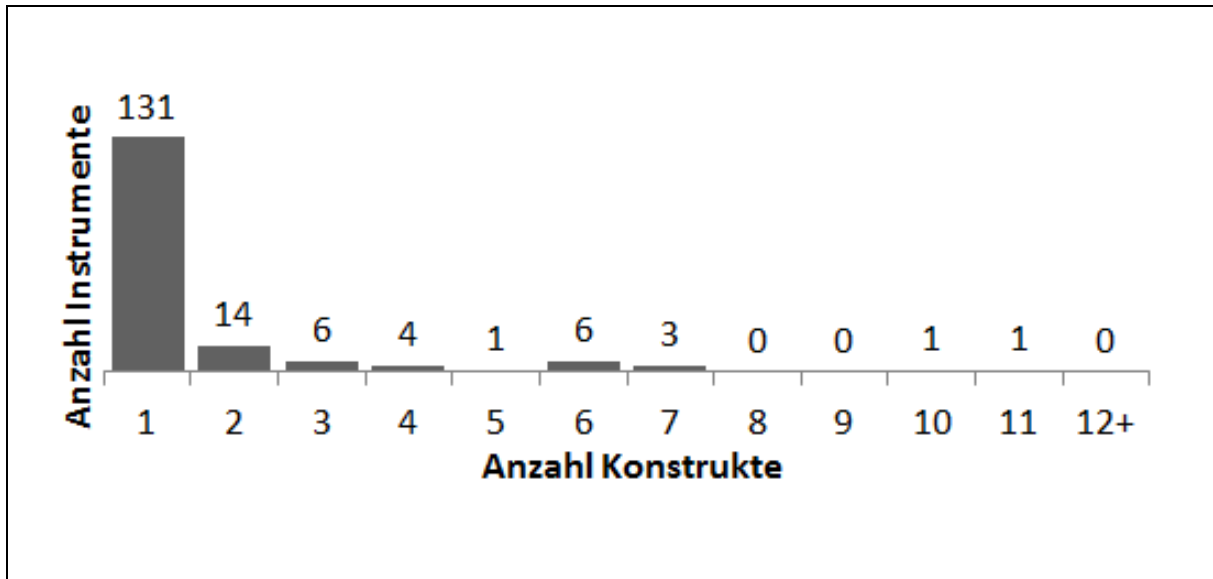


Abbildung 6: Instrumente nach Anzahl der jeweils identifizierten Konstrukte

Am häufigsten werden durch die psychometrischen Einzelinstrumente Konstrukte wie Intelligenz, Persönlichkeit, Aufmerksamkeit/Konzentration, Rechnen/Mathematik sowie das Lernen/Gedächtnis und Merkfähigkeit gemessen. Für diese psychometrischen Konstrukte liegen in der Datenbank die meisten Instrumente vor (Tabelle 2).

Tabelle 2: die zehn häufigsten Konstrukte in den analysierten Instrumenten

Konstrukt	Anzahl Instrumente	Anzahl Zuordnungen
Intelligenz	16	36
Persönlichkeit	12	24
Aufmerksamkeit/Konzentration	9	14
Rechnen / Mathematik	7	11
Lernen / Gedächtnis / Merkfähigkeit	7	9
Rechtschreibung / Rechtschreibleistung	6	7
Gedächtnis	5	6
Sozialkompetenz	4	5
Kognitive Funktionen	4	6
Aufmerksamkeit	3	3

Bezogen auf die einzelnen Inhalte der Bedarfsermittlung (vgl. Kapitel 4 des Basiskonzepts), ergeben sich die meisten Zuordnungen von Instrumenten für die Komponenten Körperfunktionen sowie personbezogene Faktoren. Dagegen liegen bislang nur wenige Instrumente vor, die Umweltfaktoren erfassen. Ein geringer Teil der Instrumente ließ sich keinem der Inhalte des Arbeitsmodells zuordnen. Mit Blick auf alle Inhalte der Bedarfsermittlung – nach dem entwickelten Arbeitsmodell auf Basis des bio-psycho-sozialen Modells der WHO – ergibt sich nachfolgendes Bild (Tabelle 3).

Tabelle 3: Bezug der Instrumente zu den Inhalten lt. Basiskonzept, insb. dem bio-psycho-sozialen Modell

Inhalt der Bedarfsermittlung lt. Arbeitsmodell	zugeordnete Instrumente	zugeordnete unterschiedliche Konstrukte	Zuordnungen insgesamt
Körperfunktionen	99	83	146
Personbezogene Faktoren	71	50	87
Aktivitäten und Teilhabe	35	37	57
Kompetenzen	14	26	29
Gesundheitsproblem	11	20	20
Umweltfaktoren	5	5	6
Sonstige	18	22	23

VI.4.1.2.2. Instrumente und Zuordnungen zu den Körperfunktionen

Im Ergebnis konnten 99 Instrumente analysiert werden, die Körperfunktionen messen. Insgesamt wurden 83 verschiedene psychometrische Konstrukte in den Instrumenten durch die Analysen erfasst. Dabei wurden durch die Instrumentenanalysen 146 Zuordnungen von erfassten Konstrukten zu den Inhalten der Bedarfsermittlung vorgenommen. Am häufigsten werden die Konstrukte Intelligenz, Aufmerksamkeit/Konzentration, Persönlichkeit, Lernen/Gedächtnis/Merkfähigkeit sowie Gedächtnis durch die Analysen identifiziert (Tabelle 4).

Tabelle 4: die zehn häufigsten Konstrukte im Bereich „Körperfunktionen“

Konstrukt	Häufigkeit
Intelligenz	20
Aufmerksamkeit/Konzentration	9
Persönlichkeit	9
Lernen / Gedächtnis / Merkfähigkeit	7
Gedächtnis	5
Kognitive Funktionen	4
Rechnen / Mathematik	4
Aufmerksamkeit	3
Exekutive Funktionen	3
Visuomotorik	3

VI.4.1.2.3. Instrumente und Zuordnungen zu den Aktivitäten und Teilhabe

Im Bereich der Aktivitäten und Teilhabe sind deutlich weniger Instrumente einzuordnen als z. B. bei den Körperfunktionen. Durch die Analyse konnten 35 Instrumente der Komponente Aktivitäten und Teilhabe zugeordnet werden. Dabei wurden in den 35 Instrumenten insgesamt 37 Konstrukte erfasst. Es ergaben sich 57 Zuordnungen von psychometrischen Konstrukten zu dieser Komponente. Am häufigsten werden die Konstrukte Rechnen/Mathematik sowie zur Rechtschreibung/Rechtschreibleistung durch die vorliegenden Instrumente erfasst (Tabelle 5).

Tabelle 5: die zehn häufigsten Konstrukte im Bereich „Aktivitäten und Teilhabe“

Konstrukt	Häufigkeit
Rechnen / Mathematik	6
Rechtschreibung / Rechtschreibleistung	6
(körperliche) Alltagsaktivitäten	3
Funktionelle Leistungsfähigkeit (Arbeitsfähigkeiten und -möglichkeiten)	3

Konstrukt	Häufigkeit
Lesen / Lesefertigkeit	3
Alltagsrelevante Kompetenz	2
Funktionelle Leistungsfähigkeit	2
Sozialanpassung (i. S. Häusliches Leben/ bedeutende Lebensbereiche)	2
Verständigungsvermögen (i. S. Lernen und Wissensanwendung/ Kommunikation)	2
(arbeitsbezogene) körperliche Leistungsfähigkeit	1

VI.4.1.2.4. Instrumente und Zuordnungen zu den personbezogenen Faktoren

Auch im Bereich der personbezogenen Faktoren liegt eine Vielzahl von Instrumenten vor. Insgesamt konnten dieser Komponente 71 Instrumente zugeordnet werden. Dabei wurden 50 verschiedene Konstrukte in den psychometrischen Instrumenten erfasst. Es wurden 87 Zuordnungen der Konstrukte zur Komponente der personbezogenen Faktoren vorgenommen. Am häufigsten werden die Konstrukte Intelligenz, Persönlichkeit, Aufmerksamkeit/Konzentration sowie berufsbezogene Intelligenz durch die vorliegenden Instrumente erfasst (Tabelle 6)³².

Tabelle 6: die zehn häufigsten Konstrukte im Bereich „personbezogene Faktoren“

Konstrukt	Häufigkeit
Intelligenz	16
Persönlichkeit	14
Aufmerksamkeit/Konzentration	5
berufsbezogene Intelligenz	2
Kognitive Funktionen	2
Lernen / Gedächtnis / Merkfähigkeit	2
Persönlichkeit (arbeitsbezogenes Verhaltens- und Erlebensmuster)	2
Stressverarbeitung	2
Angst bezogen auf den Arbeitsplatz	1
Angst im schulischen Kontext	1

VI.4.1.2.5. Instrumente und Zuordnungen zu den Umweltfaktoren

Für die Komponente der Umweltfaktoren liegen bislang nur 5 Instrumente vor. Dabei konnten durch die Analyse fünf verschiedene Konstrukte herausgefiltert werden. Insgesamt wurden 6 Zuordnungen von Konstrukten zur Komponente der Umweltfaktoren vorgenommen (vgl. Tabelle 7).

Tabelle 7: Konstrukte im Bereich „Umweltfaktoren“

Konstrukt	Häufigkeit
Umweltfaktoren (bei der Kompetenzzentfaltung)	2
Einfluss von Umweltfaktoren am Arbeitsplatz	1
Rolle des Arbeitenden (psychosoziale und Umweltfaktoren)	1
soziale Unterstützung	1
Soziale Unterstützung/ Soziale Belastung	1

³² Zur Konzeption der personbezogenen Faktoren siehe Kapitel 4 des Bedarfsermittlungskonzepts.

VI.4.1.2.6. Instrumente und Zuordnungen zum Gesundheitsproblem

Weitere 11 Instrumentennennungen erfassen Gesundheitsprobleme (Tabelle 8). Sie sind ebenfalls in der Datenbank erfasst.

Tabelle 8: Konstrukte im Bereich „Gesundheitsproblem“

Konstrukt	Häufigkeit
ADHS-Selbstbeurteilungsskala	1
ADHS- Wender Utah Rating Scale	1
ADHS-Diagnostische Checkliste	1
Angst- und Zwangsstörungen	1
Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung	1

VI.4.1.2.7. Instrumente und Zuordnungen zu den Kompetenzen

14 Instrumente wurden durch die Analyse dem Bereich Kompetenzen zugeordnet. Dabei wurden während der Analyse insgesamt 26 Konstrukte identifiziert. Mit Ausnahme der Sozialkompetenz, die durch mehrere Instrumente gemessen wird, liegen sehr verschiedene Instrumente vor (Tabelle 9).

Tabelle 9: häufige Konstrukte im Bereich „Kompetenzen“

Konstrukt	Häufigkeit
Sozialkompetenz	4
arbeitsrelevante Schlüsselqualifikationen	1
Arbeitsverhalten	1
Berufliche Orientierung	1
berufsbezogene Fähigkeiten in Bezug auf die Tätigkeitsanforderungen	1

VI.4.1.2.8. Sonstige Instrumente und Zuordnungen

Weitere 18 Instrumentennennungen erfassen Konstrukte, die sich dem bio-psycho-sozialen Modell nicht ohne weiteres zuordnen ließen. In dieser Kategorie (sonstige Konstrukte) zeigte sich ein sehr heterogenes Bild (Tabelle 10). Ein Schwerpunkt der analysierten (sonstigen) Instrumente lässt sich aus den Analysen nicht ableiten.

Tabelle 10: die fünf häufigsten Konstrukte im Bereich „Sonstige Instrumente und Zuordnungen“

Konstrukt	Häufigkeit
Gesundheitsbezogene Lebensqualität	2
Aktivitäten und Teilhabe	1
Befindlichkeit schizophrener Erkrankter	1
Berufliche Problemlagen	1
Berufsbezogene Belastungen	1

VI.4.2. Einzelinstrumente ohne psychometrische Fundierung

Neben Einzelinstrumenten mit psychometrischer Fundierung waren im Rahmen der Instrumentenanalyse auch Instrumente ohne eine solche zu betrachten. Insbesondere auch aufgrund der instrumentenübergreifend geringeren Standardisierung ergibt sich bei diesen Instrumenten eine große Heterogenität. Zu den Instrumenten wurden u. a. gezählt: Screenings, Kompetenzanalysen, Methoden und Trainings. Solche Instrumente sind urheberrechtlich geschützt, in der Regel über Verlage

käuflich zu erwerben und es liegen ausführliche Handbücher (Manuale), Beschreibungen, Anleitungen und/oder Arbeitsmaterialien vor. Überwiegend verlangen sie keine spezielle Qualifikation zur Durchführung.

VI.4.2.1. Methodik

Insgesamt wurden hier 37 Instrumente zugeordnet, welche angesichts des enormen zeitlichen Aufwandes bei der Analyse der psychometrischen Instrumente sowie mehrerer personeller Wechsel im Projektteam im Rahmen eines vereinfachten Verfahrens durch zwei Personen analysiert wurden. Grundlage einer solchen Analyse war immer das jeweils zur Verfügung stehende Manual bzw. Arbeitsmaterial. Für die Analyse wurde ein adaptiertes Analyseraster – wie es auch für die psychometrisch fundierten Instrumente verwendet wurde – eingesetzt. Dieses bildete die Grundlage für den Ablauf der Analyse. Auch hierbei wurde eine Erst- und Zweitanalyse mit dem Ziel der Konstruktbestimmung und der Zuordnungen zu den Komponenten des bio-psycho-sozialen Modells oder den weiteren Inhalten des Arbeitsmodells des b3-Projektes durchgeführt (vgl. Kap. 4 des Basiskonzepts). Nach Konsentierung gingen diese Informationen in einen Steckbrief ein, der in der Datenbank aufgenommen wurde. Es wurden für alle 37 Instrumente übergeordnete Konstrukte benannt und dem b3-Arbeitsmodell zugeordnet.

VI.4.2.2. Ergebnisse

Die Ergebnisse der Analysen der 37 Einzelinstrumente ohne psychometrische Fundierung fanden Eingang in die unter Kapitel VI.10 zusammenfassend beschriebene Instrumentendatenbank.

Neben der hohen Heterogenität der Instrumente ist diesen gemeinsam, dass sie in der Regel eine größere Anzahl von Konstrukten erfassen und diese bezogen auf den Rehabilitanden einschätzt. Es findet also keine Messung oder Erhebung von Merkmalen statt, die mit einer Eich- oder Normierungsstichprobe verglichen wird, sondern die Ergebnisse basieren auf der individuellen Einschätzung des Durchführenden und/oder des Leistungsberechtigten selbst.

Bei der Mehrzahl der Instrumente handelt es sich um eine Vielzahl von Fähigkeiten und Fertigkeiten, die in Items beschrieben und zu Konstrukten geclustert werden (z. B. bei Screenings, Kompetenzanalysen). Sie ermöglichen ein umfassendes Bild der Ressourcen und Defizite eines Leistungsberechtigten. Teilweise basieren sie auf Selbst- und/oder Fremdeinschätzungsbögen, teilweise werden sie durch Einschätzungen in Relation zu den Anforderungen eines konkreten Arbeitsplatzes in Form von Profilvergleichen ermittelt. Insgesamt drei Instrumente verwenden Items der ICF.

Bei Assessments werden die gemachten Einschätzungen zu Ressourcen und Defiziten durch die Ableitung des Unterstützungsbedarfes und dessen Umsetzung in eine Interventionsplanung erweitert.

Daneben gibt es auch eine Reihe von Instrumenten, die als Verfahren oder Methode zur Ermittlung von Teilhabezielen oder persönlichen Neigungen dienen, oder Modelle, die theoriebasierte Erklärungen über Zusammenhänge und ggf. Wechselwirkungen verschiedener Komponenten des jeweiligen Modells liefern.

Bei einer kleinen Gruppe von Instrumenten handelt es sich im eigentlichen Sinne um Trainings (z. B. Gedächtnistrainings, Rechtschreib- oder Rechentrainings), die zur Abschätzung des Leistungsvermögens – bezogen auf das zugeordnete Konstrukt – zweckentfremdet eingesetzt werden, weil zurzeit keine anderen geeigneten Erhebungsinstrumente zur Verfügung stehen.

VI.5. Handlungskonzepte der Rehabilitationsträger

Handlungskonzepte der Reha-Träger bestehen, angelehnt an § 13 SGB IX i. V. m. der Gemeinsamen Empfehlung Reha-Prozess, aus Arbeitsprozessen, Arbeitsmitteln sowie Gutachten³³, die von den Reha-Trägern in ihrer Praxis genutzt werden^{34,35}. In ihrer Gesamtheit bestimmen diese Instrumente das Handeln der Reha-Träger in allen Abschnitten des Reha-Prozesses, in denen Bedarfsermittlung stattfindet. Neben Vorgaben für das Trägerhandeln beinhalten diese Instrumente auch Hinweise und Regelungen, die als Vorgaben für das Handeln von Leistungserbringern zu verstehen sind, welche im Rahmen der Bedarfsermittlung für bestimmte Teilaufgaben (z. B. Arbeitserprobung, Eignungsabklärung) beauftragt werden.

VI.5.1. Methodik

In einem ersten inhaltlichen Analyseschritt wurde eine Sichtung der Instrumente zu deren Gegenständen, Zielstellungen und Methodik durchgeführt. Es zeigte sich, dass diese Instrumente zwar auch mit dem bio-psycho-sozialen Modell korrespondieren, diese in der Regel jedoch – anders als noch im Projektantrag angenommen – kein klares (Mess-)Konstrukt beinhalten, das sich dem bio-psycho-sozialen Modell oder den das Modell ergänzenden Inhalten im Rahmen der Bedarfsermittlung eindeutig zuordnen ließe. Anknüpfend an die Zielstellungen des Projektantrags, war es für potenzielle Nutzer ohne bedeutsamen Mehrwert, entsprechende „Einzelinstrumente ohne Zuordnung“ in die Datenbank zu überführen.

Aufbauend auf diese Erkenntnisse wurde die Zielstellung und die Verwertungsperspektive der Instrumentenanalysen adaptiert. Daraufhin ergab sich folgende konkretisierte Zielstellung:

1. Identifikation aller einschlägigen Instrumente (Arbeitsprozesse, Arbeitsmittel und Gutachten) zur Bedarfsermittlung im Sinne von Verfahren, Konzepten, Anweisungen, Formularen, Vor drucken, Checklisten, etc.
2. Zusammenfassende Analysen der jeweiligen Handlungskonzepte zu den – bezogen auf den Projektgegenstand – relevanten Inhalten aus den identifizierten Instrumenten. Mit Blick auf die beabsichtigte Gliederung des Basiskonzepts ging es insbesondere darum, relevante In formationen aus den einzelnen Instrumenten zu extrahieren, die bezogen auf die Inhalte ei ner Bedarfsermittlung in der beruflichen Rehabilitation Bedeutung erlangen (z. B. Bezug zum bio-psycho-sozialen Modell, Konkretisierung von Inhalten, Hinweise zur individuellen Ent wicklung von Teilhabezielen, Erkenntnisdimensionen).
3. Auswertung und Ergebnisnutzung der Analysen. Die mithilfe des Analyserasters extrahierten Informationen aus den Handlungskonzepten sollten im Ergebnis drei Ziele erfüllen:

³³ Laut § 13 SGB IX sind zur einheitlichen und überprüfbaren Ermittlung des individuellen Rehabilitationsbedarfs systematische Arbeitsprozesse und standardisierte Arbeitsmittel einzusetzen. Darüber hinaus können Reha-Träger nach § 17 SGB IX zur Feststellung des Reha-Bedarfs eine Begutachtung veranlassen (siehe dazu auch § 38 GE Reha-Prozess).

³⁴ Bis zur Einführung der neuen gesetzlichen Terminologie durch das Bundesteilhabegesetz in Form von Arbeitsprozessen, Arbeitsmitteln und Gutachten (§§ 13, 17 SGB IX) wurde innerhalb des Projekts noch von Verwaltungsverfahren und Elementen gesprochen.

³⁵ Der denkbare Umkehrschluss hierzu, dass Instrumente die im Folgenden nicht aufgeführt werden, nicht zu „Instrumenten“ nach § 13 SGB IX zählen könnten, griffe allerdings zu kurz. Vielmehr stellt der nachfolgende Abschnitt unmittelbar durch Reha-Träger eingesetzte Instrumente ins Zentrum der Betrachtung. „Einzelinstrumente“ (Abschnitt VI.4) als auch „spezifische Ansätze bei Leistungserbringern“ (Abschnitt VI.6) werden oftmals im Auftrag der Reha-Träger bei Leistungserbringern und/oder Sachverständigen eingesetzt, dienen im Kontext des Trägerhandelns der Sachverhaltsaufklärung und sind so gleichfalls als Instrumente der Bedarfsermittlung im rechtlichen Sinne zu verstehen.

- Ergänzung (Anreicherung) des Basiskonzepts, um relevante Inhalte und etablierte Praxis aus den Instrumenten der einzelnen Handlungskonzepte für ein übergreifendes Konzept aller Reha-Träger aufzunehmen (vgl. Ausführungen zu den Analysen).
- Anfertigung von Steckbriefen für die Datenbank über die zentralen Inhalte der Handlungskonzepte der einzelnen Trägerzweige (z. B. Zielstellung, Kurzbeschreibung, Adressat, Übersicht über Arbeitsprozesse und Arbeitsmittel), um insbesondere die Transparenz über das Reha-System und maßgebende Prozesse zu erhöhen;
- Vornahme eines Soll-Ist-Vergleichs, d. h. einer Gegenüberstellung der Grundanforderungen des Basiskonzepts (Arbeitspaket 2) mit den aktuellen Definitionen und Vorgaben der Reha-Träger, die sie für ihre eigene Handlungspraxis eingeführt haben.

Dem folgend, wurde der ursprüngliche Analyseansatz weiterentwickelt. Dieser Ansatz ging von der Prämisse aus, dass das Vorgehen eines Reha-Trägers in der Bedarfsermittlung nicht in einem umfassenden Gesamtkonzept in allen Einzelheiten beschrieben ist, sondern vielmehr verschiedene Arbeitsprozesse, Arbeitsmittel und Gutachten (z. B. Verfahren, Richtlinien, Konzepte, Anweisungen, Vordrucke, Checklisten und Formulare) in ihrer Gesamtheit den Handlungs- und Orientierungsrahmen für die Bedarfsermittlung im Einzelnen vorgeben. Dafür war es wichtig, möglichst alle Instrumente, die in der täglichen Handlungspraxis einzelner Träger genutzt werden, zu identifizieren. Hierzu wurde sich eines strukturierten Vorgehens bedient:

1. Sichtung und Sortierung der Ergebnisse der Vorstudie,
2. Online-Recherche; (mehrere) bilaterale Expertengespräche mit allen Reha-Trägern,
3. Nutzung weiterer Formate zur Identifizierung von Instrumenten (Arbeitsgruppen, Netzwerke, Tagungen etc.).

Zusammenfassend konnten 43 (Einzel-)Instrumente identifiziert werden, die das Handeln der Reha-Träger³⁶, welche über Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben entscheiden, beschreiben. Diese Instrumente bildeten schließlich die Ausgangsbasis für die qualitativ ausgerichtete Gesamtanalyse der jeweiligen Handlungskonzepte der Reha-Träger. Das entwickelte Analyseraster wurde anhand einer exemplarischen Sichtung der vorliegenden Instrumente konzeptioniert und lehnt sich im Allgemeinen an dem Analyseraster zu den Einzelinstrumenten³⁷ und im Besonderen an die Struktur des Basiskonzepts an³⁸.

Neben den allgemeinen Rahmendaten (Name der Instrumente, Stand, Kurzbeschreibung, Verfügbarkeit, Zielgruppe etc.) lag der besondere Fokus des Analyserasters auf der Identifizierung von Aussagen zu den Grundanforderungen der Bedarfsermittlung (vgl. Kapitel IV) sowie dem Bezug der Instrumente zu den Inhalten einer Bedarfsermittlung (z. B. Ziele, bio-psycho-soziales Modell, Kompetenzen). Die Erstanalyse der Instrumente eines Handlungskonzepts erfolgte zunächst durch das Projektteam (sog. „interne Analyse“). Im Anschluss wurden die Ergebnisse dem jeweiligen Vertreter des Reha-Trägers aus der Projektbegleitenden Arbeitsgruppe zu einem „Peer Review“ vorgelegt. Die Ergebnisse der Analyse gingen primär in den Erarbeitungsprozess zum Basiskonzept ein (vgl. Kapitel V).

³⁶ Dazu zählen im Kontext des Projekts auch die Integrationsämter.

³⁷ Zum Beispiel: Kurzbeschreibung, Zielstellung, Adressat.

³⁸ In Bezug auf a) Grundanforderungen und b) Inhalte einer Bedarfsermittlung, z. B. Bezug zu Teilhabezielen, Bezug zum bio-psycho-sozialen Modell oder Erkenntnisdimensionen.

VI.5.2. Ergebnisse

Im Ergebnis liegt zu jedem Trägerbereich, der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erbringt, eine zusammenfassende Analyse des Handlungskonzeptes in Form eines Steckbriefes vor. Diese Steckbriefe sind in der Instrumentendatenbank abrufbar. Die Analyseergebnisse bildeten eine wesentliche Grundlage für die Entwicklung und Ausgestaltung des Basiskonzeptes (siehe Kapitel V); insbesondere hinsichtlich der prozessualen und inhaltlichen Aussagen in Kapitel 3 („Übergreifende Aspekte der Bedarfsermittlung“) und 4 („Inhalte der Bedarfsermittlung“). Inhaltlich wurden im Bereich der Ausdifferenzierung des Basiskonzeptes verschiedene Ermittlungsansätze der Reha-Träger integriert. So wurde die Benennung von Umweltfaktoren am Arbeitsplatz aufgenommen und es wurden Aspekte der Zielentwicklung ins Basiskonzept überführt.

Zum Hintergrund – Zur Konzeptualisierung von Handlungskonzepten bei Reha-Trägern

Nicht nur angesichts andersartiger gesetzlicher Aufgaben, Zuständigkeit oder Leistungen unterscheiden sich die Ansätze der Reha-Träger, um den an sie gerichteten Anforderungen im Einzelnen gerecht zu werden. Die „Handlungsansätze“ zur Bedarfsermittlung in der beruflichen Rehabilitation bestehen in der Regel bei jedem Reha-Träger aus einem oder mehreren Arbeitsprozessen (in der Bundesagentur für Arbeit z. B. 4-Phasen-Modell, Beratungskonzeption, Verfahren des Ärztlichen Dienstes). Ihrerseits nutzen diese Arbeitsprozesse sequentiell Arbeitsmittel, die im einzelnen Reha-Prozess zur Verwirklichung der gesetzlichen Ziele (z. B. Teilhabe, Prüfung von leistungsrechtlichen Voraussetzungen) beitragen sollen. Zu diesen Arbeitsmitteln zählen einerseits Antragsformulare, Checklisten, Berichte sowie wissenschaftlich oder trägerübergreifend abgestimmte psychometrische Testverfahren und Assessments andererseits. Die Gesamtheit der eingesetzten Instrumente im Reha-Prozess konzeptualisiert letztlich das jeweilige Handlungskonzept für die Phase der Bedarfsermittlung eines Reha-Trägers in der beruflichen Rehabilitation.

Unter Arbeitsprozessen werden im Kontext der Bedarfsermittlung alle Verfahren subsumiert, die das Handeln der Reha-Träger im Reha-Prozess bestimmen. Hierzu gehören sog. Weisungen genauso wie Vereinbarungen und Regelungen zur Zusammenarbeit mit anderen Reha-Trägern, Leistungserbringern oder internen Diensten. Die Arbeitsprozesse stecken in erster Linie einen Rahmen zur Breite und Tiefe des individuellen Reha-Prozesses ab, um die Voraussetzungen für die Gewährung einer Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben im Allgemeinen zu schaffen oder Festlegungen zur konkreten Phase der Bedarfsermittlung im Besonderen zu treffen. Sie können also einen direkten Bezug zum Prozess der Bedarfsermittlung aufweisen, müssen es aber nicht. Von ihrer Zielstellung her betrachtet, lassen sich die genutzten Arbeitsprozesse differenziert betrachten. Zu ihren Aufgaben zählt z. B. die Operationalisierung gesetzlicher Grundlagen oder trägerspezifischer Strategien (z. B. Förderung junger Menschen). Innerhalb solcher Verfahren werden die gesetzlichen Vorschriften zu den Aufgaben, Leistungen und Zuständigkeiten (versicherter Personenkreis) sowie die spezifischen Strategien der Reha-Träger auf die Ebene der Aufbau- und Ablauforganisation „übersetzt“ (z. B. 4-Phasen-Modell (BA), Position der UV zu LTA, Gesamtplanverfahren (Eingliederungshilfe). Darüber hinaus können Arbeitsprozesse konkrete Anweisungen für bestimmte (interne) Organisationseinheiten (Dienstleister) umfassen (z. B. Verfahren des Ärztlichen Dienstes oder des berufspsychologischen Dienstes (BA), Reha-Management (UV), Kassys und Quasi (BIH)) oder Regelungen enthalten, die sich auf konkrete Abschnitte des Reha-Prozesses beziehen (z. B. Persönliches Budget (UV), Fachkonzept Berufseinstiegsbegleitung (BA)). Wiederum andere Arbeitsprozesse beinhalten Anweisungen, Richtlinien, Vorgaben für externe Dritte (z. B. Leistungserbringer).

Zur Erfüllung der Vorgaben aus den Arbeitsprozessen werden im Einzelnen konkrete Arbeitsmittel genutzt. Diese können von Dritten entwickelt oder trägerspezifische Eigenentwicklungen darstellen. Diese Instrumente sind elementare Bestandteile definierter Arbeitsprozesse und werden innerhalb dieser Arbeitsprozesse bei Bedarf genutzt. Ihre Aufgabe besteht im Einzelnen darin, Informationen zu ermitteln, Teilausschnitte zur Bedarfsermittlung zu erfassen oder zu planen, Ergebnisse zu dokumentieren oder in anderer Form eine Arbeitshilfe zu leisten. Sie sind oft trägerspezifisch zugeschnitten (z. B. Antragsformulare, Berichtsvordrucke, Selbstauskünfte), ähneln sich übergreifend jedoch in ihrer Zielstellung (z. B. Ermittlung, Planung oder Dokumentation).

VI.6. Spezifische Arbeitsansätze bei Leistungserbringern und Instrumente der Bedarfsermittlung in der Werkstatt für Menschen mit Behinderung

Neben Einzelinstrumenten und Handlungskonzepten wurden im Rahmen der Vorstudie auch Instrumente benannt, welche zu spezifischen Arbeitsansätzen von Leistungserbringern gebündelt wurden. Diese Nennungen beziehen sich dabei in der Regel auf komplexe Leistungsformen bzw. deren zentrale Elemente. Hierzu zählen beispielsweise Eignungsabklärungen, und/oder Assessments als Elemente der Bedarfsermittlung im Rahmen von Bildungsleistungen. Diese Arbeitsansätze sind häufig wesentlicher Bestandteil von beauftragten, vorgeschalteten Leistungen (sogen. Vorschaltmaßnahmen), und können keineswegs immer spezifischen Leistungen trennscharf zugeordnet werden. So können beispielsweise Assessments und Arbeitserprobungen sowohl im Kontext von Vorschaltleistungen als auch in sogenannten Hauptleistungen ihren Platz finden.

Die Nutzung derartiger Arbeitsansätze dient der Beantwortung vielfältiger Fragestellungen. Oftmals geht es bei diesen Leistungen um einen Abgleich der individuellen Fähigkeiten, Fertigkeiten, Kompetenzen oder Potenziale des Leistungsberechtigten mit den Anforderungen des allgemeinen Arbeitsmarktes, eines Berufsbildes und/oder eines konkreten Arbeitsplatzes. In Gestalt von Vorschaltleistungen werden diese i. d. R. von Reha-Trägern beauftragt.

Zur Beantwortung der Fragestellung(en) wird je nach Einzelfall eine Kombination aus verschiedenen Methoden und Einzelinstrumenten genutzt. Zu den im Einzelnen genutzten Instrumenten zählen psychometrische Testverfahren genauso wie Trainings, praktische Erprobungen, Beobachtungen oder Gespräche, die – abgestimmt auf die individuelle Zielstellung und den jeweiligen Leistungsberechtigten – ausgewählt werden. Der oftmals kombinierte Einsatz derartiger Einzelinstrumente dient in seiner Gesamtheit der Beantwortung zuvor beauftragter Fragestellungen, auf welche sich diese Arbeitsmittel beziehen.

Als Ergebnis einer differenzierten Auseinandersetzung mit derartigen Nennungen aus der Vorstudie ist zu konstatieren, dass diese spezifischen Arbeitsansätze bei den Leistungserbringern jeweils in einen konzeptionellen Rahmen eingebettet sind, der Inhalt und Zielstellung beschreibt, z. B. in Form von Leistungsbeschreibungen oder Durchführungskonzepten; erbringerübergreifend betrachtet erfolgt die Umsetzung jedoch im Detail oftmals unterschiedlich. Gleichwohl ist die Leistung jeweils an der zu Grunde liegenden individuellen Fragestellung auszurichten, wodurch die Leistungsinhalte individuell differieren (können).

Ein einheitliches, enger umschriebenes Konstrukt findet sich daher im Vergleich zu den Einzelinstrumenten nicht. Vielmehr ergeben sich aus den spezifischen Arbeitsansätzen im Ergebnis zumeist eine Reihe an Informationen, welche in unterschiedlicher Weise dem bio-psycho-sozialen Modell und dem Arbeitsmodell zur Bedarfsermittlung entsprechend Kapitel 4 des Basiskonzepts zuzuordnen sind. Diesen Spezifika wurde durch eine geeignete Analysemethodik Rechnung getragen.

VI.6.1. Methodik

Zur näheren Analyse dieser Instrumente wurde in der Konsequenz aus den einführenden Erläuterungen ein qualitatives Erhebungskonzept entwickelt, in dessen Rahmen bundesweit leitfadengestützte, problemzentrierte Interviews mit Reha-Fachkräften aus Referenzeinrichtungen der acht Leistungserbringer-Verbände geführt wurden. Zur Nutzung von Synergieeffekten wurde dieser Feldzugang auch für Arbeitspaket 3 genutzt (vgl. Kapitel V). Insgesamt wurden 15 Interviews geführt. Zielstellung der Interviews war die praxisbezogene Informationsgewinnung.

Zu den Instrumenten enthielt der Interviewleitfaden Fragen zu Relevanz und Handlungshintergrund, Bedeutung und Einsatz, Konzepten, Leitlinien, Prozessen sowie Instrumenten zur Umsetzung. Die Interviews wurden bei den Leistungserbringern vor Ort geführt. Während der Interviews waren jeweils zwei Interviewer aus dem Projektteam und meistens 2-3 Mitarbeiter des Leistungserbringers anwesend. Die Gespräche wurden mithilfe eines Aufnahmegerätes aufgezeichnet. Die anonymisierten Transkripte bildeten schließlich die Ausgangsbasis der Analyse, welche unter Nutzung des Datenanalyseprogramms MaxQDA erfolgte. Alle Interviews wurden offen codiert, dabei wurden ein deduktives (d.h. am vorher erstellten Leitfaden orientiertes) und ein induktives (d.h. am empirischen Material orientiertes) Vorgehen miteinander kombiniert.

Die Datenauswertung lehnte sich an die Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring [9; 10] an, wobei die Reduktion bzw. die Zusammenfassung des Interviewmaterials im Vordergrund stand. Die mithilfe von MaxQDA erstellten Codes wurden thematisch sortiert und gegenüberstellend anhand von direkten Zitaten und der jeweiligen Paraphrasierungen zusammengefasst. Mithilfe der Auswertungen war es möglich, einen Überblick über die diversen Begriffs- bzw. Verfahrensverständnisse zu erlangen. Die gewonnenen Erkenntnisse trugen weiterhin dazu bei, die vorliegenden Dokumente³⁹ der Referenzinrichtungen einordnen und ihren spezifischen Anwendungskontext nachvollziehen zu können. Der nächste Schritt der Auswertung lag darin, zum Zweck der Identifikation übergreifender Aspekte der einzelnen Arbeitsansätze intra- und interinstitutionelle Vergleiche einzelner Typen von Leistungserbringern vorzunehmen (z. B. Berufsbildungswerke, Berufsförderungswerke). Dabei wurden die Erkenntnisse aus den einzelnen Interviews zunächst je Leistungserbringertyp, im Anschluss daran übergreifend gegenübergestellt.

VI.6.2. Ergebnisse

Die Ergebnisse der Analysen mündeten in einer zusammenfassenden Darstellung als Kapitel 6.3. „Spezifische Arbeitsansätze bei Leistungserbringern“ und 6.4 „Instrumente der Bedarfsermittlung in der Werkstatt“ des Basiskonzepts. Darin werden jeweils die wesentlichen Inhalte sowie mögliche Methoden aufgezeigt – ohne dabei konkrete „Musterbögen“ oder ähnliches vorzugeben⁴⁰. Die Darstellung somit beschreibend. Sofern vorhanden, wird zunächst die Begriffsvielfalt aufgezeigt. Anschließend folgt in der Regel eine sprachliche und inhaltliche Annäherung an die Inhalte des jeweiligen Ansatzes (z. B. Assessment). Neben den Auswertungen aus den Interviewergebnissen wurden dazu weitere Quellen hinzugezogen.⁴¹ Zuletzt werden Inhalte skizziert, die im Rahmen des Verfahrens grundsätzlich abgedeckt werden (im Falle des Assessments z. B. Erfassung beruflicher Wünsche, Ermittlung von Fähigkeiten). Im Anschluss wird auf die vom jeweiligen Arbeitsansatz in der Regel umfassten Inhalte der Bedarfsermittlung (Kapitel 4 des Basiskonzepts) verwiesen. Damit wird eine Zuordnung der Ergebnisse des jeweiligen Ansatzes zu den Inhalten der Bedarfsermittlung möglich.

VI.7. Instrumente der Bedarfsermittlung in der Eingliederungshilfe

Von vorgenannten Instrumenten abgrenzbar ist eine kleinere Zahl an Instrumentennennungen, die auf spezifische Instrumente der Träger der Eingliederungshilfe verweisen (Gesamt- bzw. Hilfepläne).

³⁹ Hierbei handelt es sich beispielsweise um eigenentwickelte Beurteilungsbögen, Tests oder Leitfäden.

⁴⁰ Dieses Vorhaben war aufgrund der festgestellten Heterogenität der eingesetzten Verfahren nicht umzusetzen und wäre den Spezifika der jeweiligen Leistungserbringer nicht gerecht geworden.

⁴¹ Dazu zählt z. B. das Sozialmedizinische Glossar der Deutschen Rentenversicherung, die Ausführungen bei Rehadat-Bildung oder Inhalte aus Gablers-Wirtschaftslexikon.

Benannt wurden in der Vorstudie u. a. der Integrierte Teilhabeplan (ITP), der Integrierte Behandlungs- und Rehabilitationsplan (IBRP) sowie die individuelle Hilfeplanung (IHP). Gegenüber anderen Instrumenten weisen diese Instrumente vor allem die Besonderheit auf, dass sie neben Feststellungs- und Dokumentationsaspekten oft auch Planungsansätze für die weitere Rehabilitation beinhalten.

Die Eingliederungshilfe befindet sich durch die Neuerungen des BTHGs stärker als andere Trägerbereiche in einer Phase der Veränderung. Neben den Novellierungen im Teil I des SGB IX, die alle Reha-Träger betreffen, wurden im Recht der Eingliederungshilfe auch spezifische Leistungsvorschriften inkl. zentraler rechtlicher Grundlagen zu den Instrumenten der Bedarfsermittlung verändert. Das bisherige Recht wurde aus dem Fürsorgesystem des alten SGB XII (Sozialhilferecht) herausgelöst und mit Ergänzungen und Weiterentwicklungen ab dem Jahr 2020 als neuer zweiter Teil in das SGB IX aufgenommen. Die Weiterentwicklung dieses Rechtsbereichs zielt auf ein personenzentriertes und modernes Teilhaberecht, das sich stärker als bisher am individuellen Bedarf einer Person ausrichtet. Insbesondere im Bereich der Bedarfsermittlung, als wesentlichem Bestandteil des Gesamtplanverfahrens⁴², wurden zentrale Änderungen infolge des gesetzgeberischen Handelns integriert. Im Einzelnen sind für die Träger der Eingliederungshilfe neben den allgemeinen Vorschriften des § 13 SGB IX darüber hinaus die Vorschriften des § 118ff. SGB IX zu beachten. Diese beschriebenen Entwicklungen haben erhebliche Auswirkungen auch auf die genutzten Instrumente zur Feststellung und Dokumentation von Teilhabebedarf.

In der Umsetzungspraxis zum BTHG im Bereich der EGH ergaben sich hieraus in allen Bundesländern Weiterentwicklungen im Bereich der Instrumente⁴³. In diesem Zuge verloren eine Reihe Nennungen ihre inhaltliche Bedeutsamkeit. Beispielsweise wurde

- in Nordrhein-Westfalen der Individuelle Hilfeplan (IHP) durch das neue Instrument „Bedarfsermittlung NRW (BEI_NRW)“ abgelöst,
- in Niedersachsen mit „Bedarfsermittlung Niedersachsen (B.E.NI) ebenso wie in Baden-Württemberg ein neues Bedarfsermittlungsinstrument eingeführt,
- in Hessen der Integrierte Behandlungs- und Rehabilitationsplan (IBRP) durch ein neues Instrument abgelöst.

Grundsätzlich war im Projektverlauf im Bereich der Gesamt- und Hilfepläne eine hohe Anpassungsdynamik zu beobachten, wozu auch Erprobungsphasen von Instrumenten und Weiterentwicklungen von Instrumenten beitrugen. Mit Blick auf die Instrumentenanalyse sorgte die Entwicklungsdynamik dafür, dass viele der zu analysierenden Instrumente kurz- bzw. mittelfristig weiterentwickelt worden wären und entsprechende Analyseergebnisse somit unmittelbar veraltet und – noch vor Projektabschluss – überholt gewesen wären. Erschwerend kam hinzu, dass teilweise im Betrachtungszeitraum lediglich Entwürfe zu Instrumenten vorlagen, jedoch noch ohne vollständige Begleitmaterialien, wie Handbücher etc.

Zusätzlich resultiert aus dem BTHG eine Veränderung des Anwendungskontextes der Instrumente: Vor Einführung des BTHGs wurden derartige Instrumente zwar vom Rehabilitationsträger, hier der Eingliederungshilfe, vorgegeben, die Nutzung des Instrumentes erfolgte jedoch nicht selten federführend durch die Leistungserbringer (z. B. bei HMB-W, IBPR). Infolge des BTHG wird die Bedarfsermittlung verstärkt durch die Rehabilitationsträger selbst durchgeführt (werden) und hierzu werden derzeit entsprechende Dienste bei den zuständigen Stellen auf- bzw. ausgebaut. Die Instrumente sind

⁴² Bis 31.12.2017 (§ 58 SGB XII), ab 01.01.2018 (§§141 – 145 SGB XII) und ab 01.01.2020 (§ 117 ff. SGB IX)

⁴³ Dieser Prozess ist auch zum Projektende als oftmals noch nicht abgeschlossen (z.B. in Sachsen und Hessen).

bzw. werden somit stärker als maßgebliche Bestandteile von Handlungskonzepten der Rehabilitationsträger zu konzeptualisieren.

Wegen dieser Restriktionen und auf Grund der o.g. Instrumentenlogik konnten daher die neueren Entwicklungen zum jetzigen Zeitpunkt nicht umfassend innerhalb des b3-Projektes berücksichtigt werden. Auf Basis der bereits vorliegenden Neuentwicklungen konnte vielmehr nur eine musterhaft-exemplarische Betrachtung des Integrierten Teilhabepplans (ITP) für das Bundesland Hessen erfolgen. Dieser wurde den Handlungskonzepten zugeordnet (siehe Abschnitt VI.5).

Wengleich den Bedarfsermittlungsinstrumenten nach § 118 SGB IX i. V. m. § 13 SGB IX wesentliche Bedeutsamkeit zuzuschreiben ist, war aus vorgenannten Gründen im Rahmen des Projektes keine sinnvolle und bestandskräftige Instrumentenanalyse möglich. Es wird gleichwohl für lohnenswert gehalten, nach Inkrafttreten der dritten Stufe des Bundesteilhabegesetzes in 2020 hierzu ergänzende Analysen vorzunehmen und die Ergebnisse in die Instrumentendatenbank mit aufzunehmen. Eine Übersicht zum aktuellen Stand der Instrumente zur Bedarfsermittlung bei den Trägern der Eingliederungshilfe findet sich u. a. beim Deutschen Verein für die öffentliche und private Fürsorge⁴⁴.

VI.8. Berichte

Ebenfalls in der Vorstudie benannt wurden verschiedene Arten von Berichten, wie bspw. Rehabilitationspläne oder Zwischen-, Verlaufs und Abschlussberichte. Diese Berichte, die im Einzelfall eine Vielzahl von Einzelmerkmalen umfassen können, werden i.d.R. durch Leistungserbringer erstellt und an die zuständigen Leistungsträger übermittelt. Hinter diesen Oberbegriffen versteckt sich daher kein einheitliches Instrument. Vielmehr werden in der Praxis unterschiedliche Arten dieser Pläne und Berichte eingesetzt und sind durch Leistungserbringer in spezifischen Formaten zu nutzen.⁴⁵ Über die Interviews mit Leistungserbringern (siehe Abschnitt VI.6) konnten einzelne Vordrucke beschafft und Informationen zum Einsatz und Nutzen generiert werden. Auf dieser Grundlage erfolgte eine vergleichende Betrachtung, um so Gemeinsamkeiten der jeweiligen Pläne zu identifizieren.

Die begrenzte Reichweite der Informationsbeschaffung ermöglichte aufgrund der Heterogenität kein übergreifend gültiges Ergebnisformat. Vielmehr wurden die Dokumente als Bausteine zur inhaltlichen Beschreibung der „Zusammenarbeit in der Bedarfsermittlung“ in Kapitel 5 des Basiskonzepts verwendet.

VI.9. Gesprächs- und beobachtungsbasierte Ansätze in der Bedarfsermittlung

Mit Ausnahme von psychometrischen Testungen finden in der Praxis bei Reha-Trägern und Leistungserbringern im Kontext der Bedarfsermittlung in der Regel auch verschiedene gesprächsbasierte Ansätze, wie Beratungen, Gespräche, Befragungen, Bildungskonferenzen oder Fallbesprechungen Anwendung. Gemeinsam mit Beobachtungen, welche v.a. im Rahmen von Angeboten bei Leistungserbringern als ergänzender Methode der Informationsgewinnung genutzt werden⁴⁶, sind diese Ansätze sehr individuell.

⁴⁴ www.umsetzungsbegleitung-bthg.de

⁴⁵ Auch bei Reha-Trägern spielen Berichte eine Rolle in der Bedarfsermittlung. Entsprechende Berichte wurden bei der Analyse der Handlungskonzepte berücksichtigt.

⁴⁶ Beispielsweise finden Beobachtungen bei Belastungserprobungen, Assessments oder Arbeitserprobungen, aber auch bei der Durchführung von Bildungsmaßnahmen statt.

Gesprächs- und beobachtungsbasierte Ansätze folgen keinem einheitlichen Aufbau und sind wenig bis kaum generalisierbar oder übertragbar. Darüber hinaus kommen sie in unterschiedlicher Weise und Form in der Bedarfsermittlung zum Einsatz. Bei ihrer Nutzung ergibt sich die Vorgehensweise und Zielstellung oftmals erst aus einem Zusammenspiel des Menschen und seinem Kontext. Um die Ansätze zu konkretisieren, wurden verschiedene methodische Zugänge gewählt:

- Informationen aus der Analyse der Handlungskonzepte (vgl. VI.5).
- Informationen aus den Analysen der spezifischen Arbeitsansätze der Leistungserbringer (vgl. VI.6).
- Recherche in der gängigen Fachliteratur.

Als erstes Zwischenergebnis erwiesen sich die Ansätze nur wenig geeignet für eine analoge Analysemethode (vgl. Einzelinstrumente). Es war hierbei keine klare Identifikation und Zuordnung von Konstrukten zu den einzelnen Komponenten des bio-psycho-sozialen Modells oder den das Modell ergänzenden Inhalten im Rahmen der Bedarfsermittlung möglich. Vielmehr finden sich diese Ansätze im Kontext eines konkreten Instrumenteneinsatzes und orientieren sich am jeweiligen Erkenntnisziel⁴⁷. Oft wird das Vorgehen auch von Impulsen (Wünschen, Bedürfnissen, Problemen, Fragen) beeinflusst, die der Leistungsberechtigte erst während der Durchführung des Ansatzes offenbart. Daher ist auch eine konkrete Planung beim Einsatz des Instrumentes oft schwierig.

Festzuhalten ist, dass die Bestandteile, Hintergründe und Anlässe der einzelnen Ansätze ebenso vielfältig wie bedeutsam in der Bedarfsermittlung sind. In Abhängigkeit vom zuständigen Reha-Träger bzw. Leistungserbringer, dem Zeitpunkt sowie den Bedürfnissen und Erfordernissen des Leistungsberechtigten, werden die Ansätze oft und in diverser Form in der Praxis eingesetzt. Die Ansätze verbinden folgende Aspekte:

- Sie haben im Reha-Prozess allgemein und in der Bedarfsermittlung eine hohe Bedeutung;
- Sie können einer standardisierten Form folgen (z. B. Erstgespräch nach Antrag auf LTA, standardisierte Beobachtung einer Testsituation), müssen es aber nicht. Vielmehr ist ihr Einsatz im Reha-Prozess vom Kontext und nicht von bestimmten Kriterien, die spezifisch vom Reha-Träger oder Leistungserbringer festgelegt worden sind, abhängig;
- Sie sind oftmals unmittelbar auf eine Person mit ihren individuellen Zielen, Wünschen, Vorstellungen und Bedürfnissen zugeschnitten;
- Sie erfolgen stets in Form eines dialogischen Formats zwischen professionellen Akteuren und Leistungsberechtigten, wobei die Perspektive des Leistungsberechtigten besonders im Fokus steht. Die Ansätze zielen in der Bedarfsermittlung insbesondere auf die Ermittlung von subjektiven Aspekten (Ziele, Wünsche, Vorstellungen, Neigungen) ab oder sie werden genutzt, um Selbsteinschätzungen zu „objektiveren Erkenntnissen“ (z. B. Einschätzungen zu Testergebnissen, zur Funktionsfähigkeit) zu ermitteln.

Angesichts ihrer hohen Bedeutung sind die Ansätze konsequent im Basiskonzept berücksichtigt. Erkenntnisse aus den Analysen sind insbesondere in den praxisorientierten Teil B des Basiskonzepts eingeflossen. Sie finden sich einerseits im Kapitel 3, das sich mit „übergreifenden Aspekten mit besonderem Fokus auf dem Leistungsberechtigten“ bezieht, und andererseits im Kapitel 4, das sich mit den „Inhalten der Bedarfsermittlung“ befasst.

⁴⁷ z. B. Beratung bei der Entwicklung von Teilhabezielen, während der Aufnahme beim Leistungserbringer, kurz vor Abschluss einer Leistung mit Blick auf die Teilhabe

VI.10. Das Ergebnisformat „Instrumentendatenbank“

Neben der qualitativen Verortung von Ergebnissen eines Teils der Instrumente im Basiskonzept, ergänzt die Instrumentendatenbank das Basiskonzept als Bestandteil für dessen Nutzung. Nutzen und Ziele der Instrumentendatenbank sind:

- Sie bietet einen Überblick über genutzte Instrumente⁴⁸ zur Bedarfsermittlung in der beruflichen Rehabilitation.
- Für jedes Instrument stellt die Datenbank – in Form von Steckbriefen – transparent und übersichtlich Rahmendaten zur Verfügung:
 - Bibliografische Informationen: Titel, Kurztitel, Entwickler, Jahr, Auflage, Verlag, Bezugsquelle, Kurzbeschreibung, benannte Gütekriterien des Autors.
 - (Mess-)Konstrukt(e) des Instruments (Was wird gemessen?)
 - Informationen zur Anwendung: Nötige Ausbildung zur Anwendung, Methode der Datenerhebung, Testsituation, Dauer der Durchführung und Auswertung, Alter der Zielgruppe, Angaben zum Personenkreis
 - Besonderheiten: Informationen über Barrierefreiheit, benötigte Materialien und Erfassung der Konstitution
- Sie ermöglicht die Suche und Auswahl von geeigneten Instrumenten mit Blick auf eine spezifische Fragestellung bzw. bestimmte (psychologische) Konstrukte
- Sie ermöglicht eine einheitliche Strukturierung von ermittelten Ergebnissen durch Einordnung in die Struktur des Arbeitsmodells nach Kapitel 4 dieses Konzepts (Wie sortiert sich der Befund in die insgesamt vorliegenden Informationen ein?).

Zu Beginn des Projekts wurde davon ausgegangen, dass ca. 300 Instrumente mit einem einheitlichen Analyseraster analysiert werden können und schließlich in die Datenbank aufgenommen werden. Entsprechend der vorstehenden Projektergebnisse umfasst die Instrumentendatenbank insgesamt 236 Instrumente, differenziert in die Bereiche „Einzelinstrumente“ und „Handlungskonzepte“.

Bei Aufruf der Instrumentendatenbank wird zunächst kurz in die Datenbank eingeführt. Auf der Startseite wird einführend z. B. das b3-Projekt kurz dargestellt sowie das Basiskonzept in seinen Grundzügen erklärt, um zu verdeutlichen, wie die Instrumentendatenbank als zusätzliches Produkt neben dem Basiskonzept sinnvoll genutzt werden kann. Außerdem sind Informationen über die Datenbank in Form von FAQs dargestellt, sodass Nutzen und Funktion aufgezeigt werden.

Der Bereich „Einzelinstrumente“ entspricht weitestgehend den bereits im Projektantrag geplanten Funktionen: Hier wurden die Analyseergebnisse aller Einzelinstrumente aufgenommen, die hinsichtlich ihres Konstrukts analysiert werden konnten. Das sind die 167 psychometrischen sowie 37 nicht-psychometrischen Einzelinstrumente. Zu diesen insgesamt 193 Instrumenten wurden folgende Informationen erhoben und in die Datenbank als Parameter aufgenommen:

- Bibliografische Daten (u. a. Autor, Jahr, Bezugsquelle)
- Anwendungsvoraussetzungen (u. a. Alter der Zielgruppe, nötige Qualifikation)
- Durchführungsinformationen (u. a. Dauer der Durchführung, Methode der Datenerhebung)

⁴⁸ Dabei wurden Nennungen aus der Vorstudie [1] sowie Instrumentennennungen innerhalb des b3-Projekts (2015-2018) berücksichtigt. Über die Vollständigkeit der Instrumentendatenbank kann keine Aussage getroffen werden.

- Zuordnung der Konstrukte zum Arbeitsmodell zur Bedarfsermittlung entsprechend Kapitel 4 des Basiskonzepts; insbesondere dem darin enthaltenen bio-psycho-sozialen Modell und den Kapiteln der ICF
- Besonderheiten (u. a. Barrierefreiheit)

Der Bereich „Einzelinstrumente“ der Datenbank lässt sich über drei Zugangswege durchsuchen:

- Die einfache Freitext-Suche erlaubt das Durchsuchen nach Schlagworten, was u. a. hilfreich ist, um einen bestimmten Test zu finden und Informationen zu diesem zu erhalten.
- Die Suche über das Arbeitsmodell ermöglicht es, nach Instrumenten zu suchen, die bestimmte Eigenschaften erheben. So kann eine Reha-Fachkraft beispielsweise gezielt nach Instrumenten suchen, die globale mentale Funktionen ermitteln.
- Mit der erweiterten Suche können zudem Suchergebnisse erzielt werden, die bestimmten, zusätzlichen Kriterien entsprechen. So kann die Suche zum Beispiel so gefiltert werden, dass nur Instrumente angezeigt werden, die wissenschaftlichen Gütekriterien entsprechen und/oder die als barrierefrei einzustufen sind.

Zu jedem Instrument, das in den Bereich „Einzelinstrumente“ der Datenbank aufgenommen wurde, werden auf einer Detailseite alle in der Analyse und Validierung erhobenen Informationen übersichtlich dargestellt. Hier kann auch ein Steckbrief des Instruments mit genau diesen Informationen heruntergeladen werden.

Im zweiten Bereich der Datenbank werden die „Handlungskonzepte“ der Reha-Träger dargestellt. Hier wird ein Überblick über die genutzten Verfahren und Instrumente (Arbeitsprozesse und Arbeitsmittel) gegeben. In Steckbriefen zu den Handlungskonzepten werden die Analyseergebnisse in Form von Steckbriefen als PDF-Dateien zum Download angeboten.

Eine Kurzbeschreibung ist im Basiskonzept enthalten. Ferner wird die Instrumentendatenbank um eine ausführlichere Bedienungsanleitung ergänzt und vervollständigt (Anlage XII.6).

The screenshot shows the website interface with three navigation tabs: 'Einführung' (highlighted in red), 'Einzelinstrumente', and '„Handlungskonzepte“ Reha-Träger'. Below the tabs, the heading 'Instrumentendatenbank - Häufig gestellte Fragen' is displayed. A list of six questions follows, each with a red dropdown arrow icon:

- Welchen Nutzen hat die Instrumentendatenbank?
- Welche Funktion erfüllt die Instrumentendatenbank im Kontext des Basiskonzepts?
- Was sind Einzelinstrumente?
- Wie funktioniert die Suche nach Einzelinstrumenten?
- Welche Ergebnisse liefert die Instrumentendatenbank?
- Was sind die „Handlungskonzepte“ der Reha-Träger?

At the bottom of the list, a note states: 'Die ausführliche Bedienungsanleitung finden Sie [hier](#).'

Abbildung 7: Startseite der Instrumentendatenbank unter www.bar-frankfurt.de

Einführung **Einzelinstrumente** „Handlungskonzepte“ Reha-Träger

Suche Suche anhand des b3-Arbeitsmodells

Suche in: alle Inhalt der Bedarfsermittlung

UND ODER Kapitel

Suche in: alle Unterkapitel

[Erweiterte Suche](#)

[zurücksetzen](#) **suchen**

Suchergebnis

<p>AMS Berufskompass Neuorientierung</p> <p>psychologische Konstrukte Persönlichkeit Interessen</p>	<p>AMS Gründungstest</p> <p>psychologische Konstrukte Motivation Persönlichkeit Kompetenz ...</p>	<p>Hilfen zur Berufsfindung. Arbeitsprobenreihe Metall 1997</p> <p>psychologische Konstrukte Fachpraktische und -theoretische Kenntnisse und Fertigkeiten im Arbeitsfeld Metall Persönlichkeit Sozialverhalten</p>
<p>LRS - Legasthenie: Aus Fehlern wird man klug. Förderdiagnostik auf der Basis freier Texte 2004</p> <p>psychologische Konstrukte Rechtschreibung / Rechtschreibleistung</p>	<p>Comprehensive ICF Core Set for Vocational Rehabilitation</p> <p>psychologische Konstrukte</p>	<p>Entwicklung im Kreisbild</p> <p>psychologische Konstrukte Grundarbeitsfähigkeiten kognitiver Bereich emotionaler Bereich ...</p>

Abbildung 8: Ausgewählter Screenshot zur Instrumentendatenbank unter www.bar-frankfurt.de

VII. Projektkommunikation und erweiterte Koordination der Akteure und des Projektbeirates (Arbeitspaket 5)

VII.1. Einführung und Zielstellung

Die Beteiligung und die aktive Einbindung von Vertretern der Leistungsträger und der Leistungserbringer war zentrale Voraussetzung für das Erreichen der Projektergebnisse. Dabei wurde bereits in Projektantrag verdeutlicht, dass viele angestrebte Ergebnisse nur dann erreichbar sind, wenn hierzu eine gemeinschaftliche Verständigung erfolgt. Die Zielstellung des Arbeitspaketes war, durch die gelingende Gestaltung der Verständigungsprozesse über die gesamte Projektlaufzeit hinweg, gemeinsam die inhaltlichen Ergebnisse zu erreichen. Neben Leistungsträgern und –erbringern war hierbei gleichfalls der Einbezug von Vertretern der Leistungsberechtigten für tragfähige Ergebnisse von hoher Bedeutung.

Die Einbindung dieser Akteure war daher – neben allen fachlich-inhaltlichen Arbeiten des Projektteams im engeren Sinne – eine eigenständige Projektaufgabe mit wesentlichem Stellenwert. Im Zusammenhang mit der laufenden Koordination der Arbeiten innerhalb des Projektverbundes war die Projektkommunikation maßgeblich für die Realisierung sämtlicher Arbeitsschritte und Ziele im Projekt.

Darüber hinaus waren Aufgaben der Öffentlichkeitsarbeit wahrzunehmen, fachlich-inhaltliche Ergebnisse des Projektes kontinuierlich der Fachöffentlichkeit zugänglich zu machen sowie bzgl. der inhaltlichen Arbeit weitere relevante Kommunikationswege zu betreuen. Ferner war die Konzeptionierung, Durchführung sowie Vor- und Nachbereitung von drei großen Expertenworkshops/Fachtagungen zu leisten.

VII.2. Externe und interne Projektkommunikation

Die Projektkommunikation umfasste die „projekt-externe“ Kommunikation mit den Akteuren der Beruflichen Rehabilitation sowie die „projekt-interne“ Kommunikation innerhalb des b3-Teams und zwischen den Projektpartnern. Hierzu zählte insbesondere die Koordination und Betreuung von Arbeitsgremien auf strategischer und operativer Ebene, in die zahlreiche Vertreter der Leistungsträger-, Leistungserbringer- sowie Interessen- und Behindertenverbände eingebunden waren. Im Zusammenhang mit empirischen Aufgabenstellungen kamen spezifische Kommunikationsformate mit Fachexperten und Praktikern hinzu. Dies betraf insbesondere Aufgaben der Projektkommunikation im Rahmen der Instrumentenanalysen und deren Validierung.

Aufgrund der hohen Bedeutung kommunikativer Aspekte für den Projekterfolg, ging die Arbeit über die im Projektantrag skizzierte Projektstruktur hinaus. Es wurden folgende Arbeitsgremien etabliert:

- Für strategische Fragen ein Projektbeirat, welcher personell die strategische Führungsebene adressierte und Fragen der Bewertung der Ergebnisse und deren Umsetzungsperspektiven zum Gegenstand hatte.
- Für die gemeinsame operative Arbeit wurden drei Arbeitsgremien gebildet:
 - eine Projektbegleitende Arbeitsgruppe der Leistungsträger,
 - eine Arbeitsgruppe der Koordinatoren der Leistungserbringerverbände sowie
 - eine Arbeitsgruppe der Interessen- und Behindertenverbände (IBV).

Bei der Konstitution der Arbeitsgruppen stand zunächst die Kontaktaufnahme und Rekrutierung von Projektmitwirkenden im Vordergrund⁴⁹. Anschließend wurden für die adressatengerechte und zielgruppengenaue Gremienarbeit auf den unterschiedlichen Ebenen diverse Kommunikationswege und Veranstaltungsformate genutzt. Wesentlicher Arbeitsaufwand ergab sich dabei durch die umfassende Vor- und Nachbereitung von Sitzungen und Veranstaltungen. Hierzu zählte bspw. die Aufbereitung von Beratungsunterlagen und Ergebnisvermerken sowie die Erstellung von Vorträgen, Präsentationen, Workshop-Unterlagen, Werbematerialien (Flyern) sowie Tagungsdokumentationen inklusive der dazugehörigen Korrespondenz mit den Arbeitsgruppen und allen weiteren Beteiligten.

VII.2.1. Strategische Ebene

Im Rahmen des Projektes wurde ein Projektbeirat eingerichtet. Zielstellung des Beirates war insbesondere eine Unterstützung bei der Bewertung, dem Transfer sowie der Umsetzung der Ergebnisse. Der Projektbeirat tagte jeweils einmal in den Jahren 2017 und 2018. Er bestand aus Vertretern der strategischen Führungsebene der maßgeblichen Organisationen auf Leistungsträger- und Leistungserbringerseite sowie aus Vertretern der Interessen- und Behindertenverbände. Zusätzlich wirkten Vertreter aus der Wissenschaft und von Seiten der Fachverbände mit. Im Beirat wurden Impulse der unterschiedlichen Organisationen zur Entwicklung eines akteursübergreifenden Konzepts zur Bedarfsermittlung aufgenommen, Zwischenergebnisse gemeinsam kritisch reflektiert sowie mit dem Konzept verbundene strategisch-konzeptionelle Zielstellungen miteinander abgestimmt. Mitglieder des Projektbeirates waren Vertreter folgender Organisationen/Verbände:

- Autismus Deutschland e.V.
- Beauftragte der Bundesregierung für die Belange von Menschen mit Behinderungen
- Bundesagentur für Arbeit (BA)
- Bundesarbeitsgemeinschaft der Berufsbildungswerke e. V. (BAG BBW)
- Bundesarbeitsgemeinschaft Beruflicher Trainingszentren e. V. (BAG BTZ)
- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e. V. (BAR)
- Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen (BIH)
- Bundesarbeitsgemeinschaft medizinisch-beruflicher Rehabilitationseinrichtungen e. V. (BAG mbR / Phase II)
- Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation psychisch kranker Menschen e. V. (BAG RPK)
- Bundesarbeitsgemeinschaft Unterstützende Beschäftigung e. V. (BAG UB)
- Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Sozialhilfeträger (BAGüS)
- Bundesarbeitskreis der Berufsförderungswerke e. V. (BAK BFW)
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS)
- Bundesverband Deutscher Berufsförderungswerke e. V. (BV BFW)
- Caritas Behindertenhilfe und Psychiatrie e.V.
- Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV Bund)

⁴⁹ ein Vorgang, der sich auch durch Vakanzen im Zuge personeller Fluktuation in den Organisationen der Projektbeteiligten wiederholte.

- Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e. V. (DGUV)
- Deutscher Blinden- und Sehbehindertenverband e. V. (DBSV)
- Träger der Öffentlichen Jugendhilfe über die BAGLJÄ
- Sozialverband Deutschland e. V. (SoVD)
- Medizinische Hochschule Hannover / später Universität Bielefeld

Darüber hinaus wurde regelmäßig im Vorstand der BAR sowie im Netzwerk berufliche Rehabilitation⁵⁰ (NbR) über den Projektverlauf berichtet und beraten.

VII.2.2. Arbeitsebene

Bei der Entwicklung eines trägerübergreifenden Konzepts zur Bedarfsermittlung in der beruflichen Rehabilitation sollten die unterschiedlichen Perspektiven der Akteure und hierbei insbesondere die der Praktiker aktiv mit einbezogen werden. Wie unter VII.2.0 ausgeführt, wurden hierzu drei Gremien auf Arbeitsebene gebildet, welche die Entwicklungsarbeiten des Projektteams kontinuierlich begleiteten. Die Einzelheiten zur Zusammensetzung der Gremien werden nachfolgend dargestellt.

Über diesen strukturell-inhaltlichen Ansatz ergab sich ein breiter Zugang in die jeweiligen Bedarfsermittlungsprozesse in der Praxis. Die Arbeitsgruppen hatten verschiedene Aufgaben: Unterstützung bei der Instrumentenbeschaffung, Analyse von Instrumenten und Verfahren, Darlegung, Beschreibung und Austausch über gegenwärtige Ist-Zustände bei der Bedarfsermittlung sowie Hinweise zum Optimierungspotenzial der jeweiligen Bedarfsermittlungsprozesse.

Diese Arbeitsgruppen repräsentierten die unterschiedlichen Akteure mitsamt ihren Rollen im sozialrechtlichen Dreiecksverhältnis. Die Arbeitsgruppen tagten zur differenzierten Erörterung jeweiliger Spezifika anfänglich getrennt; im weiteren Fortgang des Projektes als eine gemeinsame Arbeitsgruppe. Insgesamt fanden 6 Sitzungen der Arbeitsgruppe der Leistungsträger, 7 der Leistungserbringer, 4 der Interessen- und Behindertenverbände sowie 5 Sitzungen der gemeinsamen Arbeitsgruppe statt.

Die Projektbegleitende Arbeitsgruppe (PBAG) der Leistungsträger setzte sich aus Vertretern folgender Institutionen zusammen:

- Bundesagentur für Arbeit (BA)
- Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV Bund)
- Landeswohlfahrtsverband Hessen (LWV Hessen)
- Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung, vertreten durch die DGUV, die Hochschule Bonn-Rhein-Sieg und die Hochschule der Gesetzlichen Unfallversicherung, Bad Hersfeld
- Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen (BIH) vertreten durch den Landeswohlfahrtsverband Hessen, Integrationsamt
- Gesetzliche Krankenversicherung, vertreten durch den GKV Spitzenverband und den MDK Niedersachsen

⁵⁰ Zusammenschluss aller 8 Verbände von Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation nach § 51 SGB IX

Die Arbeitsgruppe der Koordinatoren der Leistungserbringerverbände setzte sich aus Vertretern folgender Institutionen zusammen:

- Bundesverband Deutscher Berufsförderungswerke e. V. (BV BFW)
- Bundesarbeitsgemeinschaft der Berufsbildungswerke e. V. (BAG BBW)
- Bundesarbeitskreis der Berufsförderungswerke e. V. (BAK BFW)
- Bundesarbeitsgemeinschaft Beruflicher Trainingszentren e. V. (BAG BTZ)
- Bundesarbeitsgemeinschaft Unterstützte Beschäftigung e. V. (BAG UB) als Vertretung der Integrationsfachdienste (IFD)
- Bundesarbeitsgemeinschaft der Werkstätten für behinderte Menschen e.V. (BAG WfbM)
- Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation psychisch kranker Menschen e. V. (BAR RPK)
- Bundesarbeitsgemeinschaft medizinisch-beruflicher Rehabilitationseinrichtungen e. V. (BAG mbR / Phase II)

Der Arbeitsgruppe der Interessen- und Behindertenverbände (IBV) gehörten Vertreter folgender Organisationen an:

- BDH Bundesverband Rehabilitation
- Caritas Behindertenhilfe und Psychiatrie e.V.
- Deutsche Rheuma-Liga Bundesverband e. V.
- Interessenvertretung Selbstbestimmt Leben in Deutschland e. V.
- Landesvereinigung Selbsthilfe e.V., Spitzenverband der behinderten und chronisch kranken Menschen im Saarland
- Werkstattträte Deutschland e. V.

VII.2.3. Spezifische Formate der Informationsgewinnung

Im Zuge der qualitativen Erhebungen bezüglich der Erarbeitung der Grundanforderungen der Bedarfsermittlung (siehe Kapitel IV), der Bedarfsermittlungsprozesse (siehe Kapitel V) sowie der Instrumentenanalysen (siehe Kapitel VI), kamen weitere spezifische Kommunikationsformate zum Tragen. So wurden Einzelgespräche mit Experten der Reha-Praxis im Leistungserbringerbereich, eine Gruppendiskussion mit Geschäftsführern von Berufsförderungswerken und auch zahlreiche Interviews mit Experten in ausgewählten Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation durchgeführt.

Tabelle 11: Übersicht der Fachgespräche und Interviews im Rahmen der qualitativen Erhebungen

2016:	15 Interviews mit Experten aus Referenzeinrichtungen
2016:	3 Einzelgespräche mit Vertretern der Leistungserbringer
2017:	5 Experteninterviews bezüglich Grundanforderungen
2016:	1 Gruppendiskussion zum Thema Grundanforderungen (Geschäftsführer von BFWs)

VII.2.4. Instrumentenanalyse und deren Validierung

Neben den Peer-Reviews der Handlungskonzepte der Reha-Träger nahmen insbesondere die Instrumentenanalysen und deren Validierung einen großen Umfang ein (siehe Kapitel VI). Nach der Gewinn-

nung einer Gruppe von Analysten (Praktikern der Bedarfsermittlung) wurden diese im Rahmen einer vorlaufenden Schulung für die kommenden Analyseaufgaben fachlich und methodisch für die Aufgabe vorbereitet. Diese Schulung wurde an zwei alternativen Terminen angeboten.

Im Zuge der anschließenden Instrumenten-Validierung wurden insgesamt neun zweitägige Validierungsworkshops durchgeführt (zuzüglich einer Auftaktveranstaltung zur Vorbereitung der Workshops). Die Organisation der Instrumentenanalysen und Analysevalidierungen mit insgesamt 21 Fachexperten bildete hinsichtlich des damit verbundenen Arbeitsaufwandes einen Schwerpunkt im folgenden Projektverlauf.

VII.2.5. Interne Projektkommunikation und Arbeitsformate

Das Projektteam setzte sich zusammen aus Mitarbeitern der BAR am Standort Frankfurt am Main, Mitarbeitern der BAG BBW in Berlin sowie Mitarbeitern der Hochschule Magdeburg-Stendal (Standort Stendal). Der b3-Projektverbund mit drei Partnern erforderte innerhalb des gemeinsamen Projektteams strukturierte Kommunikations- und Abstimmungsprozesse. Hierzu wurden verschiedene Formate etabliert und genutzt:

- Telefon- und Videokonferenzen
- Bilaterale Treffen
- Arbeitstreffen des Projektteams (eintägig)
- (interne) Workshops des Projektteams (mehrtägig)
- Sitzungen der Projektpartner (eintägig, inkl. Geschäftsführerinnen der BAR und BAG BBW sowie Prof. Dr. Morfeld von der Hochschule Magdeburg-Stendal)

Aufgrund der hohen Interdependenzen bei der Bearbeitung der Arbeitspakete und der iterativen Vorgehensweise war eine integrierte Arbeitsweise über die drei Standorte hinweg erforderlich. „Integriert“ meint hierbei, dass die Arbeitspakete nicht nach Projektpartnern bzw. Projektstandorten aufteilbar waren. Vielmehr war zumeist die über die Standorte hinweg verteilte Expertise der Projektpartner zu den jeweiligen Arbeitsgegenständen zu bündeln. Hieraus erwuchs ein hoher Kommunikations- und Abstimmungsbedarf innerhalb des Projektteams. Diesem wurde im Projektzeitraum mittels 7 Arbeitstreffen und 9 Team-Workshops sowie 10 Sitzungen der Projektpartner Rechnung getragen. Zusätzlich wurden diverse bilaterale Treffen, Telefongespräche und -konferenzen durchgeführt. Für die (digitale) Verwaltung von Projektdokumenten wurde ein „Webspace“ genutzt, auf den standortunabhängig zugegriffen werden konnte.

VII.3. Tagungen, Öffentlichkeitsarbeit und Publikationen

Im Rahmen des Projekts wurden im Bereich der Öffentlichkeitsarbeit folgende Arbeiten umgesetzt:

- Entwicklung eines gut kommunikablen Projektstitels: „b3 – Basiskonzept, Bedarfsermittlung, Berufliche Rehabilitation“ und Entwicklung einer dazugehörigen Wort-/Bildmarke in verschiedenen Formen sowie erforderlichen Dokumentvorlagen
- Anfertigung eines Muster-Foliensatzes für Präsentationen über das Projekt
- Erstellung einer zweiseitigen Kurzbeschreibung zum Projektvorhaben im Projektdesign (Fact Sheet) z. B. für Tagungen, Messen und andere Veranstaltungen
- Darstellung des Projektvorhabens in der REHADAT-Datenbank

- Publikationen in der BAR-hauseigenen Informationszeitschrift „Reha-Info“ (zu Projektbeginn und bei Tagungen).
- Einrichtung eines projektbezogenen Web-Auftritts auf der BAR-Homepage

VII.3.1. Fach-/Arbeitstagungen des Projekts

Während der Projektlaufzeit wurden insgesamt drei Fach-/Arbeitstagungen für ein breiteres Publikum und unter Einbezug des Projektförderers BMAS durchgeführt. Angesprochen war die Fachöffentlichkeit, insbesondere Vertreter von Leistungsträgern und -erbringern sowie von Menschen mit Behinderungen, aber auch Vertreter aus der Wissenschaft, Politik (BMAS), dem Sozialrecht, aus Fachverbänden usw.

- 1. Arbeitstagung am 31.05.2016 in Berlin, Thema „Anforderungen an die Ermittlung von Teilhabebedarf“: Gegenstand der Arbeitstagung waren insbesondere die rechtlichen und sozialpolitischen Grundanforderungen an die Bedarfsermittlung, welche es gemeinsam und aus den jeweiligen Perspektiven der Akteure zu beleuchten galt. Die Arbeitstagung gliederte sich in zwei Teile: Im ersten Teil führte Prof. Dr. Markus Schäfers (Hochschule Fulda) mit einem Beitrag zum Paradigma der Personenzentrierung sowie den daraus resultierenden Konsequenzen für die Ermittlung von Teilhabebedarf ein. Im zweiten Teil wurden im Rahmen kleineren, von Projektmitarbeitern moderierten Arbeitsgruppen, spezifische Anforderungen an die Ermittlung von Teilhabebedarf erhoben und diskutiert (Anlage XII.8).
- 2. Arbeitstagung am 23.05.2017 in Berlin, Thema: „Auf dem Weg zum Basiskonzept – Handlungsanforderungen für die Akteure“: Die zweite Arbeitstagung stellte zwei Gegenstandskomplexe in das Zentrum der gemeinsamen Diskussion. Einerseits wurde aus Perspektive der Bedarfsermittlung die Position, die Perspektive und die Partizipation der Leistungsberechtigten im Rehabilitationsprozess ins Zentrum der Betrachtung gestellt. Andererseits erfolgte eine Befassung mit der Bedeutung und Berücksichtigung von Umweltfaktoren im Rahmen der Bedarfsermittlung. Hier konnte Frau Prof. Marianne Hirschberg (Hochschule Bremen) als Eröffnungsrednerin zum Thema „Subjektperspektive und Partizipation von Leistungsberechtigten im Lichte der ICF bei Bedarfsermittlung LTA“ gewonnen werden. Dem Format einer „Arbeitstagung“ entsprechend, wurden daran anschließend im Rahmen von kleineren Arbeitsgruppen entsprechende Fragestellungen erörtert (Anlage XII.9).
- Abschlusstagung am 29.05.2018 in Berlin, Thema „Nutzung des bio-psycho-sozialen Modells bei der Bedarfsermittlung“: Bei der Abschlusstagung zum Ende der Projektlaufzeit lag der Schwerpunkt auf der Präsentation und Diskussion der Projektergebnisse. Neben dem Basiskonzept und den damit verbundenen gemeinsamen Handlungsgrundlagen auf Basis des bio-psycho-sozialen Modells, wurde die Instrumenten-Datenbank zur Bedarfsermittlung ausführlich vorgestellt. Abschließend diskutierten Vertreter von Leistungsträgern, Leistungserbringern und Interessen- und Behindertenverbänden die Bedeutung und Umsetzung der Projektergebnisse in die Rehabilitationspraxis (Anlage XII.10).

Das Veranstaltungsmanagement (Veranstaltungsortsuche, Catering, Marketing und Öffentlichkeitsarbeit, Konzeption der Veranstaltungsinformation, Einladungsversand, Anmeldeverwaltung, Tagungsbüro) und die fachlich-inhaltliche Vor- und Nachbereitung erfolgte durch das Projektteam. Hierzu zählte u. a. die Entwicklung der Veranstaltungskonzeption, die Integration der Tagungsergebnisse in die Projektarbeit sowie das Erstellen entsprechender Tagungsdokumentationen. Die Veranstaltungen umfassten jeweils 60-80 Teilnehmende.

Zum Ende der Projektlaufzeit wurden ergänzend drei Regionalkonferenzen mit über 40 Teilnehmenden durchgeführt. Diese dienten dem Zweck des Ergebnistransfers sowie der kritischen Reflektion der Ergebnisse im Lichte der derzeitigen Praxis und der veränderten Anforderungen des BTHG. Unter Federführung der BAG BBW, wurden Praktikern der Bedarfsermittlung aus unterschiedlichen Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation, an drei verschiedenen Standorten (Köln, Berlin, Würzburg) die Projektergebnisse (Basiskonzept und Datenbank) vorgestellt. Anschließend wurden Fragen der künftigen Nutzung und Implementierung im Rahmen von Arbeitsgruppen diskutiert. Hier ging es speziell um Fragen zur Umsetzung der Projektergebnisse: Wie würde sich die Bedarfsermittlung bei Leistungserbringern künftig verändern? Wie steht es um Voraussetzungen, Erfolgsfaktoren und Hindernisse bezüglich der Umsetzung/Implementierung dieser Ergebnisse in Einrichtungen?

VII.3.2. Präsentationen und Vorträge auf Fachveranstaltungen

Im Projektverlauf wurden in verschiedenen Kontexten durch das Projektteam bereits vorliegende (Zwischen)Ergebnisse der Projektarbeit vorgestellt und in die breite fachliche Debatte zur Bedarfsermittlung eingebracht (Tabelle 12).

Tabelle 12: Übersicht öffentliche Präsentationen und Vorträge über das Projekt

2015
Präsentation DVfR-Ausschuss „Berufliche Rehabilitation und Teilhabe“, März 2015 (BAR)
Präsentation Fachtagung BAG mbR zu „Kooperationsmodellen in der medizinisch-beruflichen Rehabilitation“, Mai 2015 (BAR)
Präsentation Fachkonferenz ICF, Juni 2015 (BAG BBW)
Präsentation Tagung Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Nds. e. V. in der Veranstaltungsreihe „Argumente für Gesundheit“, Juli 2015 (BAR)
Präsentation Seminar „Neue Entwicklungen im Bereich LTA“, September 2015 (BAR)
Präsentation BTZ Frankfurt, Oktober 2015 (BAR)
Präsentation Rehabilitationsforum Psychiatrie (RPK), Oktober 2015 (BAG BBW)
Präsentation Mitgliederversammlung BAG BBW, Oktober 2015 (BAG BBW)
Präsentation 2. Fachkonferenz „Implementation der ICF in Einrichtungen der beruflichen Bildung für Menschen mit Sehschädigungen“, Oktober 2015
Vorstellung der Projektarbeit auf der Berufsbildungsmesse in Leipzig (BAG BBW)
Vorstellung im Rahmen eines Gespräch mit den Fachverbänden für Menschen mit Behinderung, November 2015 (BAR)
Präsentation Geschäftsführertagung BV BFW, November 2015 (BAG BBW)
Vorstellung Psychologen Fachtagung der Berufsbildungswerken, Oktober 2015 (BAG BBW)
Auslage Kurzbeschreibung, Reha-Care und ConSozial, Oktober 2015 (BAR).
2016
Präsentation Studiengruppe Prof. Welti, Januar 2016 (BAG BBW)
Präsentation brasilianische Besuchsgruppe beim BMAS/BV BFW, Februar 2016 (BAG BBW)
Präsentation Vorstand der BAG BBW, März 2016 (BAG BBW)
Präsentation Arbeitsgruppe von Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation für Menschen mit Sehschädigungen, Chemnitz, März 2016 (BAG BBW)
Präsentation Werkstätten:Messe, Nürnberg April 2016 (BAR)
Präsentation Mitgliederversammlung der BAG BBW, Mai 2016 (BAG BBW)
Präsentation Arbeitsgruppe ICF der DGRW, Juni und November 2016 (BAG BBW)
Präsentation Werkstätten:Tag, Chemnitz September 2016 (BAR)

Präsentation ICF Fachtag Hannover, November 2016 (BAG BBW)

2017

Präsentation auf der Werkstätten:Messe, Nürnberg, März 2017 (BAR)

Präsentation Reha-Kolloquium 2017 –Vortrag und Diskussionsform , Mai 217 (BAR, BAG BBW und Hochschule)

Präsentation im Arbeitskreis Reha und Teilhabe, Oktober 2017 (BAR)

Diverse Vorstellungen des b3-Projekts auf Info-Veranstaltungen der BAR zum BTHG (BAR)

2018

Präsentation ICF Anwender-Konferenz Hamburg April 2018 „ICF-orientierte Bedarfsermittlung in der beruflichen Rehabilitation“ (b3 – Das Bedarfsermittlungskonzept)

Präsentation im Sachverständigenrat der Ärzte der BAR (BAR)

Diverse Vorstellungen des b3-Projekts auf Info-Veranstaltungen der BAR zum BTHG (BAR)

Präsentation DVfR-Kongress, November 2018 (BAR)

Präsentation BAR Praxisdialog, November 2018 (BAR)

Präsentation bei der Konferenz der Reha-Leistungserbringer, Dezember 2018 (BAR)

Die Veranstaltungen stießen insgesamt auf eine hohe Resonanz, was auch am zeitlichen Zusammenhang mit der BTHG-Reform gelegen haben mag. Es gab eine interessierte und konstruktiv diskutierende Zuhörerschaft und aus den Wortmeldungen und den Diskussionen ging hervor, dass insbesondere die Vielzahl an Instrumenten sowie Fragen der Implementierung des bio-psycho-sozialen Modells die unterschiedlichen Adressaten beschäftigten. Auch schlug sich das geäußerte Interesse durch die Wahrnehmung von Partizipations- und Teilhabeformen in den verschiedenen Gremien des Projektes nieder. Bei den Veranstaltungen wurden zudem zahlreiche Einzelkontakte zu Experten der beruflichen Rehabilitation für die fachliche Projektarbeit ebenso wie für eine gezielte Vernetzung der Akteure akquiriert.

VIII. Beitrag des Projektes zur Fortentwicklung der Bedarfsermittlung bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Die im Rahmen des Projektes erarbeiteten einheitlichen und gemeinsamen Grundlagen zur Bedarfsermittlung bieten unter Zugrundlegung einer Nutzenperspektive nachfolgende Beiträge der fachlichen Weiterentwicklung:

- Implementierung gemeinsamer und abgestimmter Grundlagen, ausgehend von den sozialrechtlichen Normierungen der UN-BRK und des SGB IX mit den Zielstellungen, Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe von Menschen mit Behinderung weiter zu fördern.
- Unterstützung und Hilfestellungen bei der praktischen Umsetzung der durch das Bundesteilhabegesetz erweiterten gesetzlichen Anforderungen für die Praxis. Das Konzept nimmt dazu unmittelbar Bezug auf die rechtlichen Anforderungen des SGB IX, Teil I (funktionsbezogen, umfassend und individuell) und ist so anschlussfähig.
- Das bio-psycho-soziale Modell, welches der ICF zugrunde liegt, wird als seit Jahrzehnten bestehende fachliche Grundlage in der Rehabilitation nunmehr für die Bedarfsermittlung konkreter nutzbar gemacht.
- Die fundierten fachlichen Grundlagen zur Bedarfsermittlung i. V. m. der zielgerichteten Auswahl geeigneter Instrumente eröffnen Möglichkeiten, Leistungen noch passgenauer für Menschen mit Behinderungen auszuwählen und zu erbringen. Individuell passgenaue Leistungen stellen einen Ansatz dar, Abbrüche von Leistungen (resp. Maßnahmen) zu reduzieren.
- Die Möglichkeiten der Partizipation von Leistungsberechtigten bei der Bedarfsermittlung werden verstärkt. Im Sinne des Leistungsberechtigten wurden durch Konzept und Instrumentendatenbank Grundlagen für Transparenz und Partizipation innerhalb der Bedarfsermittlung bei LTA gelegt, durch die u. a. individuelle Teilhabeziele noch effektiver erreicht werden können. Dadurch ist eine höhere Akzeptanz der Ergebnisse bei konsequenter Nutzung zu erwarten.
- (Einzel-)Instrumente können, bezogen auf eine bestimmte Fragestellung, zielgerichtet eingesetzt werden. Arbeitsmittel lassen sich durch die Zuordnung ihres Konstrukts zu den Unterkapiteln der ICF zielgerichtet auswählen und nutzen (effizientere Nutzung und effektive Auswahl von Instrumenten aus der Datenbank).
- Dem Leistungsberechtigten können die Zielstellungen von Instrumenten transparent aufgezeigt werden (Was misst ein Instrument? Mit welcher Zielstellung wird es eingesetzt?).
- Ein einheitliches Verständnis und die Nutzung gleicher Begrifflichkeiten stärken die intra- und interinstitutionelle Kommunikation und Zusammenarbeit aller Akteure. Die Ergebnisse von Prozessen der Bedarfsermittlung werden, aufbauend auf diesen gemeinsamen Grundlagen zur Bedarfsermittlung, besser zu kommunizieren und zueinander anschlussfähig sein.
- Es wurde eine einheitliche Grundlage für Ergebnisformate (Dokumentation) geschaffen. Die Muster-Checkliste kann hierzu übergreifend genutzt werden.
- Das Konzept samt Instrumentendatenbank bietet einen zentralen Bezugsrahmen für die zukünftige Weiter- und Neuentwicklung von Instrumenten zur Bedarfsermittlung. Bezüge sind durch die jeweiligen Entwickler/Autoren (weiter) aufzubauen beziehungsweise Verortungen

zu berücksichtigen oder aktiv herzustellen. Das Konzept trägt insofern zukünftig zur weiteren Konvergenz der eingesetzten Instrumente zur Bedarfsermittlung bei.

- Zielbereiche mit vielen ähnlichen oder nur wenigen Instrumenten werden besser identifizierbar. Darauf aufbauend lassen sich Einschätzungen vornehmen, welche (Teil-)Bereiche des umfassenden bio-psycho-sozialen Modells bereits gut mit Erhebungsinstrumenten hinterlegt sind und wo infolge von Lücken zukünftig Entwicklungsarbeit zu leisten sein wird. Auch lassen sich weitergehende Fragen der Sortierung und Reduzierung von Instrumenten durch die übersichtliche Aufbereitung systematischer bearbeiten.

Ergänzend lassen sich drei spezifische Nutzen-Perspektiven zu den drei Projektschwerpunkten aufzeigen:

(1) einheitliche Bestimmung sozialrechtlicher Grundanforderungen in der Bedarfsermittlung

- Die gemeinsam erarbeiteten und konsentierten Grundanforderungen sorgen für ein einheitliches Verständnis rechtlicher Anforderungen an die Bedarfsermittlung, auch über den Bereich der beruflichen Rehabilitation hinaus.
- Die Grundanforderungen gestalten den verbindlichen gesetzlichen Handlungsrahmen transparenter sowie handlungspraktisch aus.
- Darüber hinaus können die Grundanforderungen als fachliche Grundlage für weitere Entwicklungen in horizontaler Hinsicht (andere Teilhabebereiche) und in vertikaler Hinsicht (Weiterentwicklungen im Bereich LTA) angesehen werden (Gemeinsame Empfehlung etc.);

(2) Entwicklung und Einführung eines Arbeitsmodells zu Inhalten der Bedarfsermittlung auf Basis des bio-psycho-sozialen Modells

- Einheitliche Begrifflichkeiten und ihr abgestimmtes Verständnis zwischen den Akteuren (Reha-Träger und Leistungserbringer) sowie den Professionen (Ärzten, Psychologen, etc.) über zentrale Begriffe (z. B. Leistungsberechtigter, Reha-Fachkraft, Kompetenzen, personbezogene Faktoren) sorgen für eine gemeinsame Sprache und ein einheitlicheres Verständnis zwischen allen Beteiligten innerhalb des gesamten Reha-Prozesses;
- Die Nutzung des Arbeitsmodells ermöglicht eine transparente und nachvollziehbare Ausrichtung der Bedarfsermittlung am ganzheitlichen bio-psycho-sozialen Verständnis von Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. Dabei werden für die Beurteilung von Beeinträchtigungen der Teilhabe bedeutsame Kontextfaktoren systematisch und aktiv in die Bedarfsermittlung einbezogen, wodurch dem Anspruch nach einer umfassenden, funktionsbezogen sowie individuellen Betrachtung des Einzelfalls Rechnung getragen wird.
- Das Arbeitsmodell ermöglicht eine (inhaltliche) Konvergenz bezüglich Ermittlungsinhalten und Erkenntnisdimensionen und systematisiert über ein einheitliches Modell bislang heterogene Vorgehensweisen in der Bedarfsermittlung.
- Die Nutzung des Arbeitsmodells ermöglicht über die Systematisierung i. d. R. eine Zuordnung vorliegender Informationen zu den Komponenten des bio-psycho-sozialen Modells / bzw. den Unterkapiteln der ICF. Die Nutzung des Arbeitsmodells hilft somit, die Ergebnisse der Bedarfsermittlung einheitlich zu bündeln, zu systematisieren und zu dokumentieren.
- Darauf aufbauend erleichtert es die Entscheidung darüber, welche (weiteren) Informationen mit welcher Zielrichtung und Methodik zu ermitteln sind.

- Das Arbeitsmodell wie auch das Basiskonzept insgesamt orientiert sich an der Person und nicht an abgegrenzten Leistungsbereichen bei der Bedarfsermittlung. So wird grundsätzlich eine trägerübergreifende Perspektive auf Teilhabebedarfe eröffnet, was die Möglichkeiten für eine umfassende Bedarfsermittlung, die über das konkrete Leistungsbegehren hinausgeht, weiter verbessert.

(3) Entwicklung einer Instrumentendatenbank

Die Instrumentendatenbank enthält Informationen zu den bei der Bedarfsermittlung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben eingesetzten Instrumenten. Im Sinne des Gesetzes zählen zu den Instrumenten Arbeitsprozesse und Arbeitsmittel. Bei Arbeitsprozessen handelt es in der Regel um (Träger-)Verfahren, die der Erhebung, Dokumentation, Planung und Ergebniskontrolle dienen. Bei Arbeitsmitteln handelt es sich um Hilfsmittel (Hörtest, Sehtest, FCE-Verfahren etc.), die im Rahmen der Bedarfsermittlung eingesetzt werden. Nutzen und Ziele der Instrumentendatenbank sind:

- Sie bietet einen Überblick über genutzte Instrumente zur Bedarfsermittlung in der beruflichen Rehabilitation.
- Für jedes Instrument stellt sie transparent und übersichtlich Rahmendaten (Titel, Kurzbeschreibung, Beschaffungsinformationen und weitere Informationen sowie ggf. die psychologischen Konstrukte) zur Verfügung.
- Alle messbaren/bestimmbaren Konstrukte der Arbeitsmittel sind den Komponenten des biopsychosozialen Modells bzw. den Unterkapiteln der ICF zugeordnet.
- Sie ermöglicht und unterstützt somit die Suche und Auswahl von geeigneten Arbeitsmitteln mit Blick auf eine spezifische Fragestellung bzw. anhand eines konkreten Konstrukts.

IX. Kritische Reflexion von Projektverlauf und -ergebnissen

Im Zuge der Projektdurchführung ergaben sich zum einen durch die kontinuierlich gewonnenen Erkenntnisse und Teilergebnisse substanzielle Herausforderungen für den Projektverlauf. Daneben traten zum anderen projekt-externe Entwicklungen ein, welche mit Blick auf Fortgang, Zielstellung und Ergebnis des Projekts stets zu berücksichtigen und zu integrieren waren.

Grundsätzlich ist zu konstatieren, dass der Weg zu gemeinsamen Grundlagen insbesondere aufgrund der Heterogenität des Feldes, in dem Bedarfsermittlung stattfindet, nicht selten durch längere und in Teilen schwierige Abstimmungsprozesse mit allen beteiligten Akteuren (unabhängig von der Organisation, z. B. Reha-Träger oder Leistungserbringer, und von der Profession, z. B. Ärzte, Psychologen, Verwaltungsfachleute) gekennzeichnet war.

Der parallel zum Projektverlauf stattgefundenen Gesetzgebungsprozess zum BTHG führte ferner temporär zu Unsicherheiten hinsichtlich möglicher Implikationen und Auswirkungen auf das Vorhaben. Bei Fragen der Auslegung der neuen gesetzlichen Vorschriften überdauerten solche Unsicherheiten auch die Verabschiedung des Gesetzes Ende 2016. Zudem dynamisierte die Verabschiedung des BTHG die Entwicklungen im Bereich der Eingliederungshilfe, sodass – wie der Zeitlauf zeigte – oftmals nur veränderliche Zwischenstände dieser Entwicklungen betrachtet werden konnten. Eine detaillierte Analyse der dortigen Prozesse und Instrumente konnte daher während des Projektverlaufs nicht abschließend vorgenommen werden.

Wenngleich das Vorgehen im Projekt innerhalb und zwischen den drei Bausteinen „rechtliche Grundanforderungen“, „Basiskonzept“ und „Instrumentenanalyse“ ohnehin bereits iterativ angelegt war, waren im Zuge der Weiterentwicklung des SGB IX die im Projektverlauf erarbeiteten (Zwischen-)Ergebnisse kontinuierlich und grundlegend zu prüfen und im Lichte der neuen gesetzlichen Grundlagen fortzuschreiben. Retrospektiv betrachtet kam es aufgrund der Unsicherheiten, Dynamisierung und rechtlichen Änderungen zu einem, nicht immer unvermeidbaren, Mehraufwand.

Mit Blick auf das Basiskonzept konnte für und mit den verschiedenen institutionellen Akteuren ein einheitlicher Bezugsrahmen für Bedarfsermittlungsprozesse erarbeitet werden. Dieser Rahmen kann aufgrund seines übergreifenden Charakters (Akteure und Professionen) allerdings nur Grundlagen enthalten, welche durch die Organisationen spezifisch auszugestalten sind, um in der Praxis Anwendung zu finden. Hierbei werden bewusst unterschiedliche Wege zur Umsetzung innerhalb des Konzepts offengelassen und auf die Auslegung prozessualer Festlegungen verzichtet. Denn – neben der institutionellen Autonomie an sich – werden insbesondere Fragen des Zeitpunkts einer Ermittlung (wann?) und nach der Charakteristik der betrauten Person oder Profession (wer?) von den einzelnen Reha-Trägern und Leistungserbringern bislang sehr heterogen beantwortet. Dies erscheint mit Blick auf die (gesetzlichen) Aufgaben, Zuständigkeiten und Strukturen sicherlich zielführend, limitiert zugleich aber die Möglichkeiten, übergreifende Festlegungen und Angleichungen zu erwirken.

Mit dem Arbeitsmodell zu den Inhalten der Bedarfsermittlung wird eine Vielzahl relevanter Einzelaspekte zu Inhaltsbereichen bei der Bedarfsermittlung verdichtet und in Beziehung zu einander gesetzt. Diese Entwicklungsarbeit führte teils hinein in bestehende fachwissenschaftliche Diskurse, welche auch durch Kontroversen, verschiedene Wissenschaftstraditionen, Perspektiven, Prämissen und Begründungsstränge geprägt waren und sind. Diese bildeten sich in verschiedenen kontroversen Diskussionen im Projektverlauf ab. Mit solchen war aufgrund der zu erreichenden Projektergebnisse für die Rehabilitationspraxis ein teils pragmatischer, ergebnisfokussierter Umgang zu finden. Denn

bestehende breite Fachdebatten lassen sich nicht in einem zeitlich begrenzten Projektrahmen lösen. Als besondere Herausforderung während der Projektlaufzeit ergaben sich hier Fragen zur konkreten Konzeptionierung der „personbezogenen Faktoren“ der ICF als Ermittlungsinhalt im Basiskonzept. Diese Frage wurde bei den Mitwirkenden innerhalb des b3-Projekts sowie im wissenschaftlichen Diskurs gleichermaßen kontrovers diskutiert. Hier bestanden und bestehen bei den am Projekt beteiligten Organisationen unterschiedliche Positionen und Arbeitsstände, die trotz ihrer Unterschiedlichkeit zu einer gemeinsamen Lösung im Basiskonzept kompromissorientiert zusammengebracht werden konnten. Im Hinblick auf solche divergenten Aspekte, was Verständnis sowie Konzeptualisierung anbelangt, konnte als Projektergebnis dennoch ein inhaltlich fundierter und breit akzeptierter Stand gemeinsamer Grundlagen erreicht werden, der von allen Akteuren mitgetragen werden kann. Es ist aber zugleich erwartbar, dass künftige Erkenntnisse in Wissenschaft und Praxis Möglichkeiten und/oder Notwendigkeiten der abgestimmten Weiterentwicklung der jetzigen Ergebnisse eröffnen werden.

Als wesentlich komplexer und aufwändiger als zu Projektbeginn angenommen, stellte sich im Projektverlauf die Instrumentenanalyse dar. Hierbei ergaben sich sehr unterschiedliche Herausforderungen, die letztlich zum entwickelten Projektergebnis führten.

Erstens erwies sich die Ausgangslage der Instrumentenanalyse auf Basis der Nennungen aus der Vorstudie als nur mittelbar tragfähig. Eine Reihe von Nennungen war dabei so unkonkret, dass diese trotz diverser Wege zur Identifikation (Feldzugang, Arbeitsgruppen, Recherche auf Tagungen und in der Fachliteratur) nicht hinreichend aufgeklärt werden konnten. Darüber hinaus erwiesen sich Fragen der Beschaffung von Instrumenten deutlich komplexer als vorab angenommen (z. B. durch lizenzrechtliche Fragen der Nutzung, limitierte Verwendung, Kosten, Eigenentwicklungen von Leistungserbringern, Professionsvorbehalt). Zuletzt wurden im Projektverlauf eine Reihe von Nachnennungen von Instrumenten von Seiten der Akteure angezeigt.

Zweitens wurde mit dem Projektantrag angenommen, dass alle benannten Instrumente mit einem einheitlichen Analyseraster anhand ihres (psychologischen) Konstruktes analysiert werden können. Der Projektverlauf zeigte hier, dass es wegen der ausgeprägten Heterogenität der Instrumente weder sinnvoll noch zielführend war, alle Instrumente mit einem Analyseraster zu untersuchen (vgl. Kapitel VI). Umgekehrt formuliert: ein einheitlich standardisiertes Vorgehen wäre den facettenreichen Instrumenten nicht ausreichend gerecht geworden. Anders als geplant, ließ sich somit auch keine einheitliche Analysemethode nutzen. Dies erforderte Anpassungen an der vorgesehenen Analysemethodik, was eine erhebliche Steigerung des Aufwandes nach sich zog. Im Ergebnis resultierten mehrere Analysepfade mit eigenem Vorgehen, wobei insbesondere dort Adaptionen zum ursprünglichen Ansatz erforderlich wurden, wo Instrumente kein einheitliches, abgrenzbares Konstrukt aufweisen und sich somit nicht einer Analyse auf Basis des bio-psycho-sozialen Modells zugänglich erwiesen. In der Folge hatten die Analyseergebnisse in unterschiedlicher Weise Eingang in die Projektergebnisse zu finden. Eine Vielzahl der Instrumente konnte in die Datenbank (Toolbox) aufgenommen werden (Einzelinstrumente), andere waren eigenständig mittels Steckbriefen abzubilden (Handlungskonzepte) und/oder wurden unter Zugrundelegung eines deskriptiven Ansatzes im Basiskonzept selbst verortet (Ansätze bei Leistungserbringern) bzw. deren Erkenntnisse wurden bei der Erarbeitung des Konzeptes zu Grunde gelegt.

Drittens umfassten die Instrumentennennungen aus der Vorstudie eine Vielzahl an Eigenentwicklungen bei Leistungserbringern. Die dahinter stehenden Instrumente sind etwa Formulare (z. B. zur zu-

sammenfassenden Dokumentation oder Kommunikation), Erfassungsbögen (z. B. Praktikumsbeurteilungen) oder Leitfäden (z. B. für Gespräche). Diese sind oft nicht-standardisiert und/oder über Leistungserbringer hinaus nicht verallgemeinerbar. So war eine Zuordnung zum bio-psycho-sozialen Modell konzeptionell und nicht anhand von Konstrukten zielführend zu lösen. Zur Erkenntnisgewinnung wurde daher ein zusätzlicher hermeneutischer Zugang über Interviews gewählt, mit dem notwendige Vorbereitungs- (Konzeptionierung, Leitfadenentwicklung für die Interviews, Kontaktaufnahme zu Gesprächspartnern, Terminabsprachen, Reiseorganisation), Durchführungs- (Reisezeiten, Gesprächsdauer von bis zu vier Zeitstunden) und Auswertungsschritte verbunden waren (Transkription, Codierung, Auswertung, etc.).

X. Perspektiven und Entwicklungsbedarfe

X.1. Perspektiven der Nutzung und Implementation der Projektergebnisse

Das b3-Projekt hat von 2015 bis 2018 ein Bedarfsermittlungskonzept im Reha-Prozess für alle Akteure und Professionen entwickelt. Im Vordergrund stand das Ziel, die gleichberechtigte gesellschaftliche Teilhabe, insbesondere die Teilhabe am Arbeitsleben, für Menschen mit Behinderungen weiter zu verbessern und zu fördern.

Mit Abschluss des b3-Projektes liegt ein abgestimmtes Bedarfsermittlungskonzept einschließlich einer Instrumentendatenbank vor. Damit erhält die Vielzahl der in der Bedarfsermittlung genutzten Instrumente und Verfahren, die mit der Vorstudie (2012-2013) identifiziert werden konnten, einen gemeinsamen und übergreifenden Bezugsrahmen. Das Konzept bildet gleichzeitig eine einheitliche fachliche Grundlage für alle Akteure, in deren Zentrum das Individuum unter Perspektive des bio-psycho-sozialen Modells der WHO steht. Wie die am Reha-Prozess beteiligten Akteure dieses Konzept künftig nutzen und dessen Inhalte auf Ihre Bedürfnisse hin weiter konkretisieren werden, ist insbesondere von der Positionierung der Leistungsträger sowie ihrer Verbände abhängig, die sich strategisch wie operativ gegenüber dem Handlungskonzept und seinen Inhalten verhalten werden müssen.

Die Akzeptanz auf Seiten der Leistungserbringer dürfte ganz wesentlich durch die Positionierung der Leistungsträger als Auftraggeber der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben bestimmt sein. Dabei dürften fachlich-qualitative Anwendungsintentionen des Konzeptes bei der Beurteilung veränderter Arbeitsweisen durch die Leistungserbringer eine ausschlaggebende Rolle spielen. Rückmeldungen zum Konzept aus den drei b3-Regionalkonferenzen im Sommer 2018 lassen erwarten, dass das Konzept auch bei Leistungserbringern auf Akzeptanz und Zustimmung stoßen wird, die nicht konkret in den Erarbeitungsprozess eingebunden waren. Bei den Regionalkonferenzen wurde deutlich, dass das Konzept zur vielgestaltigen gegenwärtigen Praxis anschlussfähig konzipiert ist, eine Antwort auf die aktuellen Anforderungen des BTHG an die Bedarfsermittlung bietet und beim Prozess der Bedarfsermittlung bio-psycho-soziale Aspekte, die individuellen Ziele und zugehörigen Leistungen nachvollziehbar ins Verhältnis zueinander setzt.

Zur künftigen praktischen Nutzung der Projektergebnisse sind im Anschluss an dieses Projekt weitere Aktivitäten auf folgenden Ebenen erforderlich.

X.1.1. Akteursspezifische Ausgestaltung

Beim Bedarfsermittlungskonzept handelt es sich im Kern um ein übergreifendes Rahmenkonzept im Bereich LTA, das zur praktikablen Anwendung bei Leistungserbringern und Leistungsträgern spezifisch ausgestaltet werden muss. Dies beinhaltet in der Regel eine Prüfung und ggf. spezifische Anpassung vorhandener Handlungskonzepte, Prozessbeschreibungen und/oder Methoden zur Bedarfsermittlungen einschließlich begleitender Schritte zur Organisationsentwicklung.

X.1.2. Personalentwicklung und Fortbildung

Eine stringent am bio-psycho-sozialen Modell der ICF ausgerichtete Bedarfsermittlung setzt eine entsprechende Qualifikation der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter voraus. Damit ergeben sich aus dem Konzept Qualifizierungsanforderungen an die Reha-Fachkräfte, die in der Bedarfsermittlung tätig sind. Die Frage ob, in welchem Umfang und welche konkreten Bedarfe bestehen, ist letztlich

organisationsspezifisch zu beantworten. Aufbauend sind im Einzelnen entsprechende Schlussfolgerungen und spezifische und/oder trägerübergreifende Aktivitäten abzuleiten. Erfahrungen von Leistungserbringern zeigen beispielsweise, dass eine Beurteilung der individuellen Teilhabe, die Identifikation und Beurteilung wesentlicher Wechselwirkungen im Rahmen des bio-psycho-sozialen Modells sowie die Ableitung und Aushandlung realistischer Leistungs- und Handlungsziele für die Reha-Fachkräfte in der Praxis zentrale Herausforderungen darstellen. Diesen Anforderungen ist mit passenden und angemessenen Qualifizierungsangeboten Rechnung zu tragen.

X.1.3. Weiterentwicklungen im Reha-System

Leistungsprozesse können in einem ausdifferenzierten System mit unterschiedlichen Aufgabenträgern nur so erfolgreich sein, wie auch Anschlüsse, Übergänge und Schnittstellen im Gesamtsystem bei Weiterentwicklungen berücksichtigt und mitgedacht werden. Da Leistungserbringer ihre Leistungen im Auftrag von Leistungsträgern durchführen, ist für eine übergreifende Bedeutsamkeit des Konzepts eine Überprüfung der individuellen Vertragsgestaltung mit Leistungserbringern (Erweiterung, Ergänzung, Anpassung) durch die Leistungsträger sinnvoll.

X.1.4. Transfer in die Fläche (Diffundierung)

Das b3-Projekt hatte zum Ziel, ein einheitliches Konzept mit allen relevanten Akteuren zu entwickeln und mit den Vertretern der unterschiedlichen Träger und Verbände abzustimmen. Dies ist über die Einbindung entsprechender Vertreter mithilfe verschiedener Formate über die gesamte Projektlaufzeit im Grundsatz gelungen (vgl. Kapitel VII). Gleichwohl blieben dem Projektteam nur begrenzte Möglichkeiten, die Vielzahl der im Bereich der beruflichen Rehabilitation Tätigen zu beteiligen und einzubinden.

Für eine weitere Diffundierung der Ergebnisse erscheint erforderlich, neben der strategischen Ebene auch die mittlere Managementebene, die sich mit der Ausgestaltung von Prozessen befasst, beim Transfer in die Praxis einzubeziehen. Ebenso kann ein Einbezug von Reha-Fachkräften selbst sinnvoll sein, um einen gelingenden Transfer in die zu ermöglichen⁵¹.

Ansatzpunkte zur weiteren Diffundierung der Ergebnisse in die Praxis könnten beispielsweise Informationsseminare sein, an die sich Transfer-Workshops sowie weitere Beratungsangebote anschließen. Hierzu bedarf es Überlegungen und verbindlicher Entscheidungen auf strategischer Führungsebene innerhalb der jeweiligen Organisationen und ihrer Verbände. Zugleich sind adressatengerechte Formen sowohl der übergreifenden als auch der organisationsspezifischen Kommunikation (Unternehmenskommunikation) zu den Projektergebnissen zu finden. Mit Blick auf den Transfer der Ergebnisse sind solche Maßnahmen als wesentliche Erfolgsfaktoren einzuschätzen und erfordern eine Bereitstellung hinreichender Ressourcen.

X.1.5. Schritte zur Nutzung der Projektergebnisse

Um die skizzierten Aufgaben mittelfristig erfolgreich umzusetzen und valide Aussagen zur Praktikabilität des Basiskonzepts zu erhalten, wurden Fragen zu Umsetzungsperspektiven des Konzeptes bereits im Verlauf des Projekts aufgegriffen und insbesondere im Rahmen der Sitzung des Projektbeirates Mitte 2018 diskutiert. Daran anknüpfend bieten sich folgende konkrete Schritte an:

⁵¹ Bei Leistungserbringern wird von diesen ein solcher Einbezug besonders bedeutsam erachtet.

1. **akteursspezifische Reflexion:** Mit Vorliegen der Projektergebnisse (Basiskonzept und Instrumentendatenbank) sollte den Reha-Trägern und ihren Verbänden sowie Leistungserbringern und ihren Verbänden zunächst Gelegenheit gegeben werden, die Ergebnisse innerhalb ihres Kontextes zu reflektieren. Dies meint insbesondere eine fachliche Auseinandersetzung sowie eine Spiegelung der Ergebnisse mit bisherigen Methoden und Vorgehensweisen bei der Bedarfsermittlung. Hierbei sind folgende der zuvor genannten Aspekte besonders relevant:

- Überprüfung der Qualifizierungsanforderungen an die Reha-Fachkräfte;
- Überprüfung und Adaption der Handlungskonzepte zur beruflichen Rehabilitation (Arbeitsprozesse und Arbeitsmittel) bei den Reha-Trägern bzw. der Leistungs- und Prozessbeschreibungen bei Leistungserbringern. Dabei sind durch jede Organisation individuelle Spezifika zu berücksichtigen (Verknüpfung med. und beruflicher Rehabilitation, Kausalitätsfragen, etc.);
- Überprüfung der individuellen Vertragsgestaltung mit Leistungserbringern (Erweiterung, Ergänzung, Anpassung).

Soweit es sich um dezentral aufgestellte Akteure mit verbandlichen Strukturen handelt, erscheint eine ausreichend breite Beteiligung der Mitgliederbasis für eine tragfähige Positionierung bezüglich des Konzepts ratsam.

2. **(modellhafte) Erprobung:** Aufbauend auf die Reflexionsphase wird als einer der nächsten Schritte eine praktische Erprobung des Basiskonzepts und der Instrumentendatenbank angesehen, um Nutzungs- und Umsetzungserfahrungen zu erheben, zu analysieren und zu bündeln. Eine solche Erprobung im Feld steht bislang noch aus und wäre auch sinnvoller Weise begleitend zu evaluieren. Für die Durchführung einer Erprobung wären mindestens zwei Konstellationen denkbar:

Einerseits ist eine ausschließlich aktoursspezifische Umsetzung vorstellbar. Hierbei könnten einzelne Träger bzw. einzelne Leistungserbringer zielgerichtet das Basiskonzept als Grundlage ihrer praktischen Arbeit heranziehen. Dazu zählt u.a. eine Spiegelung des Basiskonzepts anhand von fachlichen Erwartungen und Anforderungen der Reha-Fachkräfte in der Praxis⁵². Denn es wurde im Rahmen der Diskussionen des Konzeptes verschiedentlich darauf hingewiesen, dass die Ergebnisse sicherlich spezifischer Konkretisierungen bedürfen, um unmittelbar eine Wirkung in der Praxis zu erzielen.

Andererseits ist eine aktourübergreifende Erprobung vorstellbar, z.B. in einer Region oder zwischen ausgewählten Akteuren. Im Ergebnis wäre eine solche wesentlich zielführender als eine begrenzte aktoursspezifische Erprobung. Neben den intra-institutionellen Erkenntnisdimensionen würden so auch Erfahrungen zu den für das Konzept gleichfalls relevanten inter-institutionellen Aspekten der Zusammenarbeit zwischen mehreren Leistungsträgern untereinander, zwischen Leistungsträgern und -erbringern oder auch zwischen mehreren Leistungserbringern in die Ergebnisbewertung integrierbar.

Bei jeder Form der Erprobung ist zu berücksichtigen, dass – auf dem Hintergrund, dass Basiskonzept und Datenbank integral zusammengehören und sich aufeinander beziehen – eine Beurteilung und/oder Erprobung nur einzelner Ergebnisteile (z. B. Konzept oder Datenbank) höchstwahrscheinlich nur zu begrenzt aussagekräftigen Erkenntnissen führen dürfte.

⁵² Hieraus können sich auch Hinweise auf Fortbildungsbedarfe ergeben.

Auch sollten im Rahmen einer Erprobung die Perspektiven der Leistungsberechtigten Berücksichtigung erfahren, indem diese frühzeitig in Bewertungsprozesse einbezogen werden.

3. **Akteursübergreifender Austausch:** Aufbauend auf Nr. 1 und ggf. Nr. 2 bietet sich eine gemeinsame Reflektion von Reha-Trägern, Leistungserbringern, Vertretern der Leistungsberechtigten bzw. der Selbsthilfe sowie ggf. weiteren Akteuren an. Diese Reflektion sollte insbesondere zum Austausch übergreifend relevanter Aspekte aus Nr. 1 dienen und im Ergebnis zu einer Verständigung bezüglich des weiteren Vorgehens führen (u.a. Perspektiven der organisationsspezifischen Ausgestaltung, Fahrplan zur praktischen Umsetzung, Konzeptevaluation).

Voraussetzung einer breiten Befassung mit den Ergebnissen ist in jedem Falle die aktive Verbreitung der Projektergebnisse (Basiskonzept und Instrumentendatenbank) im Rahmen verschiedener geeigneter Formate. Hier sind entsprechende Aktivitäten der Projektpartner eingeleitet wurden (vgl. u.a. www.bar-frankfurt.de).

X.2. Perspektiven der Konsolidierung und Weiterentwicklung der Ergebnisse

Im Zusammenhang mit den vorstehenden Perspektiven zur Nutzung der Ergebnisse und insbesondere im Anschluss an die in Abschnitt X.1.5 dargelegten Schritte sind ebenfalls Weiterentwicklungsperspektiven der Ergebnisse zu betrachten. Solche lassen sich in mehrere Ebenen differenzieren.

X.2.1. Weiterentwicklung der Datenbank bezogen auf Nutzungsanforderungen aus der Praxis

Es ist wahrscheinlich, dass sich im Rahmen einer praktischen Erprobung weitere Hinweise zur technischen und/oder inhaltlichen Fortentwicklung und Ausgestaltung der Datenbank ergeben (z. B. Aufbau, Zugänglichkeit, Darstellungsformat), mit deren Umsetzung die Usability unter nutzerorientierten Gesichtspunkten noch weiter erhöht werden kann. Als (ggf. ergänzender) systematischer Ansatz kann hierzu auch eine Evaluation der Nutzung der Instrumentendatenbank sinnvoll sein (z. B. Nutzungshäufigkeit, Abfragen, Lücken, Anwenderstruktur, Bekanntheitsgrad, Nutzerbewertung).

X.2.2. Pflege der Datenbank und Aufnahme neuer Instrumente im Bereich LTA

Es liegt in der Natur der Sache von zeitlich befristeten Projekten, dass Ergebnisse einen Status quo abbilden, wie er sich zum Zeitpunkt der Projektdurchführung darstellt. Instrumente und auch Handlungskonzepte und -prozesse entwickeln sich regelmäßig weiter. Um die Aktualität der Instrumentendatenbank über das Projektende hinaus sicherzustellen, ist deren Pflege notwendig. Hierzu zählt sowohl die Pflege der vorliegenden Bestandsdaten als auch die Aufnahme neuer Instrumente im Bereich der beruflichen Rehabilitation. Hierzu ist ein kontinuierliches Monitoring erforderlich, durch welches insbesondere Instrumentenentwicklungen beobachtet werden. Mit Blick auf die Instrumentendatenbank sind darunter z. B. der Ausschluss veralteter Instrumente sowie die Aufnahme von neuen bzw. weiterentwickelten Instrumenten zu verstehen. Dies dient der notwendigen Zielstellung, mit Informationen und Übersichten zu bei der Bedarfsermittlung eingesetzten Instrumenten eine jeweils aktuelle fachliche Grundlage für die praktische Arbeit sicherzustellen. Im Einzelnen lassen sich – in nicht abschließender Aufzählung – folgende konkrete Aufgaben benennen:

- Redaktionelle Datenpflege
- Initiativen zur Informationsbeschaffung zu neuen Instrumenten

- Entwicklung eines Aufnahmeformulars, mit dem neue Instrumente zur Aufnahme vorgeschlagen werden können
- Einleitung und Durchführung von Instrumentenanalysen nach der entwickelten Methodik (vgl. Kapitel VI)
- Aufnahme der analysierten Instrumente in die Datenbank
- Überprüfung und ggf. Weiterentwicklung der Analysemethodik
- Ggf. Erweiterung der Instrumenten-Steckbriefe (Prüfung der Aufnahme weiterer Merkmale)

X.2.3. Entwicklung von Qualitätsanforderungen zur Beurteilung von Instrumenten

Bereits im Kontext der Validierung der Instrumentenanalysen von psychometrischen Einzelinstrumenten wurden Fragen der Qualität der für die Bedarfsermittlung eingesetzten Instrumente aufgeworfen und diskutiert. Damit wurden zugleich – kommensurabel zu beantwortende – Grundsatzfragen zu Bewertungsparametern und Bewertungsmethodik von Instrumenten angesprochen. Als Zwischenergebnis dieser Befassung ergab sich, dass diese Fragen unter den im Projekt zur Verfügung stehenden Rahmenbedingungen nicht zufriedenstellend zu lösen sind. Eine einfache Reduktion ohne ausreichende Fundierung ist weder zielführend noch sinnvoll. Vielmehr erfordern Qualitätsanforderungen sowie die Beantwortung von Fragen zur Reduktion in der Instrumentendatenbank einen eigenen Arbeitsrahmen und eine entsprechend abgestimmte Arbeitsmethodik⁵³.

Im Hinblick auf diese Fragestellung haben Mitglieder der projektbegleitenden Arbeitsgruppe verdeutlicht, dass für eine weitere Qualitätsentwicklung bei der Bedarfsermittlung nicht beim projektimmanenten Ansatz der eher deskriptiven Beschreibung und Listung der Instrumente in einer Datenbank stehen geblieben werden sollte. Die Datenbank könnte demnach gerade auch ein Ort sein, an dem durch Qualitätskriterien positiv bewertete Instrumente für Nutzer empfohlen werden könnten. Für diesen Ansatz sind nach Überzeugung der Projektnehmer jedoch zunächst methodische Grundlagen durch die Entwicklung von tragfähigen Qualitätskriterien zur Aufnahme und/oder Bewertung von Instrumenten zu schaffen. Darauf aufbauend könnte dann eine Prüfung von Instrumentennennungen anhand von Qualitätskriterien erfolgen. Fragen der Qualität und Eignung von Instrumenten stellen sich nicht allein bei psychometrischen Einzelinstrumenten. Vielmehr wären auch Instrumente einzubeziehen, die in der Praxis zwar zur Bedarfsermittlung eingesetzt werden, dafür von ihrer Genese her nicht konzipiert wurden (z. B. Trainings, Profiling-Maßnahmen, Potential-Assessments).

Nicht zuletzt lassen sich gleichfalls die spezifischen Ansätze bei Leistungserbringern, die sich oftmals in spezifischen Einzelmaßnahmen manifestieren, unter Fragen der weiteren Qualitätsentwicklung beleuchten. Hier könnten Entwicklungen primär über die Leistungsträger angestoßen werden, da diese die Leistungen einkaufen und beauftragen. Inwieweit über den Weg einer stärkeren trägerübergreifenden Einheitlichkeit Potenziale der Qualitätsentwicklung und Konvergenz bei Instrumenteneinsatz erreicht werden, lässt sich im Rahmen dieses Projektes nicht hinreichend beantworten. Gleichwohl könnte eine nähere Prüfung dieser Frage vor dem Hintergrund dieses Bedarfsermittlungskonzeptes sinnvoll sein.

⁵³ Im Rahmen des Projektes wurde sich hinsichtlich der Qualität von Instrumenten auf wenige unzweifelhaft problematische konzentriert. Problematisch meint hierbei, dass Instrumente wegen ihres Alters Teilelemente enthalten, die nach heutigem gesellschaftlichen Verständnis eindeutig unzeitgemäß sind. Da diese jedoch aus der Praxis heraus als genutzte Instrumente genannt wurden, wurden diese zwar in die Instrumentendatenbank aufgenommen, jedoch mit einem entsprechenden Hinweis auf deren Problematik versehen.

Perspektivisch erscheint es hinsichtlich der gesetzlichen Mindestanforderungen an die Instrumente der Bedarfsermittlung ebenso sinnvoll, die weiteren Entwicklungen zur praktischen Ausgestaltung des § 13 Abs. 2 SGB IX bei Fragen der Qualitätsbeurteilung von Instrumenten einzubeziehen.

X.2.4. Inhaltliche Erweiterung der Datenbank

Die Instrumentendatenbank gibt aktuell insbesondere einen Überblick zu den bei der Bedarfsermittlung eingesetzten Einzelinstrumenten. Wie vorab dargelegt, konnten dabei die Instrumente der Eingliederungshilfe nicht ausreichend berücksichtigt werden. Angesichts ihrer Bedeutung für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, erscheint es lohnenswert und sinnvoll, diese Instrumente zukünftig ebenfalls näher zu beleuchten und in die Datenbank aufzunehmen.

Wird darüber hinaus die Instrumentendatenbank als Ort verstanden, an dem grundsätzlich die Instrumente der Bedarfsermittlung – auch über LTA hinaus – systematisch und transparent ihren Platz finden können, ist ferner eine grundsätzliche Ausweitung der Datenbank auf andere Leistungsgruppen und die dort genutzten Instrumente sinnvoll. Hierrüber ließe sich zugleich der Selbstverpflichtung der Rehabilitationsträger und Integrationsämter entsprechend § 44 Abs. 4 Gemeinsamen Empfehlung Reha-Prozess Rechnung tragen, Übersichten eingesetzter Instrumente zu erarbeiten und diese regelmäßig zu aktualisieren [8].

X.2.5. Weiterentwicklung des Konzeptes

Mit Blick auf die Nutzung und Implementierung der Ergebnisse sowie die praktische Erprobung des Konzeptes (mit ggf. evaluativer Begleitung) sind auf Basis des breiten Beteiligungsprozesses während der Konzepterstellung Hinweise und Erkenntnisse möglich, die eine Weiterentwicklung des vorliegenden Gesamtkonzeptes erfordern. Jedenfalls erscheint es ratsam, einen Zeitraum zu definieren (z.B. 3 Jahre), nach dessen Ablauf eine fachliche Prüfung des Konzeptes erfolgt, woraus sich eine Erforderlichkeit der Weiterentwicklung und/oder Revision ergeben kann.

X.2.6. Weiterentwicklung der Ergebnisse für weitere Leistungsgruppen nach § 5 SGB IX

Bereits während der Projektlaufzeit haben verschiedene Arbeitsgruppen wiederholt über Möglichkeiten der Übertragbarkeit der Ergebnisse auf andere Leistungsbereiche diskutiert. Diese Diskussion wurde u. a. durch einen projektimmanenten Widerspruch befördert: Einerseits war ein Bedarfsermittlungskonzept vorzulegen, welches den gesetzlichen Rahmen ausfüllt. Dieser sieht über § 13 und § 14 SGB IX u. a. eine leistungsgruppen- und -trägerunabhängige Bedarfsermittlung vor. Andererseits hatte das Projekt ein Konzept vorzulegen, welches sich spezifisch auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben bezieht.

Im Hinblick auf die vorgelegten Ergebnisse lässt sich feststellen, dass alle Leistungsgruppen jeweils durch inhaltliche Spezifika charakterisiert sind. So spielen beispielsweise Fragen der beruflichen Handlungskompetenz – nachvollziehbarer Weise – bei LTA eine wesentliche Rolle, während in der medizinischen Rehabilitation das Gesundheitsproblem selbst eine prominentere Rolle einnimmt.

Da verschiedene Leistungsträger oftmals nicht allein für LTA zuständig sind, sondern auch für Leistungen anderer Leistungsgruppen, erscheint die Prüfung der Ausweitung um weitere umfasste Leistungsbereiche und ein Entwurf zu möglichen Anpassungen bzw. Adaptionen sinnvoll. Ein erster Ansatz könnte hier die soziale Teilhabe darstellen, da ein Bestehen von Unterstützungsbedarf in diesem Bereich die Zielerreichung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben durch bestehende Wechselwirkungen (z. B. zwischen sozialer Stabilität und beruflicher Teilhabe) wesentlich beeinflussen

kann⁵⁴. Geleichfalls vorstellbar ist jedoch auch eine Erweiterung auf den Bereich der medizinischen Rehabilitation, insb. im Hinblick auf die häufig vorliegenden Bedarfe an medizinisch-beruflichen Leistungen.

Während die Grundanforderungen weithin leistungsbereichsübergreifend sind und somit für Leistungen zur Teilhabe universell Relevanz haben⁵⁵, beziehen sich solche Modifikationsbedarfe konzeptionell insbesondere auf die Inhalte der Bedarfsermittlung.

X.2.7. Grundzüge einer Aufwandsabschätzung zur Pflege und Weiterentwicklung der Instrumentendatenbank

In den vorstehenden Abschnitten wurden auf vier Ebenen fachliche Ansätze zur Konsolidierung und Weiterentwicklung der Instrumentendatenbank dargelegt:

- Weiterentwicklung der Datenbank hinsichtlich Nutzungsanforderungen der Praxis
- Pflege der Datenbank und Aufnahme neuer Instrumente im Bereich LTA
- Entwicklung von Qualitätsanforderungen zur Beurteilung von Instrumenten
- Inhaltliche Erweiterung der Datenbank

Der Projektbeirat hat diesbezüglich in seiner Sitzung in 2018 vom Projektteam basierend auf den Erfahrungen aus der Durchführung des Projektes – und insbesondere bei der Erstellung der Instrumentendatenbank – Aussagen zu den voraussichtlichen Aufwänden erbeten.

Erstens ist zunächst festzuhalten, dass eine (kontinuierliche) Erfüllung der skizzierten Aufgaben eine feste institutionelle Anbindung der Aufgaben erfordert. Zugleich sind entsprechende personelle Ressourcen notwendig⁵⁶, um so in sinnvoller Weise eine tragfähige Arbeitsstruktur zu gewährleisten. In diesem Zusammenhang wird es Aufgabe der Nutzer des Konzeptes sein, über eine konkrete institutionelle Verortung der Aufgaben sowie die Wege der zugehörigen Ressourcenallokation zu beraten.

Zweitens hat sich im Projektverlauf der gewählte inter-institutionelle und inter-professionelle Ansatz bei der Analyse und Beurteilung von Instrumenten als erforderlich und sinnvoll erwiesen. Für die Pflege und mögliche Weiterentwicklung der Instrumentendatenbank ist die Beibehaltung dieses breiten Ansatzes als bedeutsam für tragfähige und übergreifend akzeptierte Ergebnisse einzuschätzen. Ein solcher Ansatz kann jedoch in aller Regel nicht im Rahmen eines einzelnen Organisationsgefüges ausreichend sichergestellt werden, weshalb die ergänzende Einrichtung eines – ggf. zunächst temporär ausgestalteten – Arbeitskreises (Expertengremiums) eine sinnvolle Option darstellt. Insgesamt sollten dessen Mitglieder fachlich mindestens folgende Bereiche abdecken: Expertise im Bereich ...

- des bio-psycho-sozialen Modells und der ICF
- Psychometrie und Testtheorie (für psychometrische Instrumente)
- Handlungspraxis in der (beruflichen) Rehabilitation bei Leistungsträgern und –erbringern

⁵⁴ Siehe auch die Ausführungen unter X.2.4 zur Erweiterung der Datenbank.

⁵⁵ So auch eine Beurteilung der Leistungsträger im Rahmen der projektbegleitenden Arbeitsgruppe.

⁵⁶ Der Umfang erforderlicher und v.a. personeller Ressourcen ist von Art und Umfang der konkret übertragenen Aufgaben abhängig. Gleichwohl zeigen die Projekterfahrungen, dass bei einer Umsetzung relevanter Punkte aus Abschnitt X.2 hierfür ein hauptamtlicher Mitarbeiter bzw. eine hauptamtliche Mitarbeiterin notwendig sein wird. Dieser kann entsprechende Prozesse vorbereiten, koordinieren und auch in Teilen selbst leisten. Das fachliche Anforderungsprofil der Person ergibt sich aus den zu leistenden Tätigkeiten.

- der Rehabilitationswissenschaft
- der Nutzerperspektive

Aufgabe des Arbeitskreises kann z. B. die Bearbeitung folgender Punkte sein:

- Entwicklung von Qualitätskriterien zur Aufnahme bzw. Ausschluss von Instrumenten aus der Instrumentendatenbank
- Anpassung und Weiterentwicklung des Analyserasters
- Inhaltliche und technische Optimierung der Datenbank (Usability)
- Umgang mit Rückmeldungen zur Datenbank (z. B. Beanstandung der Zuordnung von Instrumenten zum bps-Modell)

Drittens kann über den Arbeitskreis hinaus zusätzlich eine Einbindung von entsprechenden Fachexperten im Wege von Workshops oder spezifischen Aufträgen erforderlich werden, soweit eine (erneute) Analyse von Instrumenten erfolgen soll (z.B. Aufnahme von Neuentwicklungen, Bewertung von Instrumenten anhand entwickelter Qualitätsanforderungen). Hier wie auch bei Punkt 2 ist seitens der verschiedenen Akteure eine Bereitschaft zur Mitwirkung durch Entsendung von Experten und fachliche Mitarbeit erforderlich.

X.3. Forschungsbedarfe

In Anschluss an die in Abschnitt X.2 vorgestellten möglichen Pfade zur Weiterentwicklung der Ergebnisse ergeben sich weitergehende Forschungsbedarfe bezogen auf ...

- **... die Handlungskonzepte der Reha-Träger**

Viele Reha-Träger verwenden innerhalb ihrer Bedarfsermittlung trägereigene Arbeitsmittel, die in ihrer Gesamtheit eine ähnliche Zielstellung verfolgen (z. B. Tätigkeitsprofile, Anträge, Checklisten, Ärztliche Berichte). Unter der Perspektive der trägerübergreifenden Verwaltungsvereinfachung und des weiteren Effizienzgewinns ist zu untersuchen, ob bei entsprechenden Arbeitsmitteln ein gewisses Standardisierungspotenzial besteht. Mit Blick auf den Leistungsberechtigten sowie die Zusammenarbeit der Akteure bei der Erbringung von (beruflichen) Rehabilitationsleistungen wäre hier ein möglichst einheitliches Antrags- und Berichtswesen⁵⁷ ein denkbarer Ansatz.

- **... rechtliche Grundlagen, insbesondere das Sozialgesetzbuch (SGB IX)**

Mit dem Bundesteilhabegesetz wurden die Rechtsgrundlagen zur Bedarfsermittlung im SGB IX wesentlich weiterentwickelt. Hier erscheint es lohnenswert, systematisch die Entwicklungen von Instrumenten infolge der Rechtsänderungen auszuwerten. Eine Zielstellung kann dabei eine Prüfung sein, inwieweit die vom Gesetzgeber mit § 13 SGB IX intendierten Rechtswirkungen in der Praxis eintreten und inwieweit diese zu einer Bedarfsermittlung führen, die auf einheitlichen Grundlagen basiert. Die Ergebnisse der aktuell laufenden Wirkungsuntersuchung nach § 13 Abs. 3 SGB IX wären hier umfassend einzubeziehen.

Mit § 26 Abs. 2 Nr. 7 i. V. m. § 13 Abs. 1 SGB IX hat der Gesetzgeber die Rehabilitationsträger verpflichtet, zu den Instrumenten der Bedarfsermittlung trägerübergreifend Grundsätze in Form einer

⁵⁷ Berichte werden i. d. R. von Leistungserbringern nach Vorgaben der Leistungsträger angefertigt. Es kann vorkommen, dass – wegen unterschiedlicher Kostenträger – Berichte in völlig verschiedenen Formaten zu ein und derselben Maßnahme zu erstellen sind.

Gemeinsamen Empfehlung zu vereinbaren. Diese Grundsätze sind Bestandteil der zum 1.12.2018 in Kraft getretenen Gemeinsamen Empfehlung „Reha-Prozess“ [8]. Es wird vorgeschlagen, die Erfahrungen mit der Umsetzung der gesetzlichen Regelung sowie mit der auf das SGB IX aufbauenden Gemeinsamen Empfehlung systematisch zu bündeln. So können tragfähige Grundlagen geschaffen werden, die – i. V. m. § 89 Abs. 2 der GE Reha-Prozess – in mögliche Anpassungs- und Fortentwicklungsprozesse eingespeist werden können.

- **... Bewertungsparameter zu Instrumenten**

Anschließend an die Ausführungen unter Abschnitt X.2.3 besteht weitergehender Forschungsbedarf zur Entwicklung und Einführung von übergreifenden Qualitätsstandards für Arbeitsmittel zur Bedarfsermittlung. Dieser Bedarf ist im Kontext dieses Projektes zunächst für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben zu sehen; ist aber auch für andere Leistungsgruppen im Sinne von § 5 SGB IX anzunehmen. Aus fachwissenschaftlicher Perspektive wäre im Bereich „transparente Qualitätsanforderungen“ eine Verständigung der Akteure ein notwendiger Schritt, jedoch für sich allein nicht hinreichend. Vielmehr wären mittels eines kombinierten Prozesses zugleich über die Nutzung wissenschaftlicher Methodik fachliche Grundlagen zu legen.

- **... das bio-psycho-soziale Modell bzw. die ICF**

Zum bio-psycho-sozialen Modell bzw. der ICF konnte im Rahmen des Bedarfsermittlungskonzepts ein breit abgestimmter Sachstand erreicht werden, der auf den Stand der aktuellen fachwissenschaftlichen Diskussion aufbaut. Jedoch ist eine weitere Befassung mit insbesondere folgenden, fachwissenschaftlich teils kontrovers diskutierten Fragen sinnvoll:

- Wie und in welcher Weise können die Umweltfaktoren weiterentwickelt werden, um ihren Einfluss auf die Teilhabe von Menschen mit Behinderung noch besser erfassen zu können? So sind beispielsweise zentrale Bestandteile der Arbeitswelt oder des Arbeitsmarkts und damit auch deren spezifische Bedeutung für die Teilhabe bislang über die Komponente der Umweltfaktoren nicht ausreichend differenziert abbildbar.
- Inwieweit ist es möglich, Körperfunktionen (ggf. gebündelt) einzelnen Aktivitäten oder Aspekten der Teilhabe zuzuordnen? Aus dem Zusammenspiel welcher Funktionen setzen sich einzelne Aktivitäten zusammen? So wäre beispielsweise zu betrachten, ob und wie Einzelaspekte aus dem Kapitel Mobilität der ICF-Komponente Aktivitäten und Teilhabe mit erforderlichen Körperfunktionen aus der entsprechenden ICF-Komponente untersetzt werden kann.
- Wie lassen sich Kompetenzen (eines Menschen) langfristig innerhalb des bio-psycho-sozialen Modells und der ICF einordnen?
- Welche Weiterentwicklungsmöglichkeiten der Ausgestaltung und der praktischen Nutzung für die Komponente der personbezogenen Faktoren bestehen (zumindest auf nationaler Ebene)? Hierbei ist die Bedeutung dieser Komponente für die Bedarfsermittlung sowie Teilhabe von Menschen mit Behinderung insgesamt unumstritten.

- **... die Instrumente und die Instrumentendatenbank**

Wenngleich alle Komponenten des bio-psycho-sozialen Modells für die Ermittlung (und Festlegung) von Teilhabebedarf gleichermaßen von Bedeutung sind, hat die Instrumentenanalyse gezeigt, dass zu diesem nicht gleichermaßen fundierte Instrumente zur Verfügung stehen. Daraus ergeben sich wesentliche Entwicklungserfordernisse im Bereich der Instrumente zu spezifischen Fragestellungen

bzw. Unterkapiteln der ICF. Solche Entwicklungserfordernisse bestehen insbesondere im Bereich der Aktivitäten, Umweltfaktoren und personbezogenen Faktoren.

Angesichts der vielgestaltigen Praxis im Feld gesprächsbasierter Ansätze erscheint darüber hinaus die Entwicklung geeigneter Handreichungen zur Unterstützung der Reha-Fachkräfte hilfreich und sinnvoll.

- **... den Zusammenhang von Bedarf, Leistung und Bedarfsdeckung**

An die Bedarfsermittlung und die darauf aufbauende Bedarfsfestlegung (bzw. Bedarfsfeststellung) schließt im Rehabilitationsprozess die Auswahl, Festlegung und Durchführung einer Leistung an. Zum Zusammenhang von Bedarf und Leistung sowie zu Mechanismen und Grundlagen des Übersetzungsprozesses des individuellen Bedarfs in eine individuell passende Leistung liegen bislang nur wenige Erkenntnisse vor. Bis vor wenigen Jahrzehnten wurde das Bestehen eines Bedarfs über das Vorhandensein einer Leistung (Intervention) wesentlich mitbestimmt. Nunmehr rücken u. a. durch die UN-BRK andere Fragen in den Vordergrund, z. B. welchen Angeboten und/oder Angebotskombinationen eine individuelle Bedarfsdeckung erreicht werden kann. Pointiert zusammengefasst kehrt sich somit das Verhältnis von Angebot und Nachfrage um. Es erscheint lohnenswert, diesen Transformationspfaden systematischer nachzugehen, um einerseits Ableitungen für die Struktur und Ausgestaltung von (beruflichen) Rehabilitationsleistungen zu treffen und andererseits möglichen Rückwirkungen auf Strukturen, Prozesse und Ergebnisse der Bedarfsermittlung zu identifizieren.

- **... good practice in Europa sowie perspektivisch Schritte zur Harmonisierung von Standards bei der ICF-Nutzung**

Die Nutzung des bio-psycho-sozialen Modells und der ICF ist kein nur für Deutschland relevantes Thema. Vielmehr finden sich in verschiedenen europäischen und außereuropäischen Ländern unterschiedliche Ansätze der Nutzung des international geltenden Modelles bzw. der international geltenden Klassifikation. Insbesondere im Hinblick auf die Nutzung der ICF in Deutschland erscheint eine Analyse und Bewertung solcher Ansätze und möglicher good-practice-Beispiele lohnenswert.

XI. Literaturverzeichnis

- (1) Schubert M, Penstorf C, Seel H, Morfeld M, Bade S, Gleisberg D, Jonßon L, Lentz R, Robinson K: Prüfung von aktuellem Stand und Potential der Bedarfsermittlung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben unter Berücksichtigung der ICF. Abschlussbericht. 2014.
- (2) Bundesregierung (2016). *Gesetzentwurf der Bundesregierung: Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderung (Bundesteilhabegesetz - BTHG)*. BT-Drucksache 18/9522 vom 05.09.2016
- (3) BGBl. (2016) Gesetz zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen (Bundesteilhabegesetz – BTHG). In: Bundesgesetzblatt 2016 (Teil 1 Nr. 66 vom 29. Dezember 2016): 3234-2240.
- (4) Fuchs H (2017) Ermittlung des Rehabilitationsbedarfs – Auswirkungen des Bundesteilhabegesetzes. In: Reha Recht Diskussionsforum (D 50-2017):
- (5) Schubert M, Schian M, Viehmeier S (2016) Das Bundesteilhabegesetz. Neue Anforderungen an die Bedarfsermittlung und -feststellung mit besonderem Fokus auf medizinische Rehabilitationsleistungen. In: Bundesgesundheitsblatt 59 (9): 1053-1059.
- (6) Schubert M, Schian M (2016) Teilhabeplanung und Gesamtplanung im BTHG: Grundzüge und offene Fragen. In: Recht und Praxis der Rehabilitation (4): 35-41.
- (7) BAR: Gemeinsame Empfehlung "Reha-Prozess", Arbeitsentwurf Stand 12. Januar 2018, "Gemeinsame Empfehlung zur Zuständigkeitsklärung, zur Erkennung, Ermittlung und Feststellung des Rehabilitationsbedarfs (einschließlich Grundsätzen der Instrumente zur Bedarfsermittlung), zur Teilhabeplanung und zu Anforderungen an die Durchführung von Leistungen zur Teilhabe" gemäß § 26 Abs. 1 i.V.m. § 25 Abs. 1 Nr. 1 bis 3 und 6 und gemäß § 26 Abs. 2 Nr. 2, 3, 5, 7 bis 9 SGB IX" Frankfurt am Main, 2018.
- (8) BAR: Gemeinsame Empfehlung "Reha-Prozess", "Gemeinsame Empfehlung zur Zuständigkeitsklärung, zur Erkennung, Ermittlung und Feststellung des Rehabilitationsbedarfs (einschließlich Grundsätzen der Instrumente zur Bedarfsermittlung), zur Teilhabeplanung und zu Anforderungen an die Durchführung von Leistungen zur Teilhabe" gemäß § 26 Abs. 1 i.V.m. § 25 Abs. 1 Nr. 1 bis 3 und 6 und gemäß § 26 Abs. 2 Nr. 2, 3, 5, 7 bis 9 SGB IX" Frankfurt am Main, 2019.
- (9) Mayring P: Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken. Beltz, Weinheim-Basel, 2008.
- (10) Mayring P: Qualitative Inhaltsanalyse. In: Flick U, Kardoff Ev, Steinke I (Hrsg): Qualitative Forschung: ein Handbuch. Rowohlt, Reinbek bei Hamburg, 2008, S. 468-475.
- (11) Wenzel T, Morfeld M (2016) Das biopsychosoziale Modell und die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. . In: Bundesgesundheitsbl, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz 59 (9): 1125-1132.
- (12) Wenzel T, Morfeld M (2017) Nutzung der ICF in der medizinischen Rehabilitation in Deutschland: Anspruch und Wirklichkeit. In: Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz 60 (4): 386-393.
- (13) Tate RL, Godbee K, Sigmundsdottir L (2013) A systematic review of assessment tools for adults used in traumatic brain injury research and their relationship to the ICF. In: NeuroRehabilitation 32 (4): 729-750.
- (14) Buchholz A, Spies M, Brutt AL (2015) ICF-basierte Messinstrumente zur Bedarfserfassung und Evaluation in der Behandlung von Patienten mit psychischen Störungen - ein systematisches Review. In: Rehabilitation 54 (3): 153-159.
- (15) Brähler E, Holling H, Leutner D, Petermann F (Hrsg): Brickenkamp Handbuch psychologischer und pädagogischer Tests. Hogrefe, Göttingen u.a., 2002.
- (16) Bengel J, Wirtz M, Zwingmann C (Hrsg): Diagnostische Verfahren in der Rehabilitation. Hogrefe, Göttingen u.a., 2008.

XII. Anlagen

XII.1. 429 Instrumentennennungen im Rahmen der Vorstudie

ID	Name Vorstudie	41	MWT	83	RST/RST-NRR
1	HAMET	42	PZP	84	SKT
2	MELBA	43	BvB-Maßnahme	85	SVF
3	DELTA	44	Hilfe nach Maß	86	VLMT
4	Reha-Management	45	IBRP	87	ABMR
5	d2/d2-R	46	IHP	88	Antragsformulare (G100 und G130) und ärztlicher Befundbericht zum Rehabilitationsantrag
6	Ärztliche Untersuchung/ Begutachtung	47	ABE	89	Arbeits- und Belastungserprobung
7	I-S-T 2000 R	48	Prozess-Profilung	90	Arbeitserprobung und Berufsfindung (Feststellung "Eignung" und "Neigung", d. h. Intelligenz, Persönlichkeit, Interessen)
8	CFT 20R mit WS/ZF-R	49	WOMAC	91	Arbeitsplatzanforderungs- profil
9	EFL	50	ABAT/ABAT-R	92	Assessmentverfahren
10	IMBA	51	AZUBI-BK	93	Assessmentverfahren in Berufsförderungswerken
11	Profil AC	52	Beobachtung	94	Auswertung von Antragsunterlagen, Gutachten und Entlassungsberichten der Reha-kliniken
12	SCL-90 / SCL-90 R	53	DRT	95	BELA
13	Beratungen	54	Entwicklungsstand /-bericht	96	Berufsfindung
14	WIE	55	PSB-R 6-13	97	Betriebspraktikum
15	AVEM	56	KKA	98	BHP Zielgruppe: PK/Sucht
16	LPS	57	ATBG	99	BOA
17	HMB-W/-T	58	BSI	100	BORIS
18	BET	59	Eingliederungsplan	101	Checkliste zur Bewilligung von Leistungen zur berufli- chen Weiterbildung die in einem BFW durchzufüh- ren sind
19	ERGOS	60	FRT	102	COMED (BA)
20	BDI/BDI-II	61	KVT	103	Daten zur schulischen/ beruflichen Entwicklung
21	DASH	62	RT	104	Eignungsabklärung im Rahmen von Berufsfindungsmaßnah- men
22	FPI-R	63	ZERA	105	Einschaltung technischer Berater
23	Prozessprofilung	64	IST-Screening		
24	Kassys	65	Kompetenzanalyse		
25	IDA	66	Würzburger Screening		
26	SPM	67	AIST/AIST-R		
27	WTB	68	Befragungen		
28	4 Phasen-Modell	69	Beton Test		
29	Berufsfindung/ Arbeitserprobung	70	BIP		
30	DIA-AM	71	BRT		
31	SF-12/36	72	FAIR/FAIR-2		
32	Karlsruher Profilverfahren	73	FWIT		
33	WIT/WIT-2	74	HSP 5-9		
34	PACT	75	ICF-Core-Set RPK		
35	Gespräche	76	ISK		
36	MTVT	77	Klifd		
37	ZVT	78	LGT 3		
38	Arbeitserprobung	79	Mini-ICF-APP		
39	Gesamtplanverfahren	80	O-AFP		
40	HAWIE/HAWIE-R	81	Profilpass		
		82	PSSI		

106	EQ-5D	140	EXPLORIX	176	Arbeitsbezogene Biografiearbeit
107	Fähigkeitsprofil (medizinisch) zum Abgleich mit dem Arbeitsplatzanforderungsprofil	141	Fallbesprechungen	177	Arbeitsbezogene motorische Testung
108	FFbH-R	142	Förderplan	178	Arbeitserprobung (im konkreten Tätigkeitsfeld)
109	Fremdgutachten	143	Genogramm	179	Arbeitserprobung intern & extern
110	Gutachten zur vollen Erwerbsminderung vom Rentenversicherungsträger	144	ICF	180	Arbeitspezifische Quali-Bausteine – geistig behinderte Menschen-
111	Informationsveranstaltung in (Förder-) Schulen	145	ICF-Checkliste (WHO)	181	Assessment
112	Kompetenzanalyse durch den IFD	146	ITP	182	Assessment Bereich Wohnen
113	LMI	147	KLT-R 6-13	183	Assessment für Erwachsene 2006
114	Maßnahme im Sinne Reha-AC	148	Kukuk	184	ASTR
115	MBO	149	Lerntypentest	185	Auftragsgutachten RPK, Gutachterliche Stellungnahme
116	MBR	150	Mathetest	186	BAS
117	MOIN	151	Memo-Test	187	Baumzeichnungen
118	PILE Test	152	Rechtschreibtest	188	Bearbeitung päd. Sachtexte AP Arbeitspädagogen
119	Potentialanalyse (zur Klärung der Umsetzung LTA)	153	RT 9+	189	Bedarfsdiagnostik z. B. bei Lernproblemen
120	Profil-Reha (BNW)	154	SKID-II	190	bEO
121	Profiling	155	SLS 5-8	191	Berliner Entwicklungsbogen Reha-Jugendliche (BEB)
122	PSU	156	TAP	192	Berufseignungstest
123	Psychologische Testung	157	VISAB	193	Berufskompass.at
124	Psychologische Testverfahren	158	(S)- PAC (Progressive Assessment Chart)	194	Beurteilungsbogen "Arbeits- und Leistungsverhalten" (entwickelt für psychisch Behinderte)
125	Psychologische Untersuchung	159	16 PF Persönlichkeitsfragebogen	195	Beurteilungsbogen des FFH für extramurale Belastungserprobungen seit 2009
126	Psychologische Untersuchung AA	160	Aapep	196	Binnendifferenziert
127	QUASI	161	ABB	197	BTS (Begabungstestsystem)
128	SIBAR	162	AC soziale Kompetenz	198	Budenberg (Menschen mit Lernbehinderung)
129	Technischer Beratungsdienst	163	ADHS-Fragebogen	199	CBCL
130	TGL 2 (geistig behinderte Menschen)	164	ADHS-E	200	Coachingsystem Integration Arbeitsmarkt - geistig behinderte Menschen-
131	Angaben aus psychologischen Gutachten der BA	165	ADS Allg. Depressionsskala		
132	AZUBI-TH	166	ADST		
133	Bildungskonferenz	167	Advanced Progressive Matrices Raven Matrizen Test		
134	BIT II	168	AFS		
135	BT nach Marschner	169	Aktenanalyse		
136	Cogpack	170	Analogien		
137	CPM	171	Anamnese aus dem Programm: kognitives Training nach Stengl		
138	CPT	172	AP, AB (Eigenentwicklung 1987 BBW internes Assessment, Zielgruppe:Vorbereitender Bereich)		
139	DISYPS-II	173	Apraxie		
		174	ARA		
		175	Arbeitsanamnese (BTZ Köln)		

201	DCS	223	Eine auf unsere Arbeitserfordernisse zugeschnittene Variante von Profil AC	250	Frostig-Test
202	Deutsch- Eignungstest Eigenentwicklung, 1991	224	Eingangs- und Orientierungsbereich	251	GAB seit 2002
203	Deutsch- Test, hausintern, ca 2000, Vollausbildung	225	Eingangsverfahren	252	GBM Verfahren nach dem BeB
204	Deutsch- Test, hausintern, ca. 2000, Helferberufe	226	Eingliederungsplan (Reha 2002/ WfbMg 2009)	253	gesunder Menschenverstand
205	Deutschgrundlagen (DGT) Eigenentwicklung zur Feststellung Entwicklungsstand Kulturtechniken	227	Eingliederungsplan gem. HEGA	254	Gießen- Test (GT) Personenkreis: psychische Erkrankungen
206	Deutschtest	228	Einschätzung der Entwicklung der berufl. Handlungskompetenz, 2000, Auszubildende	255	Gutachten Dritter
207	DFT (Differentieller Fähigkeitstest)	229	Energiekreis (BTZ Köln)	256	Hauseigenes Assessment
208	Diagnostikbogen SMB (schwerst mehrfach Behinderter) ca. 2007 vom Fachverband Behindertenhilfe Diakonie	230	ergotherapeutische Diagnostik	257	Heidelberger Rechentest (Untertests)
209	DIK II (Syntegral)	231	Ergotherapeutischer Test	258	Hilfe nach Maß Eigenentwicklung, 2000
210	DIPS (+weitere klinische Fragebögen) - >psychologischer Fachdienst	232	Erhebungsbogen Übergang Schule-Beruf	259	HiPro
211	diverse berufsbezogene Kenntnistests	233	Ertomis	260	Homburger ADHS- Skalen für Erwachsene (HASE)
212	diverse weitere Verfahren in Einzelfällen	234	ESI (Eppendorfer Schizophrenie-Inventar)	261	Hörtest
213	DLM	235	Explorationsbogen soz.päd. Anamnese 2005	262	ICF (Versuchsstadium)
214	Dokumentation der Bildungsbegleitung	236	Fachdienstliche Stellungnahme	263	ICF für den Bereich Schwerstmehrfachbehindert
215	DRE 3 (Diagnostischer Rechentest für 3. Klassen)	237	Fähigkeitsanalyse EV - geistig behinderte Menschen-	264	ICF orientierte Befunderhebung (Eigenentwicklung) berufspraktischer Kompetenzen im Verlauf von Feststellungsmaßnahmen (AP, BvB, EA)
216	EA, BvB (Eigenentwicklung 1987 BBW internes Assessment, Zielgruppe: Vorberuflicher Bereich)	238	Fähigkeitsbeschreibung. Eigenentwicklung	265	ICF orientierte Befunderhebung (Eigenentwicklung) personaler, sozialer und lebenspraktischer Kompetenzen im Verlauf von Feststellungsverfahren (AP, Bv
217	eigene Eingangstestung	239	FCE Verfahren	266	ICF- Förderdiagnostik Start 2007
218	eigene Kompetenzanalyse	240	FDP	267	ICF-Core-Set
219	eigene Selbst- und Fremdeinschätzungsbögen	241	FEPAA Fragebogen zur Erf. von Empathie, Prosozialität, Aggressionsbereitschaft	268	ICF-Core-Set Berufliche Reha
220	Eigene Unterlagen nach Maßgabe der Kostenträger	242	Feststellung Hörstatus	269	ICF-Core-Set RPK (eigene Anpassung an das Core Set von Herzogsägmühle)
221	Eigenentwicklung aktualisiert Nov. 2012	243	FKK	270	ICF-Entwicklungsbögen "Lernort Wohnen"
222	Eigenes Instrument in Anlehnung an Osnabrücker Arbeitsfähigkeitsprofil O-AFP und MELBA (2005)	244	FLM 7-13	271	ICF-gestützte Leistungsplanung (eigene Liste)
		245	FLT (Form-Lege-Test)	272	ICF-Reha-Planung (von Herzogsägmühle)
		246	Förderdiagnostik LRS/Legasthenie	273	ICF-Screening icf:btz
		247	Förderdiagnostik Rechenschwäche auf Basis Bamberger Dyskalkuliediagnostik+AFS	274	individuelle Bedarfspläne
		248	Förderplanung SMART		
		249	Fragebogen individueller Lebensführung (FIL)		

275	individuelle Förder- und Integrationsplanung	299	Kompetenzmerkmale IS+ Ausbil- dung/Schule/sozpäd/ 2011	329	MTP (Mathematisch- Technisch-Physikalischer Test)
276	individuelle sachspezifische Rahmenpläne 2012	300	Kompetenzmodule Schule- Berufseinstieg	330	Multi-Motiv-Gitter (MMG)
277	individuelle, praxisorientier- te, z.T. situationsbezog. Feststellung des Unterstüt- zungsbedarfes Personen mit Lern+ geistiger Behin- derung	301	Kompetenzprofil Absolven- ten (Eigenentwicklung 2010)	331	NEO-FFI
278	Individueller Eingliede- rungsplan	302	Konzentrationstests	332	NEO-PI-R
279	Individueller Eingliede- rungsplan EV/ BBB	303	Kreisbild Arbeit (BTZ Köln)	333	Neuroorthopädische Unter- suchung
280	Individueller Förderplan basierend u. a. auf MELBA (BTZ DD- Entw.) seit 2006	304	KT RS/R	334	Neuropädagogische Diag- nostik
281	INKA	305	Kurz+Langzeitpraktika	335	Neuropsychologische Diagnostik
282	Integrationsplan (Eigen- entwicklg.) alle TN in der Ausbildung 2010	306	langjährige Berufserfah- rung	336	Nosper Fragebogen 2009
283	Intelligenztests	307	Leipziger Modell (2005)	337	NVLT u. VLT (Non) verbaler Lerntest
284	Interessentest (Selbstent- wicklung 2011, für psy- chisch Behinderte)	308	Lernmodule/Tests	338	PAC
285	Interessentests	309	Lesen und Verstehen West- ermann Serie D8/B	339	Planungsaufgabe (Hirnlei- stungsdiagnostik)
286	Interne Eingangsdagnostik (Überarbeitung 2012); Zielgruppe: geistige Behin- derung; psych. Erkrankung	310	LFP	340	Pleggt (Erfassung aller Klienten außerhalb Klifd (Verfahren)) seit 2012
287	Interner Schultest 2002/ BvB+Rehausb.	311	LGVT 6-12	341	Praktikumsbeurteilung (Eigenentwicklung 2010)
288	internes Case-Management	312	Lückendiktat	342	praktische Arbeitsproben
289	Kenntnistest DV, Englisch (Eigenentwicklung: DV zuletzt aktualisiert 2012, Englisch ca. 2008)	313	Malen (Diagnostik u. The- rapie)	343	Profilbogen
290	KIM-Test	314	Mann-Zeichen-Test	344	Profilbogen (Schüler BI)
291	KOMBI-Bildungssystem für kompetenzorientierte beruf- liche Bildung (2008) für Menschen mit geistiger und seelischer Behinderung	315	Mannheimer Intelligenztest	345	prognostische Stellung- nahmen
292	Kompetenzanalyse (Eigen- entwicklung)	316	Mannheimer Rechtschreib- test (MRT)	346	Prozessanalyse nach defi- nierten Standards
293	Kompetenzanalyse (Reha 2003/alle WfbM 2011)	317	MAST-Test	347	Prozessprofilng (Eigen- entwicklg.) alle TN in der Ausbildung 2010
294	Kompetenzanalyse EV/ BBB	318	Mathe- Eignungstest Ei- genentwicklung 1991	348	PSEU (Psychologische Eignungsuntersuchung)
295	Kompetenzanalyse u. För- derplanung - geistig behin- derte Menschen-	319	Mathe- Test, hausintern, ca 2000, Helferberufe	349	Psychol. Differentialdiag- nostik
296	Kompetenzanalysebogen	320	Mathe- Test, hausintern, ca 2000, Vollausbildung	350	Psychol. Konzentrations- test
297	Kompetenzbewertungsbö- gen	321	Mathe Test	351	psychologische Testverfah- ren
298	Kompetenzcheck für das Eingangsverfahren (eigen)	322	Mathegrundlagen (MGT) Eigenentwicklung zur Fest- stellung Entwicklungsstand Kulturtechniken	352	Psychometrische Testun- gen
		323	MEB (seit 2002) Modulares Entwicklungssystem für Beschäftigte	353	PTV
		324	Mini-Dips Interview bei psy. Störungen	354	PZG (Persönliches Zu- kunftsgespräch)
		325	MIT- Modularisierte ICF basierte Hilfeplanung- 2009 in wissenschaft. Begleitung der CAU Kiel entwickelt	355	Rahmenbedingungen (BTZ Köln)
		326	MLS	356	Räumliches Vorstellen
		327	Modell der binnendiferen- zierten beruflichen Bildung (Stufenmodell)	357	RBMT
		328	MPT-J	358	Rechentest (intern)
				359	Rechnen (Grund/Angewandt)
				360	Reha-Planung seit ca. 8 Jahren ICF-basiert

361	Rehapan AB	382	Soziales Atom (BTZ Köln)	404	TIPI
362	RT Sabeth 8+	383	Spezielle leitlinienorientierte ADHS-Diagnostik	405	TL-D
363	Rupp-Wabentest	384	Spezielle leitlinienorientierte Autismusdiagnostik	406	TMS
364	SAF	385	spezifische, eigene Tests zur Erhebung berufsspezifischer Kenntnisse	407	TPF (Trierer Persönlichkeitsfragebogen)
365	Sandspiel (Diagnostik + Therapie)	386	Sprachuntersuchung	408	Trägerinterner Verlaufsbericht (seit 2010)
366	Saumschneide	387	Standard Anamnesebogen	409	TSS
367	SBT (Stressbewältigungstraining)	388	standardisierte Analyse (2003)	410	TÜLUC
368	Schulleistungstest	389	standardisierte Berichtslegung an Leistungsträger	411	Turm von Hanoi
369	Sehtest	390	Standortanalyse(beruflich)	412	Überprüfung der kulturtechnischen Kompetenzen
370	selbst entwickelter Rechen-test, 2010, für Menschen mit Hör- und Sprachbehinderung	391	Stellungnahme	413	Vermittlungsgruppe
371	Selbst- und Fremdeinschätzung	392	STEVE 2012 BBB/ EV	414	Verständiges Lesen
372	Selbst- und Fremdeinschätzung (Eingliederungsplan, Hilfeplan, Bildungsplan)	393	SWN (Subjektives Wohlbefinden unter neuroleptikerbehandlung von Prof. Naber)	415	Visueller- und verbaler Merkfähigkeitstest (VVM)
373	Selbstbeurteilungsbogen, Lernbehinderte, 2012	394	Systematische Arbeitsproben	416	allg. Vorbefunde
374	Selbsteinschätzung/Fremdeinschätzung (BTZ Köln)	395	systematische Bedarfsanalyse	417	WCST
375	Selbsteinschätzungsbogen zu Arbeitsfähigkeiten (2007)	396	Tätigkeitsprofil	418	Werkprofile
376	Selbstentwickelte ACs	397	TEACCH-Förderdiagnostik	419	Wismarer Kompetenzanalyse 2011
377	selbstentwickelter Englischtest für Menschen mit Hör- und Sprachbehinderung	398	Test "Logical Memory" (verbales Gedächtnis)	420	WMT/WMT-2
378	selbstentwickelter Sprachtest für Menschen mit Hör- und Sprachbehinderung	399	Testbatterie Psychol.- D (Parallelförmig exist.)Testbatterie für hörgeschädigte Jugendliche	421	Wörl
379	SIMBO	400	Tests zur Eingangsdiagnostik	422	Wortliste
380	SON-R 5½-17	401	Testverfahren analog Durchführungskonzept EV	423	Wortschatz-Test
381	Sozialbericht	402	theoretischer Eingangstest (BvB, Ausbildungsbeginn, Aufstiegsförderung)	424	Wortschatztest (WS-R)
		403	THP	425	WRT 6+
				426	YSR
				427	Zahlenfolgetest (ZF-R)
				428	ZAREKI-R
				429	Zürcher Lesetest (ZLT)

XII.2. Ergänzend zur Vorstudie benannte Instrumente (Nachnennungen)

ID	Kurzname	Langname
430	Plus	Talente bei der Hamburger Arbeitsassistenten - Ein Angebot zur Förderung von Frauen mit Lernschwierigkeiten
434	U-Form-Tests	U-Form-Tests
435	Health 49	Hamburger Module zur Erfassung allgemeiner Aspekte psychosozialer Gesundheit f. d. therap. Praxis
436	FERUS	Fragebogen zur Erfassung von Ressourcen und Selbstmanagementfähigkeiten
437	die.IMPULS	die.IMPULS
438	O-P-A	Organisation und Planung eines Ausflugs
439	JAS	Job-Angst-Scala
440	ADP IV	Fragebogen zur Erfassung von DSM IV Persönlichkeitsstörungen von Renn et al.
443	Der große Berufswahl	Der große Berufswahltest
444	BPI	Borderline-Persönlichkeits-Inventar
445	FAMOS	Fragebogen zur Analyse Motivationaler Schemata
446	FBS	Frankfurter Befindlichkeitsskala
447	FIE	Fragenbogen Irrationaler Einstellungen
448	FLZ	Fragebogen zur Lebenszufriedenheit
449	IBES	Inventar berufsbezogener Einstellungen und Selbsteinschätzungen
450	IBF-S	Intelligenz-Basis-Faktoren
451	IREPRO	IREPRO Indikatorenliste zur sozialmedizinischen Bewertung
452	MMPI 2	Minnesota Multiphasic Personality Inventory
453	RCFT	Rey Complex Figure Test and Recognition Trial
455	SWN-K	Subjektives Wohlbefinden unter Neuroleptika (Kurzform)
456	VEV	Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens
457	TMT A+B	Trail Making Test
458	WEIS	Work Environment Impact Scale
459	WIR	Worker Role Interview
460	HADS-D	Hospital Anxiety and Depression Scale - Deutsche Version
461	ICF Standardlist BBW	ICF Standardliste BBW
462	LuV	Leistungs- und Verhaltensbeurteilung
463	VFS-LTA	Versicherten-Fragebogen zur Selbsteinschätzung (G4518)
465	SCL-90-R	Symptom-Checkliste (SCL-90-R)
466	ELA	Einschätzung körperlicher Leistungsfähigkeiten bei arbeitsbezogenen Aktivitäten
467	Mathematik Test	Mathematiktest für Ausbildung und Beruf
468	BAI	Beck-Angst-Inventar
470	KABC-II	Kaufman Assessment Battery for Children - II
471	WNV	Wechsler Nonverbal Scale of Ability
472	SWE	Skala zur Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung
473	Talentkompass NRW.	Talentkompass NRW. Fähigkeiten und Interessen erkennen und einsetzen.
474	BADYS	Bamberger Dyskalkulie und Förderdiagnostik
475	Bremer Stärken Check	Bremer Stärken Check - Kompetenzfeststellung in der Berufsorientierung, Sekundarstufe I
477	IGD	Inventar zur Gedächtnisdiagnostik
478	NET	Neglect-Test - Ein Verfahren zur Erfassung visueller Neglectphänomene
479	SLP	SLP- Standardisierte Link'sche Probe
480	FAKT-II	Frankfurter Adaptiver Konzentrationsleistungs-Test II
482	planet-beruf.de	planet-beruf.de

483	HLT	Hirnleistungstraining Fresh Minder
485	Cogniplus	Cogniplus
486	RehaCom	RehaCom - Computergestützte Kognitive Rehabilitation
487	Cognitrone (COG)	Cognitrone (COG)
489	IHP 3.1	Individuelle Hilfeplanung 3.1
494	Psych. GA	Psychologische Gutachten
495	Reha-Planung	Rehabilitationsplanung
496	Berichte	Berichte
497	KoBeLA	Kompetenzen und Belastungen am Arbeitsplatz
498	Handlungskonzept LTA	Position der Gesetzlichen Unfallversicherung zu Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben
499	Handlungskonzept Persönliches Budget	Persönliches Budget – Handlungsleitfaden –
500	Reha-Plan	Persönlicher Reha-Plan; Persönliche Angaben zur Reha-Planung (J2100 J2110)
501	Selbstauskunft Werde- gang	Angaben zur Person/schulischer und beruflicher Werdegang (V3200)
502	Teilhabeplan	Teilhabeplan (J9400) inkl. M9400,M9402 (Mitteilungen über die Versendung)
503		DGUV Job
504	Anmeldebogen	Anmeldebogen Berufsberatung Reha/SB) Muster Regionaldirektion Rheinland-Pfalz durch Eltern/Schüler und Mitwirkung der Schule
505	Antrag	Antrag auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben
506	Selbstauskunft Ge- sundheit	Gesundheitsfragebogen für Erwachsene zur Vorbereitung einer Begutachtung durch den ÄD (Aushändigung durch Vermittler/Berater)
507	Leitfaden LTA	Leitfaden „Teilhabe am Arbeitsleben für behinderte Menschen (berufliche Rehabilitation – Fachliche Hinweise Stand: 01/2010)
508	Arbeitshilfe Einschalt- ung ÄD	Praxisleitfaden zur Einschaltung des Ärztlichen Dienstes im Bereich des SGB II und des SGB III
509	Arbeitshilfe Einschalt- ung BPS	Praxisleitfaden zur Einschaltung des Berufspsychologischen Service im Bereich SGB II und SGB III
510		Fachkonzept „Berufseinstiegsbegleitung“
511		Befundbericht für den Ärztlichen Dienst der Bundesagentur für Arbeit
512	Beratungskonzeption	Beratungskonzeption der Bundesagentur für Arbeit - Grundlagen
513	Arbeitsmarktanalyse	Arbeitsmarkt in Zahlen /Arbeitsmarktreport
514	Fachkonzept WfbM	Fachkonzept WfbM
515	sozialmedizinische Begutachtung	Leitlinien zur Rehabilitationsbedürftigkeit für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben
516	Rahmenkonzept LTA	Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung
517	Befundbericht	Ärztlicher Befundbericht für Erkrankungen des Stützapparates und Bewegungsapparates zum Antrag auf Leistungen zur Rehabilitation (G1092 SB)
518	Befundbericht	Ärztlicher Befundbericht zum Antrag auf Leistungen zur Rehabilitation (G 1089 SB)
519		Leistungsbeurteilung durch den sozialmedizinischen Dienst (G 3013 SB)
520	Konzept Begleitende Hilfen	Ziele und Leitsätze für die Durchführung der Begleitenden Hilfe gem. § 102 SGB IX
521	Antrag	Antrag auf Leistungen nach dem SGB IX, i. V. m. der SchwbAV
522	Befragung Vorstellun- gen	So möchte ich leben! Selbstauskunft im Rahmen der Eingliederungshilfe
523	Befragung Ist-Situation	Erstermittlung des Bedarfs in der individuellen Lebensgestaltung im Bereich "Gestaltung des Tages"
524	Befragung Tagesablauf	Ermittlung des Bedarfs in der Gestaltung des Tages

XII.3. Ausschlüsse

XII.3.1. Zusammenfassungen

ID	Kurzname	Name MBKS	Zusammengefasst mit	Anmerkung Ausschluss
34	EFL	PACT	[9] Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit	PACT ist Bestandteil der EFL
107		Fähigkeitsprofil (medizinisch) zum Abgleich mit dem Arbeitsplatzanforderungsprofil	[87] Arbeitsbezogene medizinische Rehabilitation	
423	CFT 20R mit WS/ZF-R	Wortschatz-Test	[8] Grundintelligenztest Skala 2 - Revision (CFT 20-R) mit Wortschatztest und Zahlenfolgentest Revision	Ist Bestandteil des CFT 20R mit WS/ZF-R
424	CFT 20R mit WS/ZF-R	Wortschatztest (WS-R)	[8] Grundintelligenztest Skala 2 - Revision (CFT 20-R) mit Wortschatztest und Zahlenfolgentest Revision	Ist Bestandteil des CFT 20R mit WS/ZF-R.
427	CFT 20R mit WS/ZF-R	Zahlenfolgentest (ZF-R)	[8] Grundintelligenztest Skala 2 - Revision (CFT 20-R) mit Wortschatztest und Zahlenfolgentest Revision	Ist Bestandteil des CFT 20R mit WS/ZF-R
267	ICF-Core-Set	ICF-Core-Set	[75] ICF-Core-Set RPK	
269	ICF-Core-Set RPK	ICF-Core-Set RPK (eigene Anpassung an das Core Set von Herzogsägmühle)	[75] ICF-Core-Set RPK	
272	ICF-Reha-Planung	ICF-Reha-Planung (von Herzogsägmühle)	[75] ICF-Core-Set RPK	
184	AIST-R	ASTR	[67] Allgemeiner Interessen-Struktur-Test mit Umwelt-Struktur-Test (UST-R) - Revision	
218		eigene Kompetenzanalyse	[65] Kompetenzanalyse	Geht auf in Sammel-ID für Kompetenzanalysen
292		Kompetenzanalyse (Eigenentwicklung)	[65] Kompetenzanalyse	Geht auf in Sammel-ID für Kompetenzanalysen
293		Kompetenzanalyse (Reha 2003/alle WfbM 2011)	[65] Kompetenzanalyse	Geht auf in Sammel-ID für Kompetenzanalysen
294		Kompetenzanalyse EV/BBB	[65] Kompetenzanalyse	Geht auf in Sammel-ID für Kompetenzanalysen
295		Kompetenzanalyse u. Förderplanung - geistig behinderte Menschen-	[65] Kompetenzanalyse	Geht auf in Sammel-ID für Kompetenzanalysen
296		Kompetenzanalysebogen	[65] Kompetenzanalyse	Geht auf in Sammel-ID für Kompetenzanalysen
297		Kompetenzbewertungsbögen	[65] Kompetenzanalyse	Geht auf in Sammel-ID für Kompetenzanalysen
298		Kompetenzcheck für das Eingangsverfahren (eigen)	[65] Kompetenzanalyse	Geht auf in Sammel-ID für Kompetenzanalysen
301		Kompetenzprofil Absolventen (Eigenentwicklung 2010)	[65] Kompetenzanalyse	Geht auf in Sammel-ID für Kompetenzanalysen
180		Arbeitsspezifische Qualibausteine - geistig behinderte Menschen-	[59] Eingliederungsplan	Ansätze konkretisieren sich im Eingliederungsplan als Ergebnis. Wesentlicher Handlungsansatz in WfbM

196		Binnendifferenziert	[59] Eingliederungsplan	Ansätze konkretisieren sich im Eingliederungsplan als Ergebnis. Wesentlicher Handlungsansatz in WfbM
224		Eingangs- und Orientierungsbereich	[59] Eingliederungsplan	Ansätze konkretisieren sich im Eingliederungsplan als Ergebnis.
225	Eingangsverfahren	Eingangsverfahren	[59] Eingliederungsplan	Ansätze konkretisieren sich im Eingliederungsplan als Ergebnis.
226		Eingliederungsplan (Reha 2002/ WfbMg 2009)	[59] Eingliederungsplan	Eingliederungsplan-Nennungen werden unter ID 59 gemeinsam betrachtet.
227		Eingliederungsplan gem. HEGA	[59] Eingliederungsplan	Eingliederungsplan-Nennungen werden unter ID 59 gemeinsam betrachtet.
278		Individueller Eingliederungsplan	[59] Eingliederungsplan	Eingliederungsplan-Nennungen werden unter ID 59 gemeinsam betrachtet.
279		Individueller Eingliederungsplan EV/ BBB	[59] Eingliederungsplan	Eingliederungsplan-Nennungen werden unter ID 59 gemeinsam betrachtet.
286		Interne Eingangsdiagnostik (Überarbeitung 2012); Zielgruppe: geistige Behinderung; psych. Erkrankung	[59] Eingliederungsplan	Ansätze konkretisieren sich im Eingliederungsplan als Ergebnis.
327		Modell der binnendifferenzierten beruflichen Bildung (Stufenmodell)	[59] Eingliederungsplan	Ansätze konkretisieren sich im Eingliederungsplan als Ergebnis. Wesentlicher Handlungsansatz in WfbM
401		Testverfahren analog Durchführungskonzept EV	[59] Eingliederungsplan	Ansätze konkretisieren sich im Eingliederungsplan als Ergebnis.
419		Wismarer Kompetenzanalyse 2011	[56] Kasseler Kompetenzanalyse	KKA ist hieraus hervorgegangen
54		Entwicklungsstand/-bericht	[496] Berichte	Geht auf in Sammel-ID für Berichte
381	Sozialbericht	Sozialbericht	[496] Berichte	Geht auf in Sammel-ID für Berichte
389		standardisierte Berichtslegung an Leistungsträger	[496] Berichte	Geht auf in Sammel-ID für Berichte
408		Trägerinterner Verlaufsbericht (seit 2010)	[496] Berichte	Geht auf in Sammel-ID für Berichte
142	Förderplan	Förderplan	[495] Rehabilitationsplanung	Geht auf in Sammel-ID für Rehabilitationsplanung
240	FDP	FDP	[495] Rehabilitationsplanung	Geht auf in Sammel-ID für Rehabilitationsplanung
248	Förderplanung SMART	Förderplanung SMART	[495] Rehabilitationsplanung	Geht auf in Sammel-ID für Rehabilitationsplanung
274		individuelle Bedarfspläne	[495] Rehabilitationsplanung	Geht auf in Sammel-ID für Rehabilitationsplanung
275		individuelle Förder- und Integrationsplanung	[495] Rehabilitationsplanung	Geht auf in Sammel-ID für Rehabilitationsplanung
280		Individueller Förderplan basierend u. a. auf MELBA (BTZ DD- Entw.) seit 2006	[495] Rehabilitationsplanung	Geht auf in Sammel-ID für Rehabilitationsplanung
360		Reha-Planung seit ca. 8 Jahren ICF-basiert	[495] Rehabilitationsplanung	Geht auf in Sammel-ID für Rehabilitationsplanung

361	Rehaplan AB	Rehaplan AB	[495] Rehabilitationsplanung	Geht auf in Sammel-ID für Re- habilitationsplanung
266		ICF- Förderdiagnostik Start 2007	[461] ICF Standardliste BBW	
270		ICF-Entwicklungsbögen "Lernort Wohnen"	[461] ICF Standardliste BBW	
271		ICF-gestützte Leistungs- planung (eigene Liste)	[461] ICF Standardliste BBW	
393	SWN	SWN (Subjektives Wohlbe- finden unter Neuroleptika- behandlung von Prof. Naber)	[455] Subjektives Wohlbefinden unter Neuroleptika (Kurzform)	Zusammenfassung mit der neueren, verbreiteteren Kurz- form
258	Hilfe nach Maß	Hilfe nach Maß Eigenent- wicklung, 2000	[44] Hilfe nach Maß	
354	PZG	PZG (Persönliches Zu- kunftsgespräch)	[42] Persönliche Zukunftsplanung	
87	ABMR	ABMR	[416] allgemeine Vorbefunde	Es handelt sich um eine medi- zinische, rehabilitative Maß- nahme, deren Ergebnisse in der Bedarfsermittlung sog. Vorbe- funde darstellen.
110		Gutachten zur vollen Er- werbsminderung vom Rentenversicherungsträger	[416] allgemeine Vorbefunde	Einbezug über [416] Vorbefunde
411	TL-D	Turm von Hanoi	[405] Turm von London – Deut- sche Version	Turm von London als psycho- metrischer Test basiert auf dem Spiel Turm von Hanoi
91		Arbeitsplatzanforderungs- profil	[396] Tätigkeitsprofil bzw. Arbeitsplatzanforderungsprofil z. B. zum BGSW-Aufnahmebericht (F2152)	
158	(S)-PAC	(S)-PAC (Progressive As- sessment Chart)	[338] Pädagogische Analyse und Curriculum der sozialen und persönlichen Entwicklung	
112		Kompetenzanalyse durch den IFD	[236] Stellungnahme des Integra- tionsfachdienstes	Einbezug über [416] Vorbefunde
391	Stellungnahme	Stellungnahme	[236] Stellungnahme des Integra- tionsfachdienstes	Gemeint ist vermutlich die Stellungnahme des Integra- tionsfachdienstes. Andernfalls handelt es sich um eine unspe- zifische, nicht zuordenbare Nennung.
382		Soziales Atom (BTZ Köln)	[229] Energiekreis (BTZ Köln)	Energiekreis (BTZ Köln) bein- haltet das Soziale Atom.
426	YSR/11-18R	YSR	[199] Deutsche Schulalter- Formen der Child Behavior Checklist von Thomas M. Achenbach	Bestandteil von Deutsche Schulalter-Formen der Child Behavior Checklist von Thomas M. Achenbach
192	Berufseignungs- test	Berufseignungstest	[18] Berufseignungstest	
309	Lesen und Ver- stehen	Lesen und Verstehen Westermann Serie D8/B	[166] Allgemeiner Deutscher Sprachtest	Sektion "Lesen und Verstehen" aus ADST (inzwischen Hogrefe)
46	IHP	IHP	[146] ITP	LWV Hessen führt ITP als neu- es Instrument ein
262		ICF (Versuchsstadium)	[144] ICF	
40	WIE	HAWIE/HAWIE-R	[14] Wechsler Adult Intelligence Scale	Vorgängerversion des WAIS IV Scale
105		Einschaltung technischer Berater	[129] Praxisleitfaden zur Einschaltung des Technischen Bera- tungsdienstes	
465	SCL-90-R	SCL-90 / SCL-90-R	[12] Symptom-Checklist-90®-Standard	

XII.3.2. Unspezifische und nicht identifizierbare Instrumenten-Nennungen

ID	Kurzname	Name Vorstudie	Anmerkung Ausschluss
43	BvB-Maßnahme	BvB-Maßnahme	Es handelt sich um eine Leistung, nicht um ein Instrument zur Bedarfsermittlung.
47	ABE	ABE	Die Nennung ist zu unspezifisch. Arbeits-erprobung und Belastungserprobung werden separat analysiert. Eine stufenweise Wiedereingliederung ist kein Instrument zur Bedarfsermittlung.
101		Checkliste zur Bewilligung von Leistungen zur beruflichen Weiterbildung die in einem BFW durchzuführen sind	Es kann nicht ermittelt werden, welche Checkliste genau gemeint ist.
115	MBO	MBO	Die Nennung ist in diesem Kontext nicht identifizierbar. Hinweis: BGSW, MBOR und ABMR Abschlussberichte (ID 416) wurden einbezogen.
116	MBR	MBR	Die Nennung ist in diesem Kontext nicht identifizierbar. Es handelt sich um eine Leistung innerhalb in einer Phase II-Einrichtung (Medizinisch-Berufliche Rehabilitation). Hinweis: Abschlussberichte werden e
119	Potentialanalyse	Potentialanalyse (zur Klärung der Umsetzung LTA)	
130	TGL 2	TGL 2 (geistig behinderte Menschen)	Es kann kein Instrument identifiziert werden.
144	ICF	ICF	
149	Lerntypentest	Lerntypentest	
150	Mathetest	Mathetest	Allgemeine, zu unkonkrete Nennung, konkrete Mathe-Tests enthalten. Z.B. [153] RT9+
152	Rechtschreibtest	Rechtschreibtest	
161	ABB	ABB	
162	AC soziale Kompetenz	AC soziale Kompetenz	
163	ADHS-Fragebogen	ADHS-Fragebogen	Allgemeine, zu unkonkrete Nennung. Konkrete Aufmerksamkeits-/Konzentrationstests enthalten. Z.B. [72] FAIR-2
169	Aktenanalyse	Aktenanalyse	
170	Analogien	Analogien	
172	AP, AB	AP, AB (Eigenentwicklung 1987 BBW internes Assessment, Zielgruppe: Vorberuflicher Bereich)	
173	Apraxie	Apraxie	
176		Arbeitsbezogene Biografiearbeit	
177		Arbeitsbezogene motorische Testung	
187	Baumzeichnungen	Baumzeichnungen	Projektiver Test, für die BE nicht relevant
188		Bearbeitung päd. Sachtexte AP Arbeitspädagogen	
189	Bedarfsdiagnostik z.	Bedarfsdiagnostik z. B. bei Lernproblemen	
194	Beurteilungsbogen "A	Beurteilungsbogen "Arbeits- und Leistungsverhalten" (entwickelt für psychisch Behinderte)	Instrument war nicht zu identifizieren und daher nicht beschaffbar.

195	Beurteilungsbogen de	Beurteilungsbogen des FFH für extramurale Belastungsproben seit 2009	Der konkrete Beurteilungsbogen war nicht identifizierbar, das Thema Belastungsproben wird aber in Kapitel 6 des Basis-konzepts ausführlich behandelt.
200		Coachingsystem Integration Arbeitsmarkt - geistig behinderte Menschen-	
202		Deutsch-Eignungstest Eigenentwicklung, 1991	Deuschtests enthalten. Z.B. [166] ADST
203		Deutsch-Test, hausintern, ca. 2000, Vollausbildung	Deuschtests enthalten. Z.B. [166] ADST
204		Deutsch-Test, hausintern, ca. 2000, Helferberufe	Deuschtests enthalten. Z.B. [166] ADST
205	DGT	Deutschgrundlagen (DGT) Eigenentwicklung zur Feststellung Entwicklungsstand Kulturtechniken	Deuschtests enthalten. Z.B. [166] ADST
206	Deuschtest	Deuschtest	Deuschtests enthalten. Z.B. [166] ADST
208	Diagnostikbogen SMB	Diagnostikbogen SMB (schwerst mehrfach Behinderter) ca. 2007 vom Fachverband Behindertenhilfe Diakonie	
211		diverse berufsbezogene Kenntnistests	
212		diverse weitere Verfahren in Einzelfällen	
214		Dokumentation der Bildungsbegleitung	
216	EA, BvB	EA, BvB (Eigenentwicklung 1987 BBW internes Assessment, Zielgruppe: Vorberuflicher Bereich)	
219		eigene Selbst- und Fremdeinschätzungsbögen	
220		Eigene Unterlagen nach Maßgabe der Kostenträger	
221		Eigenentwicklung aktualisiert Nov. 2012	
222		Eigenes Instrument in Anlehnung an Osnabrücker Arbeitsfähigkeitsprofil O-AFP und MELBA (2005)	
223		Eine auf unsere Arbeitserfordernisse zugeschnittene Variante von Profil AC	
228		Einschätzung der Entwicklung der berufl. Handlungskompetenz, 2000, Auszubildende	
230		ergotherapeutische Diagnostik	
231		Ergotherapeutischer Test	
235		Explorationsbogen soz.päd. Anamnese 2005	
237	Fähigkeitsanalyse EV	Fähigkeitsanalyse EV - geistig behinderte Menschen-	Das Thema Eingangsverfahren wird aber in Kapitel 6 des Basiskonzepts ausführlich behandelt.
238		Fähigkeitsbeschreibung. Eigenentwicklung	
239	FCE Verfahren	FCE Verfahren	Es handelt sich um einen Überbegriff. Konkrete FCE-Verfahren sind z.B. [9] EFL, [19] ERGOS oder [466] ELA.
242		Feststellung Hörstatus	
249	FIL	Fragebogen individueller Lebensführung (FIL)	
253		gesunder Menschenverstand	
261	Hörtest	Hörtest	
263		ICF für den Bereich Schwerstmehrfachbehindert	

264		ICF orientierte Befunderhebung (Eigenentwicklung) berufspraktischer Kompetenzen im Verlauf von Feststellungsmaßnahmen (AP, BvB, EA)	
265		ICF orientierte Befunderhebung (Eigenentwicklung) personaler, sozialer und lebenspraktischer Kompetenzen im Verlauf von Feststellungsverfahren (AP, Bv	
276		individuelle sachspezifische Rahmenpläne 2012	
277		individuelle, praxisorientierte, z.T. situationsbezog. Feststellung des Unterstützungsbedarfes Personen mit Lern+ geistiger Behinderung	
282	Integrationsplan	Integrationsplan (Eigenentwicklg.) alle TN in der Ausbildung 2010	
283	Intelligenztests	Intelligenztests	Allgemeine, zu unkonkrete Nennung. Konkrete Intelligenztests enthalten. Z.B. [14] WAIS IV
284	Interessentest	Interessentest (Selbstentwicklung 2011, für psychisch Behinderte)	
285	Interessentests	Interessentests	
287		Interner Schultest 2002/ BvB+Reha-Ausb.	
288		internes Case-Management	
289		Kenntnistest DV, Englisch (Eigenentwicklung: DV zuletzt aktualisiert 2012, Englisch ca. 2008)	
299		Kompetenzmerkmale IS+ Ausbildung/Schule/sozpäd/ 2011	
300		Kompetenzmodule Schule-Berufseinstieg	
302	Konzentrationstests	Konzentrationstests	Allgemeine, zu unkonkrete Nennung. Konkrete Aufmerksamkeits-/Konzentrationstests enthalten. Z.B. [72] FAIR-2
306		langjährige Berufserfahrung	
308	Lernmodule/Tests	Lernmodule/Tests	
312	Lückendiktat	Lückendiktat	
313	Malen	Malen (Diagnostik u. Therapie)	
318	Mathe-Eignungstest	Mathe-Eignungstest Eigenentwicklung 1991	Allgemeine, zu unkonkrete Nennung. Konkrete Mathe-Tests enthalten. Z.B. [153] RT9+
319	Mathe-Test	Mathe-Test, hausintern, ca 2000, Helferberufe	Konkrete Mathetests enthalten. Z.B. [153] RT9+
320	Mathe-Test	Mathe-Test, hausintern, ca 2000, Vollausbildung	Konkrete Mathetests enthalten. Z.B. [153] RT9+
321	Mathe Test	Mathe Test	Allgemeine, zu unkonkrete Nennung. Konkrete Mathe-Tests enthalten. Z.B. [153] RT9+
322	MGT	Mathegrundlagen (MGT) Eigenentwicklung zur Feststellung Entwicklungsstand Kulturtechniken	Konkrete Mathetests enthalten. Z.B. [153] RT9+
323	MEB	MEB (seit 2002) Modulares Entwicklungssystem für Beschäftigte	
333		Neuroorthopädische Untersuchung	
334		Neuropädagogische Diagnostik	
335		Neuropsychologische Diagnostik	

339	Planungsaufgabe	Planungsaufgabe (Hirnleistungsdiagnostik)	Allgemeine, zu unkonkrete Nennung. Ähnliches, konkretes Instrument z.B. [438] O-P-A
340	Pleggt	Pleggt (Erfassung aller Klienten außerhalb Klifd (Verfahren)) seit 2012	
345		prognostische Stellungnahmen	
346		Prozessanalyse nach definierten Standards	
355		Rahmenbedingungen (BTZ Köln)	
356		Räumliches Vorstellen	
358	Rechentest (intern)	Rechentest (intern)	Allgemeine, zu unkonkrete Nennung. Konkrete Mathetests enthalten. Z.B. [153] RT9+
359	Rechnen	Rechnen (Grund/Angewandt)	Allgemeine, zu unkonkrete Nennung. Konkrete Mathetests enthalten. Z.B. [153] RT9+
364	SAF	SAF	
365	Sandspiel	Sandspiel (Diagnostik + Therapie)	
366	Saumschneide	Saumschneide	
367	SBT	SBT (Stressbewältigungstraining)	
368	Schulleistungstest	Schulleistungstest	
369	Sehtest	Sehtest	
370		selbst entwickelter Rechentest, 2010, für Menschen mit Hör- und Sprachbehinderung	Allgemeine, zu unkonkrete Nennung. Konkrete Mathetests enthalten. Z.B. [153] RT9+
371		Selbst- und Fremdeinschätzung	
372		Selbst- und Fremdeinschätzung (Eingliederungsplan, Hilfeplan, Bildungsplan)	Das Anwenden von Selbst- und Fremdeinschätzungen wird im Basiskonzept behandelt.
373		Selbstbeurteilungsbogen, Lernbehinderte, 2012	
375		Selbsteinschätzungsbogen zu Arbeitsfähigkeiten (2007)	
377		selbstenwickelter Englischtest für Menschen mit Hör- und Sprachbehinderung	
378		selbstenwickelter Sprachtest für Menschen mit Hör- und Sprachbehinderung	
383		Spezielle leitlinienorientierte ADHS-Diagnostik	Allgemeine, zu unkonkrete Nennung. Konkrete Aufmerksamkeits-/Konzentrationstests enthalten. Z.B. [72] FAIR-2
384		Spezielle leitlinienorientierte Autismusdiagnostik	
385		spezifische, eigene Tests zur Erhebung berufsspezifischer Kenntnisse	
386	Sprachuntersuchung	Sprachuntersuchung	
387		Standard Anamnesebogen	
388		standardisierte Analyse (2003)	
390		Standortanalyse(beruflich)	
395		systematische Bedarfsanalyse	
399		Testbatterie Psychol.- D (Parallelformen exist.)Testbatterie für hörgeschädigte Jugendliche	Nennung konnte nicht identifiziert werden. Für psychometrische Tests enthalten
400		Tests zur Eingangsdagnostik	

402		theoretischer Eingangstest (BvB, Ausbildungsbeginn, Aufstiegsförderung)	
409	TSS	TSS	Mit der Abkürzung konnte kein Instrument identifiziert werden
412		Überprüfung der kulturtechnischen Kompetenzen	
413	Vermittlungsgruppe	Vermittlungsgruppe	
414	Verständiges Lesen	Verständiges Lesen	
418	Werkprofile	Werkprofile	
421	Wörl	Wörl	
422	Wortliste	Wortliste	

XII.3.3. Ausschluss aufgrund anderer Gründe

ID	Kurzname	Name Vorstudie	Anmerkung Ausschluss
3	DELTA	DELTA	PC-Software des BPS der BA und selbst kein Instrument zur Ermittlung von Bedarf.
17	HMB-W/-T	HMB-W/-T	Kein Instrument: Dient der Einteilung von Menschen in Hilfebedarfsgruppen zur Abrechnung bei Reha-Trägern.
77	Klifd	Klifd	Kein Instrument: Es handelt sich um eine Software zur Dokumentation
94		Auswertung von Antragsunterlagen, Gutachten und Entlassungsberichten der Reha-kliniken	Die Arbeitsweise wird über die einschlägigen Arbeitsprozesse der RV abgebildet. Die Arbeitsmittel (Antrag, Gutachten und Vorbefunde) haben jeweils eigene IDs (6,86,88,416)
95	BELA	BELA	Das Instrument konnte nicht beschafft werden. Im Zuge der Analyse der Handlungskonzepte der Reha-Träger hat sich die Relevanz der Nennung nicht weiter bestätigt. Das Thema Belastungserprobung wird aber in
98	BHP Zielgruppe: PK/S	BHP Zielgruppe: PK/Sucht	Ergänzungsbogen Vorgeschichte/Sucht wird berücksichtigt durch (ID 146, bzw. umfassenden Gesamtplan).
100	BORIS	BORIS	Veraltetes Verfahren. Neu: BORA
102	COMED	COMED (BA)	PC-Software des Ärztlichen Diensts der BA und selbst kein Instrument zur Ermittlung von Bedarf.
103	Daten zur schulische	Daten zur schulischen/beruflichen Entwicklung	Es handelt sich nicht um ein eigenes Instrument.
109	Fremdgutachten	Fremdgutachten	Für psychologische Gutachten: s. [494] psychologische Gutachten und psychometrische Tests enthalten. Für ärztl. Gutachten: s. [6] Ärztliche Gutachten
111	Informationsveransta	Informationsveranstaltung in (Förder-) Schulen	Kein Instrument: Zählt zur Bedarfserkennung, nicht zur Bedarfsermittlung.
117	MOIN	MOIN	Das Instrument konnte nicht beschafft werden. Im Zuge der Analyse der Handlungskonzepte der Reha-Träger hat sich die Relevanz der Nennung nicht weiter bestätigt.
120	Profil-Reha (BNW)	Profil-Reha (BNW)	Das Instrument konnte nicht beschafft werden. Im Zuge der Analyse der Handlungskonzepte der Reha-Träger hat sich die Relevanz der Nennung nicht weiter bestätigt.
122	PSU	PSU	In der Bedarfsermittlung relevant. Sie werden durch psychologische Gutachten (ID 494) und psychometrische Tests abgebildet.
123		Psychologische Testung	In der Bedarfsermittlung relevant. Sie werden durch psychologische Gutachten (ID 494) und psychometrische Tests abgebildet.

124		Psychologische Testverfahren	In der Bedarfsermittlung relevant. Sie werden durch psychologische Gutachten (ID 494) und psychometrische Tests abgebildet.
125		Psychologische Untersuchung	In der Bedarfsermittlung relevant. Sie werden durch psychologische Gutachten (ID 494) und psychometrische Tests abgebildet.
126		Psychologische Untersuchung AA	In der Bedarfsermittlung relevant. Sie werden durch psychologische Gutachten (ID 494) und psychometrische Tests abgebildet.
131		Angaben aus psychologischen Gutachten der BA	In der Bedarfsermittlung relevant. Sie werden durch psychologische Gutachten (ID 494) und psychometrische Tests abgebildet.
191	BEB	Berliner Entwicklungsbogen Reha-Jugendliche (BEB)	BEB wird nicht mehr eingesetzt.
209	DIK II	DIK II (Syntegral)	Veraltetes Klassifikationssystem
247		Förderdiagnostik Rechenschwäche auf Basis Bamberger Dyskalkuliediagnostik+AFS	Siehe ID 168 (AFS) und ID 474 (BADYS)
251	GAB seit 2002	GAB seit 2002	Es handelt sich um ein QM-Instrument.
252		GBM Verfahren nach dem BeB	Kein Instrument: Software zur Qualitätssicherung und -gestaltung in sozialen Einrichtungen.
255	Gutachten Dritter	Gutachten Dritter	Für psychologische Gutachten: s. [494] psychologische Gutachten und psychometrische Tests enthalten. Für ärztl. Gutachten: s. [6] Ärztliche Gutachten
290	KIM-Test	KIM-Test	Kein Bezug zur Bedarfsermittlung
291	KOMBI	KOMBI-Bildungssystem für kompetenzorientierte berufliche Bildung (2008) für Menschen mit geistiger und seelischer Behinderung	Es handelt sich um ein Projekt, nicht um ein Instrument zur Bedarfsermittlung.
303	Kreisbild Arbeit	Kreisbild Arbeit (BTZ Köln)	Es handelt sich nicht um ein eigenständiges Instrument zur Bedarfsermittlung.
304	KT RS/R	KT RS/R	Veralteter Test, der inzwischen nicht mehr im Einsatz ist.
348	PSEU	PSEU (Psychologische Eignungsuntersuchung)	In der Bedarfsermittlung relevant. Sie werden durch psychologische Gutachten (ID 494) und psychometrische Tests abgebildet.
349		Psychol. Differentialdiagnostik	In der Bedarfsermittlung relevant. Sie werden durch psychologische Gutachten (ID 494) und psychometrische Tests abgebildet.
350		Psychol. Konzentrationstest	In der Bedarfsermittlung relevant. Sie werden durch psychologische Gutachten (ID 494) und psychometrische Tests abgebildet.
351		psychologische Testverfahren	In der Bedarfsermittlung relevant. Sie werden durch psychologische Gutachten (ID 494) und psychometrische Tests abgebildet.
352		Psychometrische Testungen	In der Bedarfsermittlung relevant. Sie werden durch psychologische Gutachten (ID 494) und psychometrische Tests abgebildet.
363	Rupp-Wabentest	Rupp-Wabentest	Die für eine Analyse notwendigen Unterlagen waren nicht beschaffbar. Der Rupp-Wabentest ist jedoch auch im Begabungstestsystem (ID 197) enthalten.
406	TMS	TMS	Kein Instrument: Es handelt sich um eine Software zur Dokumentation.

XII.3.4. Ausschluss aufgrund fehlender abschließender Bewertbarkeit

ID	Kurzname	Langname
44	Hilfe nach Maß	Hilfe nach Maß
56	KKA	Kasseler Kompetenzanalyse
57	ATBG	Aachener Testverfahren zur Berufseignung von Gehörlosen (ATBG)
157	VISAB	Vocational Intelligence Scale for the Adult Blind
198	Budenberg	Budenberg (Menschen mit Lernbehinderung)
213	DLM	Detmolder Lernwege Modell
229	Energiekreis	Energiekreis (BTZ Köln)
232		Erhebungsbogen Übergang Schule-Beruf
392	STEVE 2012 BBB/ EV	STEVE 2012 BBB/ EV
482	planet-beruf.de	planet-beruf.de

XII.4. Übersicht der im Rahmen des Projektes betrachteten Instrumente nach Gruppen

XII.4.1. Einzelinstrumente

ID	Kurzname	Langname
1	HAMET 2	Handwerklich-motorischer Eignungstest
2	MELBA	Psychologische Merkmalprofile zur Eingliederung Behinderter in Arbeit
5	d2-R	Test d2 Revision Aufmerksamkeits- und Konzentrationstest
7	I-S-T 2000 R	Intelligenz-Struktur-Test 2000 R
8	CFT 20R mit WS/ZF-R	Grundintelligenztest Skala 2 - Revision (CFT 20-R) mit Wortschatztest und Zahlenfolgentest
9	EFL	Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit
10	IMBA	IMBA
11	Profil AC	Kompetenzanalyse Profil AC
12	SCL-90-S	Symptom-Checklist-90®-Standard
14	WAIS IV	Wechsler Adult Intelligence Scale
15	AVEM	Arbeitsbezogenes Verhaltens- und Erlebensmuster
16	LPS	Leistungsprüfsystem
18	BET	Berufseignungstest
19	ERGOS	ERGOS® Work Simulator
20	BDI-II	Beck Depressions-Inventar Revision
21	DASH	Disabilities of the Arm, Shoulder And Hand
22	FPI-R	Freiburger Persönlichkeits-Inventar
25	IDA	Instrumentarium zur Diagnostik von Arbeitsfähigkeiten
26	SPM	Standard Progressive Matrices
27	WTB	Werdenfelser Testbatterie zur Messung kognitiv-intellektueller Fähigkeiten bei Menschen mit Behinderung
31	SF-36	Fragebogen zum Gesundheitszustand
32		Karlsruher Profilverfahren
33	WIT-2	Wilde Intelligenztest 2
36	MTVT	Medizinisch-technischer Verständnistest
37	ZVT	Der Zahlen-Verbindungs-Test
41	MWT-B	Mehrfachwahl-Wortschatz-Intelligenztest
42	PZP	Persönliche Zukunftsplanung
49	WOMAC	WOMAC Osteoarthritis Index
50	ABAT-R	Revidierter Allgemeiner Büroarbeitstest
51	AZUBI-BK	Arbeitsprobe zur Berufsbezogenen Intelligenz
53	DRT	Diagnostischer Rechtschreibtest für 1. Klassen
55	PSB-R 6-13	Prüfsystem für Schul- und Bildungsberatung für 6. bis 13. Klassen - revidierte Fassung
58	BSI	Brief Symptom Inventory
60	FRT	Figure Reasoning Test
61	KVT	Konzentrations-Verlaufs-Test
62	RT	Rechtschreibungstest
63	ZERA	Zusammenhang zwischen Erkrankung, Rehabilitation und Arbeit
64	IST-Screening	Intelligenz Strukturtest Screening
65		Kompetenzanalyse
66		Würzburger Screening
67	AIST-R	Allgemeiner Interessen-Struktur-Test mit Umwelt-Struktur-Test (UST-R) - Revision

69	Benton Test	Benton Test
70	BIP	Bochumer Inventar zur Berufsbezogenen Persönlichkeitsbeschreibung
71	BRT	Berufsbezogener Rechentest
72	FAIR-2	Frankfurter Aufmerksamkeitsinventar
73	FWIT	Farbe-Wort-Interferenztest
74	HSP 5-10	Hamburger Schreibprobe (5-10)
75	ICF-Core-Set RPK	ICF-Core-Set RPK
76	ISK	Inventar Sozialer Kompetenzen
78	LGT 3	Lern- und Gedächtnistest
79	Mini-ICF-APP	Mini-ICF-Rating für Aktivitäts- und Partizipationsbeeinträchtigungen bei psychischen Erkrankungen
80	O-AFP	Osnabrücker Arbeitsfähigkeitenprofil
81	Profilpass	Profilpass - Ressourcenorientierte Beratung für Bildung und Beschäftigung
82	PSSI	Persönlichkeits-Stil- und Störungsinventar
83	RST-ARR	Rechtschreibtest - Aktuelle Rechtschreibregelung
84	SKT	Kurztest zur Erfassung von Gedächtnis- und Aufmerksamkeitsstörungen
85	SVF	Stressverarbeitungsbogen
86	VLMT	Verbaler Lern- und Merkfähigkeitstest
106	EQ-5D	EQ-5D
108	FFbH-R	Funktionsfragebogen Hannover
113	LMI	Leistungs-Motivationsinventar
118	PILE Test	Progressive Isoinertial Lifting Evaluation
128	SIBAR	Screening Instrument Beruf und Arbeit in der Rehabilitation
132	AZUBI-TH	Arbeitsprobe zur berufsbezogenen Intelligenz
134	BIT II	Berufs-Interessen-Test
135	B-T	Büro-Test
136	Cogpack	Cogpack
137	CPM	Coloured Progressive Matrices
138	CPT	Continuous Performance Test
139	DISYPS-II	Diagnostik-System für psychische Störungen nach ICD-10 und DMS-IV für Kinder und Jugendliche - II
140	EXPLORIX	EXPLORIX
145		ICF-Checkliste (WHO)
147	KLT-R	Konzentrations-Leistungs-Test - Revidierte Fassung - kukuk plus - Ein Bildungsangebot für Menschen mit Lernschwierigkeiten zur Erweiterung der beruflichen
148	Kukuk	
151	Memo-Test	Memo-Test
153	RT 9+	Rechentest 9+
154	SKID-II	Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV
155	SLS 5-8	Salzburger Lese-Screening für die Klassenstufen 5-8
156	TAP	Testbatterie zur Aufmerksamkeitsprüfung
159		16 PF Persönlichkeitsfragebogen
160	Aapep	Entwicklungs- und Verhaltensprofil für Jugendliche und Erwachsene (Förderung autistischer und entwi
164	ADHS-E	ADHS-Screening für Erwachsene
165	ADS	Allgemeine Depressionsskala
166	ADST	Allgemeiner Deutscher Sprachtest
167	APM	Advanced Progressive Matrices
168	AFS	Angstfragebogen für Schüler

171	MDE 1+2	Merken Denken Erinnern - Kognitives Training nach der Stengel-Methode (Band 1 und 2)
174	ARA	Abensberger Rechentest zur Feststellung der Ausbildungsseignung
175		Arbeitsanamnese (BTZ Köln)
186	BAS	Brief Alzheimer Screening
190	bEO	bEO-berufliche Erfahrung und Orientierung
193	Berufskompass.at	Berufskompass.at
197	BTS	Begabungstestsystem
199	CBCL	Deutsche Schulalter-Formen der Child Behavior Checklist von Thomas M. Achenbach
201	DCS-II	Diagnosticum für Cerebralschädigung II
207	DFT	Differentieller Fähigkeitstest
210	DIPS	Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen
215	DRE 3	Diagnostischer Rechentest für 3. Klassen
233	Ertomis	Ertomis
234	ESI	Eppendorfer Schizophrenie Inventar
241	FEPA	Fragebogen zur Erfassung von Empathie, Prosozialität, Aggressionsbereitschaft und aggressivem Verhalten
243	FKK	Fragebogen zu Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen
244	FLM 7-13	Fragebogen zur Leistungsmotivation für Schüler der 7. bis 13. Klasse
245	FLT	Form-Lege-Test
246	LRS	LRS-Legasthenie: Aus Fehlern wird man klug. Förderdiagnostik auf der Basis freier Texte
250	FEW	Frostigs Entwicklungstest der visuellen Wahrnehmung
254	GT-II	Der Gießen-Test – II
257	HRT 1-4	Heidelberger Rechentest
259	HiPro	HiPro - Hildesheimer Prozessassessment
260	HASE	Homburger ADHS-Skalen für Erwachsene
268		ICF-Core-Set Berufliche Reha
273		ICF-Screening icf:btz
281	INKA	Inventar komplexer Aufmerksamkeit
307		Leipziger Modell (2005)
310	LFP	Lübecker Fähigkeitenprofil
311	LGVT 6-12	Lesegeschwindigkeits- und -verständnistest für die Klassen 6-12
314	Mann-Zeichen-Test	Mann-Zeichen-Test
315	MIT	Mannheimer Intelligenztest
316	M-R-T	Mannheimer Rechtschreibtest
317	MAST-Test	Manual Abilities Scanning Test, Test zur Ermittlung manueller Geschicklichkeiten
324	Mini DIPS	Diagnostisches Kurz-Interview bei psychischen Störungen
325	MIT- Modularisierte	MIT- Modularisierte ICF basierte Hilfeplanung- 2009 in wissenschaft. Begleitung der CAU Kiel entwickelt
326	MLS	Motorische Leistungsserie
328	MPT-J	Mehrdimensionaler Persönlichkeitstest für Jugendliche
329	MTP	Mannheimer Test zur Erfassung des physikalisch-technischen Problemlösens
330	MMG	Das Multi-Motiv-Gitter für Anschluss, Leistung und Macht
331	NEO-FFI	NEO-Fünf-Faktoren-Inventar nach Costa und Mc Crae
332	NEO-PI-R	NEO-Persönlichkeitsinventar nach Costa und McCrae
336	ICF AT-50 Psych	ICF AT-50 Psych Manfred Nosper
337	VLT/NVLT	Verbaler und Nonverbaler Lerntest
338	PAC	Pädagogische Analyse und Curriculum der sozialen und persönlichen Entwicklung

353	PTV	Ein Test zur Untersuchung des praktisch-technischen Verständnisses
357	RBMT	Rivermead Behavioral Memory Test
362	SABET 8+	Schulabschluss- und Berufseintrittstest von Horn et al.
374		Selbsteinschätzung/Fremdeinschätzung (BTZ Köln)
379		Screening Instrument zur Feststellung des Bedarfs an Medizinisch Beruflich Orientierten Maßnahmen in
380	SON-R 5½-17	Non-verbaler Intelligenztest
397		TEACCH-Förderdiagnostik
398	WMS IV	Wechsler Memory Scale "Logisches Gedächtnis"
404	TIPI	Trierer Integriertes Persönlichkeitsinventar
405	TL-D	Turm von London – Deutsche Version
407	TPF	Trierer Persönlichkeitsfragebogen
410	TÜLUC	Tübinger Luria-Christensen -- Neuropsychologische Untersuchungsreihe
415	VVM	Visueller und Verbaler Merkfähigkeitstest
417	WCST	Wisconsin Card Sorting Test
420	WMT-2	Wiener Matrizen-Test
425	WRT 6+	Westermann Rechtschreibtest 6+
428	ZAREKI-R	Testverfahren zur Dyskalkulie
429	ZLT II	Zürcher Lesetest
430	Plus	Talente bei der Hamburger Arbeitsassistenten -Ein Angebot zur Förderung von Frauen mit Lernschwierigkeiten
434	U-Form-Tests	U-Form-Tests
435	Health 49	Hamburger Module zur Erfassung allgemeiner Aspekte psychosozialer Gesundheit f. d. therap. Praxis
436	FERUS	Fragebogen zur Erfassung von Ressourcen und Selbstmanagementfähigkeiten
437	die.IMPULS	die.IMPULS
438	O-P-A	Organisation und Planung eines Ausflugs
439	JAS	Job-Angst-Scala
440	ADP IV	Fragebogen zur Erfassung von DSM IV Persönlichkeitsstörungen von Renn et al.
443		Der große Berufswahltest
444	BPI	Borderline-Persönlichkeits-Inventar
445	FAMOS	Fragebogen zur Analyse Motivationaler Schemata
446	FBS	Frankfurter Befindlichkeitsskala
447	FIE	Fragebogen Irrationaler Einstellungen
448	FLZ	Fragebogen zur Lebenszufriedenheit
449	IBES	Inventar berufsbezogener Einstellungen und Selbsteinschätzungen
450	IBF-S	Intelligenz-Basis-Faktoren
451	IREPRO	IREPRO Indikatorenliste zur sozialmedizinischen Bewertung
452	MMPI 2	Minnesota Multiphasic Personality Inventory
453	RCFT	Rey Complex Figure Test and Recognition Trial
455	SWN-K	Subjektives Wohlbefinden unter Neuroleptika (Kurzform)
456	VEV	Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens
457	TMT A+B	Trail Making Test
458	WEIS	Work Environment Impact Scale
459	WIR	Worker Role Interview
460	HADS-D	Hospital Anxiety and Depression Scale - Deutsche Version
461		ICF Standardliste BBW
466	ELA	Einschätzung körperlicher Leistungsfähigkeiten bei arbeitsbezogenen Aktivitäten

467		Mathematiktest für Ausbildung und Beruf
468	BAI	Beck-Angst-Inventar
470	KABC-II	Kaufman Assessment Battery for Children - II
471	WNV	Wechsler Nonverbal Scale of Ability
472	SWE	Skala zur Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung
473	NRW. Talentkompass	Talentkompass NRW. Fähigkeiten und Interessen erkennen und einsetzen.
474	BADYS	Bamberger Dyskalkulie und Förderdiagnostik
475	Bremer Stärken Check	Bremer Stärken Check - Kompetenzfeststellung in der Berufsorientierung, Sekundarstufe I
477	IGD	Inventar zur Gedächtnisdiagnostik
478	NET	Neglect-Test - Ein Verfahren zur Erfassung visueller Neglectphänomene
479	SLP	SLP- Standardisierte Link'sche Probe
480	FAKT-II	Frankfurter Adaptiver Konzentrationsleistungs-Test II
483	HLT	Hirnleistungstraining Fresh Minder
485	Cogniplus	Cogniplus
486	RehaCom	RehaCom - Computergestützte Kognitive Rehabilitation
487	Cognitrone (COG)	Cognitrone (COG)
497	KoBelA	Kompetenzen und Belastungen am Arbeitsplatz

XII.4.2. Handlungskonzepte

ID	Kurzname	Langname
4	Reha-Management	Das Reha-Management der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung – Handlungsleitfaden –
6		Ärztliche Untersuchung/Begutachtung
24	Kassys	Kasseler Systemhaus
28	4 Phasen-Modell	Das arbeitnehmerorientierte Integrationskonzept der Bundesagentur für Arbeit (SGB II und SGB III)
39	Gesamtplanverfahren	Anwendermanual für die Erstermittlung und Bedarfsfeststellung bei Leistungen zur individuellen Lebensgestaltung in stationären Einrichtungen
88	Antragsformulare DRV	Antragsformulare (G0100 und G0130) und ärztlicher Befundbericht zum Rehabilitationsantrag
127	QUASI	Handbuch zur Qualitätssicherung in den Technischen Beratungsdiensten der Integrationsämter
129	Technischer Beratung	Praxisleitfaden zur Einschaltung des Technischen Beratungsdienstes
185	Auftragsgutachten RPK	Auftragsgutachten RPK, Gutachterliche Stellungnahme
236		Stellungnahme des Integrationsfachdienstes
396	Tätigkeitsprofil	Tätigkeitsprofil bzw. Arbeitsplatzanforderungsprofil z. B. zum BGSW-Aufnahmebericht (F2152)
403	THP	Teilhabeplan
416	Vorbefunde	allgemeine Vorbefunde
462	LuV	Leistungs- und Verhaltensbeurteilung
463	VFS-LTA	Versicherten-Fragebogen zur Selbsteinschätzung (G4518)
494	Psych. GA	Psychologische Gutachten
498	Handlungskonzept LTA	Position der Gesetzlichen Unfallversicherung zu Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben
499	Handlungskonzept Persönliches Budget	Persönliches Budget – Handlungsleitfaden –
500	Reha-Plan	Persönlicher Reha-Plan; Persönliche Angaben zur Reha-Planung (J2100 J2110)
501	Selbstauskunft Werdegang	Angaben zur Person/schulischer und beruflicher Werdegang (V3200)

502	Teilhabeplan	Teilhabeplan (J9400) inkl M9400,M9402 (Mitteilungen über die Versendung)
503		DGUV Job
504	Anmeldebogen	Anmeldebogen Berufsberatung Reha/SB, Muster Regionaldirektion Rheinland-Pfalz durch Eltern/Schüler und Mitwirkung der Schule
505	Antrag LTA	Antrag auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben
506	Selbstauskunft Gesundheit	Gesundheitsfragebogen für Erwachsene zur Vorbereitung einer Begutachtung durch den ÄD (Aushändigung durch Vermittler/Berater)
507	Leitfaden LTA	Leitfaden „Teilhabe am Arbeitsleben für behinderte Menschen (berufliche Rehabilitation – Fachliche Hinweise Stand: 01/2010)
508	Arbeitshilfe Einschaltung ÄD	Praxisleitfaden zur Einschaltung des Ärztlichen Dienstes im Bereich des SGB II und des SGB III
509	Arbeitshilfe Einschaltung BPS	Praxisleitfaden zur Einschaltung des Berufspsychologischen Service im Bereich SGB II und SGB III
510		Fachkonzept „Berufseinstiegsbegleitung“
511		Befundbericht für den Ärztlichen Dienst der Bundesagentur für Arbeit
512	Beratungskonzeption	Beratungskonzeption der Bundesagentur für Arbeit - Grundlagen
513	Arbeitsmarktanalyse	Arbeitsmarkt in Zahlen /Arbeitsmarktreport
514	Fachkonzept WfbM	Fachkonzept WfbM
515	sozialmedizinische Begutachtung	Leitlinien zur Rehabilitationsbedürftigkeit für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben
516	Rahmenkonzept LTA	Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung
517	Befundbericht	Ärztlicher Befundbericht für Erkrankungen des Stützapparates und Bewegungsapparates zum Antrag auf Leistungen zur Rehabilitation (G1092 SB)
518	Befundbericht	Ärztlicher Befundbericht zum Antrag auf Leistungen zur Rehabilitation (G 1089 SB)
519		Leistungsbeurteilung durch den sozialmedizinischen Dienst (G 3013 SB)
520	Konzept Begleitende Hilfen	Ziele und Leitsätze für die Durchführung der Begleitenden Hilfe gem. § 102 SGB IX
521	Antrag	Antrag auf Leistungen nach dem SGB IX, i. V. m. der SchwbAV
522	Befragung Vorstellungen	So möchte ich leben! Selbstauskunft im Rahmen der Eingliederungshilfe
523	Befragung Ist-Situation	Erstermittlung des Bedarfs in der individuellen Lebensgestaltung im Bereich "Gestaltung des Tages"
524	Befragung Tagesablauf	Ermittlung des Bedarfs in der Gestaltung des Tages

XII.4.3. Arbeitsansätze bei Leistungserbringern

ID	Kurzname	Langname
23	Prozessprofilung	Prozessprofilung
29		Berufsfindung/Arbeitserprobung
30	DIA-AM	Diagnose der Arbeitsmarktfähigkeit besonders betroffener behinderter Menschen
38	Arbeitserprobung	Arbeitserprobung
48	Prozess-Profilung	Prozess-Profilung
89		Arbeits- und Belastungserprobung
90		Arbeitserprobung und Berufsfindung (Feststellung "Eignung" und "Neigung", d. h. Intelligenz, Persönlichkeit, Interessen)
92	Assessmentverfahren	Assessmentverfahren
93	Assessmentverfahren	Assessmentverfahren in Berufsförderungswerken
96	Berufsfindung	Berufsfindung
97	Betriebspraktikum	Betriebspraktikum
99	BOA	Beruflich orientiertes Assessment im Rahmen der medizinischen Rehabilitation
104	Eignungsabklärung	Eignungsabklärung im Rahmen von Berufsfindungsmaßnahmen

114		Maßnahme im Sinne Reha-Assessment Center
121	Profiling	Profiling
143	Genogramm	Genogramm
178	Arbeitserprobung	Arbeitserprobung (im konkreten Tätigkeitsfeld)
179	Arbeitserprobung	Arbeitserprobung intern & extern
181	Assessment	Assessment
182	Assessment Wohnen	Assessment Bereich Wohnen
183		Assessment für Erwachsene 2006
217		eigene Eingangstestung
256		Hauseigenes Assessment
305		Kurz+Langzeitpraktika
341		Praktikumsbeurteilung (Eigenentwicklung 2010)
342		praktische Arbeitsproben
343	Profilbogen	Profilbogen
344	Profilbogen (Schüler	Profilbogen (Schüler BI)
347	Prozessprofiling	Prozessprofiling (Eigenentwicklg.) alle TN in der Ausbildung 2010
376	Selbstentwickelte AC	Selbstentwickelte Assessmentcenter
394	Systematische Arbeit	Systematische Arbeitsproben

XII.4.4. Instrumente der Bedarfsermittlung in der Eingliederungshilfe

ID	Kurzname	Langname
45	IBRP	Integrierter Behandlungs- und Rehabilitationsplan
59	Eingliederungsplan	Eingliederungsplan
146	ITP	ITP
489	IHP 3.1	Individuelle Hilfeplanung 3.1

XII.4.5. Berichte

ID	Kurzname	Langname
495	Reha-Planung	Rehabilitationsplanung
496	Berichte	Berichte

XII.4.6. Gesprächs- und beobachtungsbasierte Ansätze

ID	Kurzname	Langname
13	Beratungen	Beratungen
35	Gespräche	Gespräche
52	Beobachtung	Beobachtung
68	Befragungen	Befragungen
133	Bildungskonferenz	Bildungskonferenz
141	Fallbesprechungen	Fallbesprechungen

XII.5. Übersicht zum strukturellen Aufbau der Analyseraster zu den Instrumentengruppen

Psychometrische Einzelinstrumente	Nicht-psychometrische Einzelinstrumente	Handlungskonzepte von Reha-Trägern
ID	ID	ID
Titel des Instruments	Titel des Instruments	Name des Handlungskonzeptes
	<i>(Titel und ggf. Kurztitel)</i>	
Version / Auflage	Version / Auflage	Instrumente <i>(Stand, ggf. Link)</i>
		Arbeitsprozesse, Arbeitsmittel, Gutachten
Entwickler / Autor	Entwickler / Autor	Trägerzweig/Ansprechpartner
Bezugsquelle / Anbieter	Bezugsquelle / Anbieter	<i>(Trägerzweig)</i>
Kosten (Ja/Nein)	Kosten (Ja/Nein)	
		Gesetzliche Grundlage / Regelungen
		Verbindlichkeit
Instrumentenhandbuch	Instrumentenhandbuch	
Kurzbeschreibung	Kurzbeschreibung	Kurzbeschreibung
	Inhaltsdimensionen <i>Um was geht es? (Elemente des Instruments bzw. Inhaltsdimensionen)</i>	
	Ziele <i>Welche(s) Ziel(e) soll(en) mithilfe des Instruments erreicht werden? (da qualitativer Ansatz)</i>	
	Einbettung <i>Wann wird das Instrument innerhalb des Gesamtprozesses eingesetzt?</i>	
Schulung (J/N)	Schulung (J/N)	
Methode der Datenerhebung	Methode der Datenerhebung	
<i>Einfach- oder Mehrfachantworten</i>	<i>z. B. schriftliche Befragung/Testung, Online-Befragung, Beobachtung, Messung, etc.</i>	
Perspektiven	Perspektiven	
	<i>(Selbsteinschätzung, Fremdeinschätzung, Testung, etc.)</i>	

Psychometrische Einzelinstrumente	Nicht-psychometrische Einzelinstrumente	Handlungskonzepte von Reha-Trägern
	Ergebnisformate / Nutzung der Ergebnisse	
	<i>(Bewertungsbogen, graphische Darstellung etc.) Gibt es zielgruppenspezifische Ergebnisformate? (Unterschied „Profi“ – Leistungsberechtigter) In welcher Form werden die Daten / Informationen gebündelt? Bitte wählen Sie die Option und beschreiben Sie das im dafür vorgesehenen Textfeld genauer!</i>	
Gütekriterien (a) (b)	Gütekriterien (a) (b)	
Zielgruppe / Personenkreis	Zielgruppe / Personenkreis	
	<i>Für welche Zielgruppe/für welchen Kontext ist die Anwendung des Instruments angelegt?</i>	
Zielgruppe / Personenkreis	Zielgruppe / Personenkreis	Zielgruppe / Personenkreis
	<i>Für welchen Personenkreis wurde das vorliegende Instrument laut Instrumentenhandbuch entwickelt?</i>	Zielgruppe / Personenkreis
Zielgruppe / Personenkreis	Zielgruppe / Personenkreis	
	<i>Bitte prüfen Sie, ob im Instrumentenhandbuch Angaben darüber enthalten sind, bei welchem Personenkreis dieses Instrument nicht angewendet werden soll. Bei welchem Personenkreis sollte dieses Instrument nicht angewendet werden?</i>	
Durchführungsinformationen:	Durchführungsinformationen:	
Dauer Anwendung	Dauer Anwendung	
Dauer der Auswertung	Dauer der Auswertung	
Wie viel Zeit umfasst die Anwendung des Instruments?	<i>Wie viel Zeit umfasst die Anwendung des Instruments?</i>	
	Variabilität	
	<i>Inwieweit besteht Variabilität im Zuge der Anwendung des Instruments (Modifikation laut Beschreibung)</i>	
Ausbildung Testleiter	Ausbildung Testleiter	
	<i>Auswahl (z. B. Psychologie, Sozialpädagogik, Ergotherapie, Medizin, etc.)</i>	
Testsituation	Testsituation	

Psychometrische Einzelinstrumente	Nicht-psychometrische Einzelinstrumente	Handlungskonzepte von Reha-Trägern
	<i>Welche Besonderheiten hinsichtlich der Testsituation/Einsatzsituation gibt es? Bitte beziehen Sie sich auf die Angaben im Instrument/Instrumentenhandbuch.</i>	
	<i>(Unter Aufsicht, Einzeldiagnostik, Individueller Einsatz, Gruppendiagnostik etc.)</i>	
Barrierefreiheit	Barrierefreiheit	
	<i>Ist das Instrument barrierefrei (z. B. in einfacher Sprache oder in Brailleschrift?)</i>	
Besondere Materialien	Besondere Materialien	Besonderheit des Handlungskonzeptes
kulturfair	kulturfair	
	<i>Ist das Instrument „kulturfair“ bzw. in besonderer Weise für Menschen mit Migrationshintergrund geeignet?</i>	
Konstitution der Probanden	Konstitution der Probanden	
Zielparameter / gemessene Konstrukte	Zielparameter / gemessene Konstrukte	Enthält das Konzept Bezugspunkte zum bps-Modell? Wie soll Inhalte auf Basis des Modells ermittelt werden? (Input Basiskonzept)
	<i>Bei dieser Frage geht es darum, welches Konstrukt (z. B. ein psychologisches Konstrukt) von dem Ihnen vorliegenden Instrument gemessen wird, und zwar unabhängig vom biopsychosozialen Modell oder der ICF.</i>	
Zielparameter / gemessene Konstrukte	Zielparameter / gemessene Konstrukte	
	<i>Wird im Instrumentenhandbuch ein (einzelnes) Konstrukt (z. B. Intelligenz) beschrieben, das vom Instrument gemessen wird?</i>	
Zielparameter / gemessene Konstrukte	Zielparameter / gemessene Konstrukte	
	<i>Welches Konstrukt misst das Instrument?</i>	
	<i>(Affekte, Affektive Störungen, Aktivitäten, Aufmerksamkeit, Feinmotorik, etc.)</i>	
Zielparameter / gemessene Konstrukte	Zielparameter / gemessene Konstrukte	
	<i>Welcher Komponente des bpsM kann das von Ihnen ausgewählte Konstrukt zugeordnet werden?</i>	
Zielparameter / gemessene Konstrukte	Zielparameter / gemessene Konstrukte	

Psychometrische Einzelinstrumente	Nicht-psychometrische Einzelinstrumente	Handlungskonzepte von Reha-Trägern
	<i>Wie gut wird das Konstrukt xxx durch die von Ihnen vorgenommene Zuordnung zur Komponente xxx abgebildet?</i>	
Zielparameter / gemessene Konstrukte	Zielparameter / gemessene Konstrukte	
	<i>Bitte weisen Sie dem Konstrukt xxx aus der Komponente xxx nun das entsprechende Kapitel zu.</i>	
	<i>Wie gut wird das Konstrukt xxx durch die von Ihnen vorgenommene Zuordnung auf Kapitelebene abgebildet?</i>	
	<i>Zuordnung des Konstrukts zum entsprechenden Item der ICF.</i>	
	<i>Bitte ordnen Sie das Konstrukt xxx dem Item innerhalb der von Ihnen gewählten Komponente mit höchster Passung zu (z. B. Persönlichkeit = b 126)!</i>	
	<i>Bitte schätzen Sie ein, wie gut das von Ihnen zugewiesene Item das Konstrukt xxx abbildet.</i>	
Nicht dem bpsM zuordenbar	Nicht dem bpsM zuordenbar	
	<i>Das Konstrukt xxx kann weder den Komponenten des bpsM noch den Kapiteln der ICF zugeordnet werden.</i>	
	<i>Bitte beschreiben Sie die Besonderheit des Konstrukts xxx. Warum gelingt die Zuordnung zum bpsM bzw. zur ICF nicht?</i>	
	<i>Bitte schätzen Sie ein, wie gut das vom Instrument gemessene Konstrukt durch die von Ihnen vorgenommene Zuordnung zur entsprechenden Komponente des bpsM und zur ICF abgebildet wird:</i>	
		Gehen die Instrumente auf die Grundanforderungen des Basiskonzepts ein (Verständnis, Umsetzung in der Praxis?) (Anlage zum Steckbrief -> zur Info!)
		s. o. (zielorientiert, Grundanforderungen)
		s. o. (zielorientiert, Grundanforderungen)
	Entstehungshistorie <i>Ursprung/Quelle/Entstehungskontext des Instruments?</i>	Was sagt das Handlungskonzept zu den einzelnen Inhalten? Wie sollen die Inhalte erhoben werden? (Input Basiskonzept)

XII.6. Bedienungsanleitung zur Instrumentendatenbank

Bedienungsanleitung zur Instrumentendatenbank

Welchen Nutzen hat die Instrumentendatenbank?

Bei der Bedarfsermittlung werden verschiedene Instrumente im Sinne von Arbeitsmitteln eingesetzt. Die Instrumentendatenbank enthält Informationen zu bei der Bedarfsermittlung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben eingesetzten Einzelinstrumenten. Sie hat das Ziel, Reha-Fachkräfte bei der Suche und Auswahl von Arbeitsmitteln, und so bei der Beantwortung einer spezifischen Fragestellung zu unterstützen. Dies kann z. B. die valide Einschätzung von Fähigkeiten sein, die im beruflichen Kontext erforderlich sind (Aufmerksamkeit, Merkfähigkeit etc.).

Im Sinne des Gesetzes (§ 13 SGB IX) zählen zu den Instrumenten Arbeitsprozesse und Arbeitsmittel. Bei Arbeitsprozessen handelt es in der Regel um (Träger-)Verfahren, die der Erhebung, Analysen, Dokumentation, Planung und Ergebniskontrolle dienen. Bei Arbeitsmitteln handelt es sich um Hilfsmittel (Hörtest, Sehtest, Fragebögen, FCE-Verfahren etc.), die im Rahmen der Bedarfsermittlung eingesetzt werden und so die Bedarfsermittlung unterstützen.

Nutzen und Ziele der Instrumentendatenbank sind:

- Sie bietet einen Überblick über genutzte Instrumente¹ zur Bedarfsermittlung in der beruflichen Rehabilitation.
- Sie stellt für jedes Instrument – in Form von Steckbriefen – transparent und übersichtlich Informationen zur Verfügung:
 - **Bibliografische Informationen**
Titel, Kurztitel, Entwickler, Jahr, Auflage, Verlag, Bezugsquelle, Kurzbeschreibung, benannte Gütekriterien des Autors.
 - **(Mess-)Konstrukt(e) des Instruments**
(Was wird gemessen?)
 - **Informationen zur Anwendung**
Nötige Ausbildung von Anwendern, Methode der Datenerhebung, Testsituation, Dauer der Durchführung und Auswertung, Alter der Zielgruppe, Angaben zum Personenkreis
 - **Besonderheiten**
Informationen über Barrierefreiheit, benötigte Materialien und Erfassung der Konstitution
- Sie ermöglicht die Suche und Auswahl von geeigneten Instrumenten mit Blick auf eine spezifische Fragestellung (Womit können bestimmte Fragestellungen in der Bedarfsermittlung beantwortet werden?).
- Sie ermöglicht eine einheitliche Strukturierung von ermittelten Ergebnissen durch Einordnung in die Struktur des Arbeitsmodells nach Kapitel 4 des Basiskonzepts (Wie sortiert sich der Befund in die insgesamt vorliegenden Informationen ein?).

¹ Dabei wurden Nennungen aus der Machbarkeitsstudie (vgl. Schubert 2013) sowie Instrumentennennungen innerhalb des b3-Projekts (2015-2018) berücksichtigt. Über die Vollständigkeit der Instrumentendatenbank kann keine Aussage getroffen werden.

Welche Funktion erfüllt die Instrumentendatenbank im Kontext des Basiskonzepts?

Das Basiskonzept LTA beschreibt eine gemeinsame fachliche Basis für Reha-Träger und Leistungserbringer im Bereich der Bedarfsermittlung bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) unter Nutzung des bio-psycho-sozialen Modells. Es stellt eine Arbeitshilfe für alle Reha-Fachkräfte zur Ermittlung von Teilhabebedarf dar.

Die Instrumentendatenbank ergänzt das Basiskonzept, in dem es den Reha-Fachkräften Ansätze zur Ermittlung der relevanten Inhalte mittels bestehender Arbeitsmittel zur Verfügung stellt. Dafür erfolgte eine Zuordnung der Konstrukte (Zielparameter) der Einzelinstrumente zu den Inhalten des Arbeitsmodells zur Bedarfsermittlung in der beruflichen Rehabilitation.

Durch die Verknüpfung von Instrumenten und ihren Messergebnissen mit dem Arbeitsmodell, ist es den Nutzern der Datenbank möglich, nötige Informationen zielgenau zu ermitteln und ermittelte Informationen mittels des Arbeitsmodells passend einzuordnen.

Hintergrund der Instrumentendatenbank – das Basiskonzept LTA

Bisher bestimmt ein heterogener, diversifizierter Einsatz unterschiedlicher Instrumente die Praxis der Bedarfsermittlung. Eine Vorstudie zum b3-Projekt zeigte wesentliche Weiterentwicklungspotenziale im Bereich der Instrumente zur Bedarfsermittlung auf.²

Passgenaue Leistungen zur Teilhabe sind maßgeblich für die individuellen Teilhabechancen von Menschen mit Behinderungen. Die Bedarfsermittlung ist in diesem Zusammenhang eine wichtige Phase und hat für Rehabilitationsprozesse eine zentrale Bedeutung.

Daran knüpfte das b3-Projekt (2015 – 2018) an. Seine Ergebnisse in Form des Basiskonzepts LTA und der Instrumentendatenbank sind als Arbeitshilfe für Reha-Fachkräfte entwickelt worden, die eine Bedarfsermittlung im Bereich der beruflichen Rehabilitation durchführen. Um gemeinsame Grundlagen zur Bedarfsermittlung in der Praxis zu implementieren, wird im Rahmen des Konzepts ein einheitliches Verständnis von sozialpolitischen und sozialrechtlichen Anforderungen an die Bedarfsermittlung hergestellt. Neben der Ausgestaltung dieser Anforderungen, bildet das bio-psycho-soziale Modell bei der Darlegung von Inhalten der Bedarfsermittlung eine zentrale Grundlage des Konzepts.

Mit dem Basiskonzept, welches sich auf die Handlungsprozesse der Reha-Fachkräfte bezieht, lassen sich die im Rahmen der Bedarfsermittlung erforderlichen Informationen nicht immer (unmittelbar) erheben. Vielmehr ist dazu auf Basis eines Arbeitsmodells der Einsatz geeigneter Arbeitsmittel³ erforderlich. Beim Arbeitsmodell handelt es sich um eine Erweiterung des **bio-psycho-sozialen Modells** um die im Bereich der beruflichen Rehabilitation relevanten Aspekte **Gesundheitsproblem, Biographie, Kompetenzen** und **Ziele**. Diese Inhalte einer Bedarfsermittlung, ihre Abhängigkeiten und

² Schubert, M. et al (2014): Prüfung von aktuellem Stand und Potential der Bedarfsermittlung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben unter Berücksichtigung der ICF.

³ Arbeitsmittel sind im Sinne des SGB IX Hilfsmittel (Hörtest, Sehtest, FCE-Verfahren etc.), die im Rahmen der Bedarfsermittlung eingesetzt werden.

Wechselwirkungen bestimmen das individuelle Handeln von Reha-Fachkräften innerhalb einer Bedarfsermittlung.

Zu den Inhalten der Bedarfsermittlung zählen:

- einerseits Informationen, die sich aus den Inhalten **Funktionsfähigkeit und Behinderung sowie Biographie und Kompetenzen eines Menschen** zusammensetzen und
- andererseits die **Ziele**. Ziele werden in einem gemeinsamen Prozess zwischen Leistungsberechtigten und Reha-Fachkraft im Rahmen der Bedarfsermittlung entwickelt.

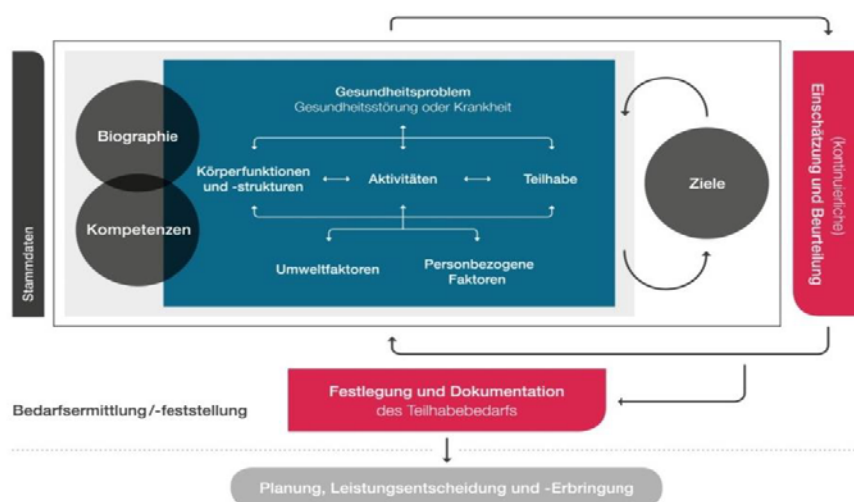


Abb. 1: Arbeitsmodell zur Bedarfsermittlung in der beruflichen Rehabilitation

Einzelne Inhalte sollen dabei nicht unabhängig voneinander betrachtet werden, vielmehr stehen die jeweils gewonnenen Informationen miteinander im Zusammenhang, indem sie z.B.

- jeweilige Ergebnisse positiv oder negativ beeinflussen⁴ (ergebnisbezogen) und/oder
- im Laufe der Bedarfsermittlung die Zielrichtung, Art und/oder Ermittlungstiefe bei Inhalten mitbestimmen (prozessbezogen).

Die Ermittlung von Informationen und die Entwicklung von Zielen erfolgt in der Bedarfsermittlung in Abhängigkeit voneinander, bis eine ausreichende Informationsdichte vorliegt, um den Bedarf an Teilhabe einzuschätzen (Abb. 1). Dazu erfolgt während der gesamten Ermittlung in kontinuierlichen Abständen eine **Einschätzung und Bewertung** von Informationen durch die Reha-Fachkraft:

- Entweder die vorliegenden Informationen sind noch nicht hinreichend und/oder die Ziele sind noch nicht passend, weshalb sich weitere Beratungsaktivitäten oder Schritte der Bedarfsermittlung anschließen, bis ein ausreichender Erkenntnisstand in den Bereichen der Ziele und Informationen vorliegt. Hierbei werden weitere Instrumente genutzt.

⁴ Z.B. können Kontextfaktoren positiv oder negativ auf die Möglichkeiten der Teilhabe bei bestehenden Schädigungen der Körperfunktion und/oder -struktur wirken.

- Oder die vorliegenden Informationen lassen in Kombination mit den individuellen Teilhabezielen eines Leistungsberechtigten eine abschließende Bewertung und damit eine **Festlegung des Teilhabebedarfs** zu.

Was sind Einzelinstrumente?

In der Praxis wird eine Vielzahl unterschiedlicher Einzelinstrumente i.S.v. Arbeitsmitteln⁵ zur Bedarfsermittlung eingesetzt. Diese unterscheiden sich insbesondere darin, wozu sie Informationen erheben (Was misst/erhebt ein Instrument?). In der Datenbank finden sich:

Psychometrische Tests

Was sind psychometrische Tests?

Bei den psychometrischen Tests handelt es sich mehrheitlich um standardisierte Tests mit ein- oder mehrdimensionalem Zielparametern als Testkonstrukt.

Ziel der Anwendung solcher Tests ist es, eine quantitative Aussage über den Grad der individuellen Merkmalsausprägung einer Testperson zu den spezifischen Zielparametern treffen zu können.

Als psychometrisch fundierte Instrumente genügen sie den Gütekriterien wissenschaftlicher Messungen (Objektivität, Reliabilität und Validität); sie besitzen eine normierte Eichstichprobe und sind oftmals von Fachleuten durch ein mehrstufiges Testkonstruktionsverfahren entwickelt und überarbeitet worden.

Was gehört zu den psychometrischen Tests?

Zu den psychometrischen Tests gehören überwiegend folgende Testarten: Leistungstests, (objektive) Persönlichkeitstests, projektive Tests und apparative Tests, wobei die Leistungs- und Persönlichkeitstests den größten Anteil einnehmen.

Wie wurden die psychometrischen Tests analysiert?

Die psychometrischen Tests wurden auf Basis des Instrumentenhandbuchs jeweils getrennt voneinander durch zwei Experten anhand ihres Konstrukts analysiert. Dabei wurde immer das übergeordnete Konstrukt der Analyse zugrunde gelegt. Dieses Konstrukt bzw. diese Konstrukte wurden dann den Inhalten entsprechend des Basiskonzepts, insbesondere dem bio-psycho-sozialen Modell zugeordnet. (Teil-)Konstrukte oder andere Skalen eines Tests wurden somit nicht berücksichtigt. Die Analyseergebnisse wurden im Anschluss durch eine Expertengruppe validiert.

Nicht-psychometrische Verfahren

Was sind nicht-psychometrische Verfahren?

Nichtpsychometrischen Verfahren basieren auf nicht standardisierten Messverfahren (ohne Normstichprobe): in der Regel werden bei den nicht-psychometrischen Instrumenten ein- oder auch mehrdimensionale Merkmale (=Zielparameter) auf Basis von Beobachtungen des Rehabilitanden

⁵ Arbeitsmittel sind im Sinne des SGB IX Hilfsmittel (Hörtest, Sehtest, FCE-Verfahren etc.), die im Rahmen der Bedarfsermittlung eingesetzt werden.

durch Reha-Fachkräfte in Form einer Fremdeinschätzung ermittelt. Neben Formen der Fremdeinschätzung kommen bei diesen Instrumenten auch Eigenangaben des Rehabilitanden (Selbsteinschätzung) sowie darüber hinaus dialogische Verfahren zum Einsatz.

Diese teilweise sehr unterschiedlichen Instrumente werden meist nicht (nur) im diagnostischen Kontext einer Bedarfsermittlung eingesetzt, sondern darüber hinaus im pädagogischen, arbeitstherapeutischen u. ä. Alltag der Rehabilitation selbst verwendet.

Was gehört zu den nicht-psychometrischen Verfahren?

Zu den nicht psychometrischen Verfahren zählen neben der Beobachtung, Analyse und Bewertung von Merkmalen vor allem Kompetenzanalysen zur beruflichen Handlungsfähigkeit wie Assessments, Screenings wie auch (theoriebasierte) Erklärungsmodelle und spezifische Methoden wie z.B. die persönliche Zukunftsplanung mit Ursache-Wirkungszusammenhängen oder auch Trainings zur Entwicklung von Fähigkeiten, Fertigkeiten bzw. Kompetenzen.

Wie wurden die nicht-psychometrischen Verfahren analysiert?

Nicht-psychometrische Verfahren sind nicht in einem ähnlichen Ausmaß standardisiert, wie die psychometrischen Tests. Daher erfolgten die Analysen nur in einem abgestuften Verfahren. Die Zuordnung der Konstrukte zu den nicht-psychometrischen Verfahren wurde getrennt voneinander durch zwei Experten vorgenommen. Angesichts fehlender Standardisierung sind die Steckbriefe über diese Verfahren entsprechend gekennzeichnet.

Was sind die Handlungskonzepte der Reha-Träger?

Zur Ausübung ihrer gesetzlichen Verpflichtungen zur Bedarfsermittlung in der beruflichen Rehabilitation (§ 13 SGB IX i. V. m. § 49 SGB IX) haben sich in der Handlungspraxis der Reha-Träger, verschiedene Ansätze, Prozesse und Konzepte bewährt. Hieraus lassen sich sog. „Handlungskonzepte“ ableiten, die das Verwaltungsverfahren der Reha-Träger strukturieren und die Reha-Fachkräfte bei der Bedarfsermittlung unterstützen. Sie bilden die Grundlage für jeweilige **Arbeitsprozesse**⁶ und sind angesichts heterogener gesetzlicher Aufgaben, Zuständigkeit und Leistungen zwischen den Reha-Trägern unterschiedlich, um die an sie gerichteten Anforderungen im Einzelnen gerecht zu werden.

Die Handlungskonzepte zur Bedarfsermittlung in der beruflichen Rehabilitation bestehen in der Regel aus mehreren Anweisungen, Konzepten und Prozessbeschreibungen. Sie beinhalten ferner Ansätze zur Nutzung von Arbeitsmitteln und Gutachten, die zur Durchführung des Verwaltungsverfahrens bedeutsam sind. Neben Gutachten und trägereigenen **Arbeitsmitteln** (z. B. Antragsformular, Berichte, Checklisten) werden innerhalb der Handlungskonzepte Einzelinstrumente oder spezifische Arbeitsmittel der Leistungserbringer je nach Erforderlichkeit und Fragestellung genutzt. Unter dem „Reiter“ Handlungskonzepte der Reha-Träger wird ein Überblick über die Handlungsprozesse der Reha-Träger gegeben. Neben den gesetzlichen Grundlagen der einzelnen Handlungskonzepte enthalten diese in komprimierter Form verschiedene Informationen. Dazu zählen u. a.:

- eine aktuelle Kurzbeschreibung über das Handlungskonzept;

⁶ Arbeitsprozesse dienen aus Perspektive der Bedarfsermittlung in der Regel der Erhebung, Dokumentation, Planung und Ergebniskontrolle.

- einen Überblick über die maßgebenden gesetzlichen Regelungen;
- einschlägige Arbeitsprozesse und Arbeitsmittel des Trägers im Sinne des § 13 SGB IX;
- einen Überblick über Adressaten, Ziele und Besonderheiten des Handlungskonzepts.

Weitere Informationen sich im Basiskonzept LTA

Wie funktioniert die Instrumentendatenbank?

Eine Suche kann auf unterschiedlichen Wegen erfolgen(Abb. 2):

- **Einfache Suche**
Mithilfe der klassischen Suche über Freitextfelder kann durch Angabe z.B. eines konkreten Namens oder von einem Konstrukt (Zielparameter) nach entsprechenden Instrumenten gesucht werden. Suchbegriffe können über UND- bzw. ODER-Funktionen miteinander verknüpft werden.
- **Suche anhand des Arbeitsmodells zur Bedarfsermittlung**
Ein weiterer Zugang besteht über das Arbeitsmodell des Basiskonzepts: hier kann über einzelne Komponenten des bio-psycho-sozialen Modells sowie weiterer relevante Inhalte des Arbeitsmodells wie **Gesundheitsprobleme, Biographie, Kompetenzen und Ziele** eine Suche durchgeführt werden. Die Suche kann innerhalb einzelner Komponenten des bio-psycho-sozialen Modells bzw. anhand der Unterkapitel der ICF verfeinert werden. **Weitere Informationen finden Sie in Kapitel 4 des Basiskonzepts.**

Beide Suchfunktionen sind **erweiterbar** und können um die Nutzung gewisser Sonderfunktionen ergänzt werden (z. B. Gütekriterien, Barrierefreiheit oder die Ausbildung des Testleiters).

Abb. 2 Suchfenster der Datenbank

Das Auswahlfeld „Ausbildung des Testleiters“ bildet Aussagen der Instrumentenentwickler im Instrumentenhandbuch/Manual ab. Insbesondere bei allgemeineren Formulierungen, wie „Testleiter“ sind weitere Professionsspezifische Beschränkungen möglich (z.B. Durchführung nur durch Psychologen).

Welche Ergebnisse liefert die Instrumentendatenbank?

Nach Durchführung einer Suche werden alle Treffer in Kurzform angezeigt (Abb. 3).

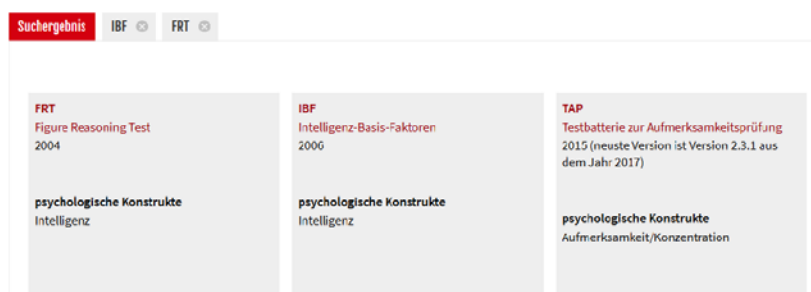


Abb. 3 Anzeige von Suchergebnissen (Ausschnitt)

Anschließend können die **Steckbriefe** der Treffer einzeln aufgerufen werden (Abb. 3). Neben einer Kurzbeschreibung des jeweiligen Instrumentes sowie der Zuordnung der Konstrukte (Zielparameter) zum bio-psycho-sozialen Modell / bzw. den Unterkapiteln der ICF stellt die Instrumentendatenbank dem Anwender weitere relevante Informationen zur Verfügung:

- **Bibliografische Informationen:** Titel, Kurztitel, Entwickler, Jahr, Auflage, Verlag, Bezugsquelle, Kurzbeschreibung, benannte Gütekriterien des Autors.
- **(Mess-)Konstrukt(e) des Instruments** (Was wird gemessen?)
- **Informationen zur Anwendung:** Nötige Ausbildung zur Anwendung, Methode der Datenerhebung, Testsituation, Dauer der Durchführung und Auswertung, Alter der Zielgruppe, Angaben zum Personenkreis
- **Besonderheiten:** Informationen über Barrierefreiheit, benötigte Materialien und Erfassung der Konstitution

Alle aufgerufenen Steckbriefe werden in Form von **Reitern** in einer **Merkliste** gespeichert, so dass der Anwender unmittelbar zwischen den Steckbriefen springen und diese vergleichen kann (Abb. 4). Dem Anwender stehen nun auf Basis seiner Suchergebnisse zwei Möglichkeiten zu Gebote:

- **Steckbriefe in einer Merkliste verwalten**
Tabs und Detailseiten (Steckbriefe) werden auf eine Merkliste gesetzt. Der Link der Merkliste kann z. B. weitergeleitet werden. Beim Aufrufen des Links wird der Tab automatisch geladen.
- **Steckbriefe als PDF wiedergeben**
Als PDF abgerufen, können die Instrumentensteckbriefe anschließend gespeichert, ausgedruckt oder versendet werden.

Suchergebnis Der Benton Test AAPEP **ABAT-R**

Revidierter Allgemeiner Büroarbeitstest (ABAT-R)

Bibliografie

Entwickler/Autor(en): Gustav A. Lienert, Heinz Schuler	Auflage, Jahr: 3., revidierte Auflage, 1994
Anbieter / Bezugsquelle:	Gütekriterien: Ja (Angaben vorhanden)
Kurzbeschreibung:	

Abb. 4 Anzeige von Suchergebnissen (Ausschnitt) / Steckbriefe in der Merkliste

XII.7. Sozialrechtliches Gutachten

**Bedarfsermittlung
im Kontext des Bundesteilhabegesetzes**

Sozialrechtliches Gutachten
zur Ermittlung von Rehabilitationsbedarf
im Rahmen der Leistungen zur Teilhabe

erstellt im Rahmen des Projektes
„b3 – Das Bedarfsermittlungskonzept.
Basiskonzept für die Bedarfsermittlung in der beruflichen Rehabilitation“

von
Prof. Dr. jur. Wolfgang Schütte
Hamburg

Endfassung
Hamburg, den 17. Oktober 2018

Vorbemerkungen: Auftrag, Fragen, Materialbasis

Der Auftraggeber erbittet ein sozialrechtliches Gutachten zur Bedarfsermittlung im Kontext des Bundesteilhabegesetzes (BTHG). Bearbeitet werden sollen zwei Themenbereiche:

- (1.) Allgemeine rechtliche Anforderungen an die Prozesse der Bedarfsermittlung
- (2.) Fragen der rechtlichen Überprüfbarkeit und Nachprüfbarkeit der Bedarfsermittlung

Frage (1.): Im Vordergrund des Interesses steht § 13 SGB IX in seiner neuen aktuellen Fassung (nF).

(1.1) Wie ist § 13 in seiner Bedeutung für eine trägerübergreifende Koordinierung der Leistungen nach möglichst einheitlichen Maßstäben einzuschätzen?

(1.2) Welche Anforderungen richtet speziell § 13 Abs. 2 SGB IX an die Instrumente der Bedarfsermittlung?

(1.3) Welche Vorgaben für die Bedarfsermittlung enthalten die für die jeweiligen Rehabilitationsträger geltenden Leistungsgesetze, z.B. §§ 117 ff SGB IX (2020)?

Frage 2 richtet sich auf zwei unterschiedliche rechtliche Folgen der neuen rechtlichen Vorgaben für die Instrumente der Bedarfsermittlung.

(2.1) Welche Anforderungen an die Überprüfbarkeit der Instrumente ergeben sich aus der Sicht des sozialgerichtlichen Verfahrens?

(2.2) Zum zweiten sollen zwei mögliche Folgewirkungen aus § 13 beleuchtet werden:

(2.2.1) Inwieweit sind die Instrumente selbst und die durch sie ermittelten Ergebnisse im Rahmen der Bedarfsfeststellung rechtlich verbindlich?

(2.2.2) Welche rechtlichen Handlungsanforderungen an die Rehabilitationsträger ergeben sich aus § 13 SGB IX (Leitfäden, Dokumentation, Auswahl und Einsatz der Instrumente)?

Zum Rechtszustand:

Die Regelungen des BTHG sind noch nicht vollständig in Kraft. Die Leistungsbeschreibung des Auftraggebers verweist mit §§ 117ff SGB IX auf einen Rechtszustand nach dem 1. Januar 2020. Dieser Rechtszustand liegt dem folgenden Gutachten zugrunde und berücksichtigt damit die Verlagerung des – nun so genannten – Eingliederungshilferechts aus dem 6. Kapitel des SGB XII in den Teil 2 des SGB IX; auch die übergangsweise in §§ 141 ff SGB XII platzierten neuen Vorschriften zur Gesamtplanung, die seit dem 1. Januar 2018 gelten, werden dann in das SGB IX Teil 2 überführt.

Als besonderes Leistungsgesetz wird insbesondere das Eingliederungshilferecht 2020 in die Betrachtung einbezogen.

Dem *Projektteam* soll ein Abgleich und eine Überprüfung der Entwurfsfassung des „Basiskonzepts“ aus sozialrechtlicher Sicht ermöglicht werden, so die Leistungsbeschreibung 2.3; die bisherigen Ergebnisse des Projektes wurden demgemäß diesseitig nicht bewertet.

Die vorliegende Endfassung stellt eine Überarbeitung der Erstfassung vom 15. Juli 2018 dar und berücksichtigt die Anmerkungen des Auftraggebers vom 5. September 2018.

Zusammenfassung

Perspektive

Man kann die Bedarfsermittlung und ihre Instrumente im rehabilitationsrechtlichen Verfahren aus verschiedenen Blickwinkeln betrachten. Die hier eingenommene Perspektive richtet sich auf die Verpflichtungen der Rehabilitationsträger vornehmlich im Verwaltungsverfahren. Das Verwaltungsverfahren strukturiert die administrativen Ermittlungs- und Einschätzungsprozesse im Vorfeld der Leistungsentscheidung. Dazu gehört auch die Bedarfsermittlung mit ihren Instrumenten. Für alle Elemente des Verwaltungsverfahrens tragen die im Einzelfall zuständigen Rehabilitationsträger die Verantwortung. Durch das BTHG sind eine Reihe neuer Anforderungen auf diese Behörden zugekommen.

(1.1) Wie ist § 13 in seiner Bedeutung für eine trägerübergreifende Koordinierung der Leistungen nach möglichst einheitlichen Maßstäben einzuschätzen?

§ 13 Abs. 1 SGB IX richtet sich an die Rehabilitationsträger und ihre Zusammenschlüsse auf zwei Entscheidungsebenen:

Sie müssen einzeln und miteinander zwei generelle Maßnahmen einleiten, nämlich

- ihre Instrumente einer kritischen Prüfung und Revision unterziehen und
- zu gemeinsamen Empfehlungen hinsichtlich der Grundsätze für die Instrumente der Bedarfsermittlung kommen.

Die Instrumente der Bedarfsermittlung, die im Rahmen der für die einzelnen Reha-Träger geltenden Leistungsgesetze eingesetzt werden, sollen sich nach § 13 Abs. 1 SGB IX künftig an den Kriterien einer einheitlichen und überprüfbaren Ermittlung des individuellen Reha-Bedarfs ausrichten. Einheitlichkeit und Überprüfbarkeit sind unbestimmte Rechtsbegriffe und bedürfen jeweils einer Konkretisierung.

Einheitlichkeit ist im Zusammenhang mit den laufenden, im Gesetz vorgesehenen Maßnahmen zur Verbesserung der Verwaltungsverfahren zu sehen: Untersuchungen, künftige gemeinsame Empfehlungen, Teilhabeverfahrensbericht und dessen Auswertung sollen dazu beitragen. Daher ist *Einheitlichkeit* einerseits ein verbindlicher Maßstab für die anstehende Revision der trägerspezifischen Instrumente, gleichzeitig ist Einheitlichkeit als ein Qualitätsmerkmal anzusehen, also als ein angestrebter Zustand in einem dynamischen Prozess administrativer Reformen. Die maßgebliche gesetzliche Operationalisierung findet sich in den gemeinsamen Empfehlungen nach Satz 2 in der jeweils aktuellen Fassung, denen die Rehabilitationsträger folgen sollen. Die gemeinsamen Empfehlungen können sich wegen der in Abs. 1 S. 1 angesprochenen Trägerspezifika nur auf *Grundsätze* für Instrumente der Bedarfsermittlung beziehen.

Eine bessere *Überprüfbarkeit* soll die Transparenz der Bedarfsermittlung befördern. *Systematik* der Arbeitsprozesse und *Standardisierung* der Arbeitsmittel sind dabei wichtige Gütekriterien. Auch insoweit werden die gemeinsamen Empfehlungen mit ihren Grundsätzen für den Regelfall (Sollvorschrift) verbindliche Leitlinien formulieren. Überprüfbarkeit enthält als unbestimmter Rechtsbegriff letztlich einen Verweis auf entsprechende medizinische, psychologische, arbeitswissenschaftliche etc. Fachstandards. Sie sind im Bedarfsfalle gegebenenfalls auch über die Einholung von Fachexpertise zu konkretisieren.

§ 13 Abs. 2 formuliert thematische Mindeststandards für die Instrumente und legt fest, welche Bereiche die von ihnen erfassten Informationen abdecken müssen.

Ob die einzelnen Reha-Träger tatsächlich ihrer Rechtspflicht nachkommen, die Ermittlungsinstrumente am Maßstab der Einheitlichkeit auszurichten, ihre eigenen Richtlinien bzw. ihr Verwaltungs-

handeln an den gemeinsamen Empfehlungen auszurichten, und ob sie die Mindestanforderungen nach § 13 Abs. 2 beachten, haben die zuständigen Behörden zu kontrollieren, denen per Gesetz die *Aufsicht* über die einzelnen Reha-Träger übertragen wurde.

(1.2) Anforderungen aus § 13 Abs. 2 SGB IX an die Instrumente der Bedarfsermittlung

Nachprüfbarkeit oder *Überprüfbarkeit* kann als rechtliches Kriterium operationalisiert werden. Die Ergebnisse aus einer instrumentengestützten Bedarfsermittlung müssen einer methodischen fachwissenschaftlichen Qualitätskontrolle standhalten. Sie müssen zudem im Verwaltungs- und Teilhabeplanverfahren unbeschränkt vermittelbar sein. Das *Benehmen* mit Fachpersonal aus anderen leistenden Reha-Trägern und die Einbeziehung von *Bevollmächtigten* und *Beiständen*, die möglicherweise keinen fachlichen Hintergrund haben, und die für alle taugliche *Dokumentation* gelingen nicht, wenn die Resultate im allgemeinsprachlichen Sinne schwer verständlich sind. Vor allem aber gebieten das *Autonomiekonzept* der UN-BRK und das *Wunsch- und Wahlrecht* nach § 8 SGB IX eine *am Horizont des Berechtigten ausgerichtete Überprüfbarkeit durch den Berechtigten selbst*.

Die vier Leitfragen stellen *Mindestanforderungen* an eine instrumentengestützte Bedarfsermittlung dar und sind von allen Rehabilitationsträgern sofort zu beachten. Sie müssen künftig bei *jeder* Bedarfsermittlung bearbeitet werden, die Ergebnisse sind zu dokumentieren. Alle vier Fragen sind im Hinblick auf die in Bezug genommenen gesetzlichen Vorschriften zu operationalisieren, also insbesondere mit Blick auf § 2 Abs. 1, § 4 Ab. 1, § 5 SGB IX und auf infrage kommende Katalogleistungen einschließlich der Annexleistungen.

Allerdings sind auch Aspekte der Wirtschaftlichkeit zu beachten, siehe § 69 Abs. 2 SGB IV. Es ist nicht erforderlich, alle Fragen in einem *einzigem* Instrument zu operationalisieren.

(1.3) Vorgaben für die Bedarfsermittlung nach besonderen Reha-Leistungsgesetzen

Eingliederungshilferecht

Im Eingliederungshilferecht wird eine detailliert geregelte Gesamtplanung zur Pflicht. Dies gilt namentlich für Leistungen zur Sozialen Teilhabe, § 113 Abs. 1 S. 3 SGB IX. Die prominente Stellung der Gesamtplanung im SGB IX Teil 2 und der umfassende Verweis in § 104 Abs. 1 sprechen dafür, dass die Gesamtplanung im Eingliederungshilferecht auch bei anderen Leistungsgruppen vorzunehmen ist. Da die Gesamtplanung vom Gesetz als Teil der Teilhabeplanung betrachtet wird, gelten die Vorgaben des § 13 auch für die Verwaltungsverfahren im Eingliederungshilferecht. Diese Vorgaben werden noch „geschärft“ durch Verpflichtungen an die Länder und durch spezifische inhaltliche Bestimmungen zu den dortigen Maßstäben der Bedarfsermittlung. Insgesamt erlauben es die Regelungen zur Bedarfsermittlung und zur Teilhabe- und Gesamtplanung, Leistungsbescheide in der Eingliederungshilfe einer sehr viel eingehenderen Rechtsmäßigkeitkontrolle zu unterziehen als dies bisher möglich war: Die – auch instrumentell gestützte – Sachverhaltsermittlung wird erheblich ausgebaut; die Dokumentation ihrer Ergebnisse und die Erörterungen mit dem Berechtigten und seinen Beiständen und Vertrauenspersonen bei der Bewertung sozialer Teilhabechancen sowie mit anderen Leistungsträgern sind in Dokumentationen zwingend und umfassend festzuhalten; diese Dokumentationen müssen im Leistungsbescheid Berücksichtigung finden und in den Begründungen des Verwaltungsaktes ausgewertet werden.

Gerade im Eingliederungshilferecht mit seiner fragmentierten Implementationsstruktur über mehrere Hundert Leistungsträger hinweg und bei den noch zu bewältigenden Anforderungen an untergesetzliche Rechtsnormen wie Rechtsverordnungen, Rahmenverträge, Leistungs- und Vergütungsvereinbarungen, Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsprüfungen sind Erfolge im Sinne einer Vereinheitlichung der Bedarfsermittlung dringend erforderlich.

Weitere besondere Reha-Leistungsgesetze

Schaut man in die übrigen Bücher des Sozialgesetzbuchs, so ergibt sich ein differenziertes Bild bei den normativen Regelungen zur Bedarfsermittlung. Die rechtlichen Konsequenzen der Regelungen des BTHG zur Bedarfsermittlung sind im Hinblick auf die einzelnen besonderen Reha-Leistungsgesetze je gesondert auszuloten. Teils verzichten die besonderen Reha-Leistungsgesetze weitgehend auf eigenständige Vorschriften zu den Instrumenten und lassen daher Raum für die vereinheitlichenden Impulse aus § 13 SGB IX, teils sind die dortigen Instrumente Teile einer entwickelten Fachwissenschaft, deren Ergebnisse über gesetzliche Verfahren in die besonderen Leistungsvorschriften eingefügt werden, und lassen daher für eine eigenständige rehabilitationsrechtliche Modifikation wenig Raum.

(2.1) Anforderungen an die Überprüfbarkeit der Instrumente im sozialgerichtlichen Verfahren

Auf der Ebene der Verwaltungsverfahren zur Vorbereitung individuell wirksamer Leistungsbescheide können sich die Mindestanforderungen an die Instrumente der Bedarfsermittlung aus § 13 Abs. 2 SGB IX als *Qualitätsmängel* und *Verfahrensmängel* bei der Sachverhaltsermittlung und als *Begründungsmängel* des Leistungsbescheides auswirken, die dann im sozialgerichtlichen Verfahren aufgearbeitet werden müssen. Fehlerhaftigkeit von Instrumenten kann generell nur im Zusammenhang mit einer Rechtskontrolle des Leistungsbescheides gerichtlich geltend gemacht werden. Qualitätsmängel der Instrumente können sich in einer fehlerhaften Leistungsentscheidung niederschlagen. So kann ein qualitativ kritisches Bedarfsermittlungsinstrument, das den Anforderungen von § 13 Abs. 2 SGB IX nicht entspricht, als Folgeeffekte Ermessensfehler und Begründungsmängel nach sich ziehen, die den Leistungsbescheid fehlerhaft machen. Auf diesem Wege wirken fehlerhafte Instrumente möglicherweise nach außen und verursachen Rechtsfehler, aber eben nur vermittelt.

Auf eine pflichtgemäße Ausübung von *Ermessen* hat der Leistungsberechtigte einen Rechtsanspruch, § 39 Abs. 1 S. 2 SGB I. Dies betrifft m.E. auch die Ermessensentscheidungen bei der Sachverhaltsermittlung. Wenn der Einsatz eines bestimmten Instrumentes nach § 21 SGB X ermessensfehlerhaft war, weil die Qualitätsstandards nach § 13 Abs. 2 SGB IX nicht gewahrt wurden, und dieses Instrument möglicherweise eine verfälschende Wirkung auf die Bedarfsermittlung und -Feststellung insgesamt hatte, dann hat der Einsatz eines solchen Instrumentes rechtliche Außenwirkung. Die Rechtskontrolle des Leistungsbescheides kann auf diesem Wege dazu führen, dass die Qualitätskriterien des § 13 Abs. 2 SGB IX und ihre Einhaltung zum Maßstab für die Rechtmäßigkeit des Verwaltungsaktes werden.

Ähnliches gilt für kritische Fernwirkungen fehlerhafter Instrumente in *Begründungen*. Begründungen müssen die Leistungsentscheidung transparent machen. Der Verwaltung ist aufgegeben, die wesentlichen tatsächlichen und rechtlichen Gründe mitzuteilen, die die Entscheidung tragen, § 35 Abs. 1 SGB X. Auf eine tragfähige Begründung hat der Berechtigte einen Anspruch.

(2.2.1) Rechtliche Verbindlichkeit der Instrumente und ihrer Ergebnisse bei der Bedarfsfeststellung

Instrumentell erhobene Bedarfe und Gutachten sind verwaltungsinterne Vorstufen des Verwaltungsaktes. Ihre rechtliche Wirkung ist immer nur indirekt, denn zwischen Bedarfsermittlung und Leistungsentscheidung steht die Einschätzung des Rehabilitationsträgers zur Bewertung ihres Aussagegehaltes und ihrer Folgen für die Konkretisierung der Leistungen.

Umfassend verantwortlich für die Sachverhaltsermittlung ist der leistende Rehabilitationsträger, §§ 14 Abs. 2 S. 1, § 19 Abs. 3 S. 2. Ihm obliegt die Ermittlung des Sachverhaltes von Amts wegen, § 20 SGB X. Er entscheidet nach pflichtgemäßem Ermessen über den Einsatz bestimmter Instrumente nach § 13 und über die Beauftragung von Sachverständigen, § 21 SGB X. Ihm obliegt es auch, das *Benehmen* mit den beteiligten anderen Rehabilitationsträgern herzustellen und die *Abstimmung* mit

dem Berechtigten darüber zu gewährleisten, welche Ergebnisse in das weitere Verfahren einzuspeisen sind, § 19 Abs. 1 SGB IX. Bedarfsermittlung ist insofern ein beteiligungsintensiver kommunikativer Prozess.

Die Amtsermittlungspflicht umfasst die Pflicht, den *richtigen* Sachverhalt zu ermitteln, damit der Leistungsbescheid auf einer zuverlässigen Tatsachenbasis ergehen kann. Bei Bedenken gegen die *Qualität* der Instrumente hat der leistende Rehabilitationsträger ihren Einsatz zu unterlassen und muss auf andere Instrumente zurückzugreifen. Etwaige Rechtsmängel aus § 13 SGB IX begrenzen sein Auswahlermessen nach § 31 SGB X und führen möglicherweise zu einem verwaltungsrechtlichen „Verwertungsverbot“. Allerdings sind die qualitativen Mindestanforderungen nach § 13 Abs. 2 in unbestimmte Rechtsbegriffe gekleidet: Individualisierungsgrad, Funktionsbezug und Nachprüfbarkeit als Maßstäbe erzwingen eine solche Nichtverwertung eher in Grenzfällen. Man wird dem Rehabilitationsträger zudem einen *Beurteilungsspielraum* zubilligen müssen, wenn er diese Maßstäbe anwendet. Das heißt, zunächst ist *sein* fachliches Urteil gefragt, wenn er seiner Amtsermittlungspflicht über den Einsatz von Instrumenten nachkommt.

(2.2.2) Rechtliche Handlungsanforderungen an die Rehabilitationsträger aus § 13

Nach § 13 Abs. 1 haben die einzelnen Rehabilitationsträger ihre Instrumente daraufhin zu überprüfen, ob sie den dort genannten Gütekriterien entsprechen. Zusätzlich haben sie die thematische Reichweite ihrer Instrumente zu überprüfen, ob sie den Mindestanforderungen nach § 13 Abs. 2 entsprechen. Den Rehabilitationsträgern und ihren Organisationen ist aufgegeben, in gemeinsamen Empfehlungen die Gütekriterien, die im Gesetz als unbestimmte Rechtsbegriffe erscheinen, zu operationalisieren. Alle Handlungsanforderungen aus § 13 sind als dynamische Verpflichtung ausgestaltet: Die Rehabilitationsträger haben bei der Weiterentwicklung der Instrumente und Empfehlungen den Stand der Teilhabeforschung zu berücksichtigen und haben dabei insbesondere die Ergebnisse der Ressortforschung nach § 13 Abs. 3, der Teilhabeverfahrensberichterstattung nach § 41, der Modellversuche nach § 11 und anderer im Gesetz vorgesehenen Formen des erweiterten Wissenserwerbs einzubeziehen.

Bei der Implementierung des BTHG durch die Rehabilitationsträger und ihre Zusammenschlüsse sollte es ihre Aufgabe sein, zur Erfüllung der gesetzlichen Ziele ein *handhabbares* Instrument zu entwickeln, das fachlichen und rechtlichen Mindestanforderungen entspricht und gleichzeitig über alle Reha-Träger nach § 6 Abs. 1 Anwendung finden kann. Es bietet sich im Hinblick auf § 13 Abs. 2 SGB IX an, auf eine Art *Grunderhebungsbogen* hinzuarbeiten.

Nachhaltige Qualitätssteigerungen in der Leistungsbewilligung und -Ausführung sowie nachhaltige Brücken über verschiedene Träger und Trägergruppen hinweg lassen sich *reformpolitisch* vermutlich nur über Strategien der Wissens- und Wissenschaftsförderung und Professionalisierung des Personals erreichen.

Es wird vorgeschlagen, die vielfältigen Wissensbestände, die in Berichten, Untersuchungen, Evaluationsprojekten etc. derzeit erarbeitet werden, zu bündeln und dauerhaft dem fachwissenschaftlichen Diskurs verfügbar zu halten.

Gutachten

Gliederung:

I.

Zur Einführung: Perspektiven, Funktionen und Reformziele, Gliederung (8)

II.

Allgemeine rechtliche Anforderungen an die Prozesse der Bedarfsermittlung im SGB IX (11)

1. Aufgabe der Bedarfsermittlung im allgemeinen Sozialrecht: Individualisierung der Leistungsansprüche
2. § 13 SGB IX: Vorläufer und systematische Einbindung
3. § 13 SGB IX: Normzwecke
4. § 13 SGB IX: Regelungsgehalte
5. Nachbarregelung: Begutachtung als Element der Bedarfsermittlung
6. Fehlerquellen und Rechtsfolgen
7. Fazit

III.

Trägerspezifische Regelungen zu den Instrumenten der Bedarfsermittlung: Eingliederungshilferecht (29)

1. Eingliederungshilferecht: Bedarfsermittlung im Rahmen der Gesamtplanung
2. Bedarfsermittlung nach weiteren besonderen Reha-Leistungsgesetzen
3. Fazit

IV.

Rechtskontrollen (34)

1. Rechtsaufsicht über die Reha-Träger
2. Rechtsschutz für die Leistungsberechtigten: Widerspruchsverfahren, Klageverfahren
3. Fazit

V.

Reformoptionen, Systementwicklung (40)

I. Zur Einführung:

Perspektiven, Funktionen und Reformziele, Gliederung

Bedarfserkennung, Bedarfsermittlung und Bedarfsfeststellung umschreiben im Sozialrecht kommunikative Prozesse in rechtlich strukturierten Verfahren. Ihre Ergebnisse, jeweils unterschiedliche, individualisierte Definitionen von „Bedarf“, sind soziale Konstrukte, die ihren sozialen Sinn aus dem gewählten Handlungszusammenhang erfahren. Bedarf existiert also nicht „als solcher“ in einem dinglichen Sinne, hat aber als Begriff eine wichtige orientierende und regulierende Funktion.

Mithilfe orientierender Konstrukte und Verfahren kann die Erschließung des konkreten Sachverhaltes, der einer rechtlichen Entscheidung zugrunde zu legen ist, gelingen. Der ermittelte und festgestellte Bedarf wird dann ein Teil des „Falles“, über den eine rechtliche Entscheidung zu fällen ist. Im Sozialleistungsrecht ist dieser Fall ein Lebensausschnitt, auf den hin gesetzlich legitimierte sozialstaatliche Leistungen auszurichten sind. Die Verfahren zur Ermittlung und Umschreibung des Sachverhaltes erscheinen *dann* angemessen, wenn sie die Ziele und Voraussetzungen der jeweiligen Sozialleistungen im Auge behalten, die Komplexität der Lebenssachverhalte nicht über Gebühr verkürzen und den Beteiligten die Möglichkeit eröffnen, ihre Rollenkontexte und individuellen Sichtweisen mit in die einzelnen Stationen einzuspeisen.

Man kann diese Prozesse rund um das Bedarfskonzept aus unterschiedlichen Blickwinkeln heraus betrachten:

Bedarfsermittlung kann im rehabilitationsrechtlichen Rahmen als diskursives Kernelement eines gesundheitswissenschaftlichen patientenbezogenen „action circle“ beschreiben werden, in der die Personen mit Behinderung ihre subjektive Sicht und ihre Präferenzen zur Geltung bringen und in einen Dialog mit Fachwissenschaften und Fachverwaltungen eintreten. Dieses diagnostisch-therapeutische Geschehen wird die Wirkungen intervenierender Maßnahmen im Auge behalten, die dann eventuell zu neuen Bedarfsermittlungen und neuen Leistungsdefinitionen führen.

Aus der Sicht der Sozialrechtswissenschaft markiert die Bedarfsermittlung eine Schnittmenge von juristischen zu außerjuristischen Wissensbeständen, die im Hinblick auf differenzierte grundrechtsfördernde Entscheidungen innerhalb des Sozialrechts zu erschließen und in juristische Entscheidungsprogramme zu internalisieren sind. Bedarfserkennung, Bedarfsermittlung und Bedarfsfeststellung im Sinne des SGB IX sollen sich nach dem Bundesteilhabegesetz (BTHG)⁵⁸ im sozialrechtlichen Verwaltungsverfahren bewähren und einen transparenten und partizipativ ausgestalteten Weg beschreiben, auf dem die zuständigen und beteiligten Leistungsträger zu Entscheidungen über Rehabilitationsleistungen gelangen, um so Menschen mit Behinderungen eine umfassende Teilhabe an der Gesellschaft zu ermöglichen. Dabei hat die allgemeine Bedarfsermittlung als Sachverhaltsermittlung neben der - spezielleren - Begutachtung die Aufgabe, das rechtliche Verfahren hin zu außerjuristischen Wissensbeständen zu öffnen und diese nutzbar zu machen für eine bedarfsgerechte und fachlich dem Stand der Bezugs- oder Nachbarwissenschaften entsprechende Leistungsentscheidung. In ihnen treffen quasi Lebenswelten, Fachwelten und administrative Welten zusammen.⁵⁹

Aus der Sicht des sozialrechtlichen Verwaltungsverfahrens⁶⁰ ist das Ziel der Bedarfsermittlung zunächst und primär ein rechtmäßiger, auf individuelle Bedarfe ausgerichteter Leistungsbescheid, ein Verwaltungsakt, in dem die sozialen Rechte möglichst umfassend festgestellt und die rechtliche Ausgangsbasis für eine anspruchsgerechte Ausführung der Leistungen gelegt wird. In ihm müssen gleichzeitig die Rahmenbedingungen sozialstaatlicher Solidarität und Berechtigungen gewahrt bleiben, also die Grenzen gesetzlich verbürgter Leistungsansprüche markiert und konkretisiert werden.

⁵⁸ BTHG: Gesetz zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen (Bundesteilhabegesetz – BTHG), Entwurf und Amtliche Begründung: BT-Drs. 18/9522; Gesetzesfassung: BGBl 2016 Teil I, 3234 vom 29. Dezember 2016. - §§ ohne weitere Bezeichnungen beziehen sich auf das SGB IX in der Fassung des BTHG am 01.01.2020.

⁵⁹ SDSRV 65, Das Sozialrecht und seine Nachbardisziplinen, 2015.

⁶⁰ Gesetzesdefinition in § 8 SGB X.

Die Ergebnisse der Bedarfsermittlung reichern die Begründungen von Verwaltungsakten an und legitimieren die rechtlichen Feststellungen und Auswahlentscheidungen. Unter den Bedingungen des gegliederten Systems der Sozialleistungen spielt dabei die *koordinierende* Funktion des allgemeinen Rehabilitationsrechts eine besondere Rolle. Folglich hat die Interpretation der einschlägigen Vorschriften zur Bedarfsermittlung im SGB IX Teil 1 auch das gesetzgeberische Ziel zu verfolgen, dass die Leistungen möglichst „wie aus einer Hand“ gewährt werden können.⁶¹

Die zweite wichtige sozialrechtlich-operative Folge der Bedarfsermittlung besteht – neben der Entscheidung über beantragte Leistungen - in der Möglichkeit einer Plausibilitäts- und Richtigkeitskontrolle der Verwaltungsverfahren und ihrer Ergebnisse in den Verfahren der außergerichtlichen und gerichtlichen Rechtskontrollen. Solche Kontrollverfahren konstruieren und bewerten den Fall zunächst danach, wie er im Verwaltungsverfahren erscheint, sind aber auf Korrekturen auch im tatsächlichen Fundament der Rechtsentscheidungen ausgerichtet. Dazu sind die Positionen der Beteiligten und insbesondere die Dissense unter den Beteiligten im Verwaltungsverfahren zu dokumentieren. Ein transparentes und gut dokumentiertes Verwaltungsverfahren hilft den Anspruchsberechtigten erheblich, ihre sozialen Rechte zu verwirklichen.⁶²

Die Ergebnisse der Bedarfsermittlung bilden auch die Basis für eine bedarfsgerechte und betroffene-nennahe *Ausführung* der Leistungen durch die Rehabilitationsträger oder durch die von ihnen in Anspruch genommenen *Gesundheits- und Sozialunternehmen*, den Leistungserbringern.⁶³ Sie bilden auf diese Weise gleichzeitig den Rahmen einer durch öffentliche Mittel finanzierten *qualitäts-gesicherten* Leistungserbringung. Als Maßstab einer *wirkungsvollen* Leistungserbringung behält die Bedarfsermittlung, möglicherweise in angepasster Form, ihre Bedeutung jenseits des Leistungsbescheides. Ihre dokumentierten Ergebnisse wirken als kognitiver und partizipativer Anker für fachliche Behandlungs- und Betreuungskonzepte ebenso wie für weitere koordinierte Verwaltungsentscheidungen und für deren *Anpassung* an geänderte individuelle oder soziale Verhältnisse.

Schließlich kann die rehabilitationsrechtliche Bedarfsermittlung auch, wie das BTHG zeigt, als ein *sozialpolitisches Steuerungsmittel* wahrgenommen und eingesetzt werden. Auf die politische Agenda geraten ist die rehabilitationsrechtliche Bedarfsermittlung durch drei als bedeutsam wahrgenommene Defizite im bisherigen Recht der Rehabilitation und Teilhabe:

- SGB IX: Koordinations- und Kooperationsprobleme unter den Rehabilitationsträgern wurden identifiziert, die zu Wirksamkeits- und Effizienzdefiziten innerhalb der Sozialversicherungen und zwischen Sozialversicherungen und Trägern der Eingliederungshilfe führen.
- SGB XII: Erhebliche fachliche Defizite, deutliche regionale Schwankungen und unkontrollierte Fallzahlsteigerungen bei der Erfassung von Rehabilitationsbedarfen und der Ausgestaltung individuell angepasster Leistungen werden mit guten Gründen der Eingliederungshilfe nachgesagt.
- UN-BRK: Der völkerrechtlich und grundrechtlich hinterlegte Paradigmenwechsel im Gesundheits- und Sozialrecht hin zu mehr Selbstbestimmung und Partizipation ist auch bei der diagnostischen Anwendung von Expertenwissen und der fachlich und wissenschaftlich basierten Ausführung von Reha-Leistungen einzufordern.⁶⁴

Das geltende Recht ist gleichzeitig als dauerhafte Struktur und als Übergangsrecht für einen mehrjährigen umfassenden sozialpolitischen und sozialrechtlichen Reformprozess konzipiert. Das hat Folgen für die Einschätzung, welchen Stellenwert das reformierte Gesetz als Operationalisierung der verfolgten sozialpolitischen Reformen einnimmt.⁶⁵

⁶¹ Unten: II. Verwaltungsverfahrensrecht im allgemeinen Recht der Rehabilitation und Teilhabe. Zum Ziel koordinierter Leistungsbewilligung siehe: Amtliche Begründung BT-Drs. 18/9522, S. 193.

⁶² Unten: IV. Rechtskontrollen

⁶³ Dazu §§ 28 ff SGB X. Auf die „Fernwirkungen“ der Bedarfsermittlung im Vertragsrecht wird hier nicht näher eingegangen.

⁶⁴ Amtliche Begründung aaO S. 188 ff.

⁶⁵ Unten: V. Reformoptionen und Systementwicklung

Fazit zu I.:

Man kann die Bedarfsermittlung und ihre Instrumente im rehabilitationsrechtlichen Verfahren unter verschiedenen Blickwinkeln thematisieren. Die hier gewählte Perspektive richtet sich auf die Verpflichtungen der Rehabilitationsträger im Verwaltungsverfahren, wie sie im SGB I und X allgemein umschrieben und im SGB IX Teil 1 in den Kapiteln 2 bis 4 modifiziert und ergänzt werden. Das Verwaltungsverfahren strukturiert die administrativen Ermittlungs- und Einschätzungsprozesse im Vorfeld der Leistungsentscheidungen. Dazu gehört auch die Bedarfsermittlung mit ihren Instrumenten. Für alle Elemente des Verwaltungsverfahrens tragen die im Einzelfall zuständigen Rehabilitationsträger die Verantwortung. Durch das BTHG sind eine Reihe neuer Anforderungen auf die Behörden zugekommen.

II.

Allgemeine rechtliche Anforderungen an die Prozesse der Bedarfsermittlung im SGB IX

1. Aufgabe der Bedarfsermittlung im allgemeinen Sozialrecht: Individualisierung der Leistungsansprüche

Leistungen der Rehabilitation und Teilhabe für Menschen mit Behinderungen setzen dort ein, wo die eigenen Kräfte eine medizinische Rehabilitation, eine Teilhabe am Arbeitsleben und eine menschenwürdige soziale Existenz nicht sichern können. Dort sind diese Leistungen notwendig, § 10 SGB I. Für die sozialstaatlichen Leistungen zur Teilhabe sind auch die Ziele der Leistungen hier grob umschrieben.⁶⁶ Die geeigneten Maßnahmen, die mit gesetzlichen Leistungsansprüchen hinterlegt sind, müssen im Verwaltungsverfahren herausgearbeitet werden.

Vulnerable Gruppen brauchen besondere, auf ihre Lebenslagen ausgerichtete Leistungen, die ihre jeweiligen Ressourcen ergänzen. Ein abstrakt formulierendes Sozialrecht zielt auf die Realisierung rechtlich *typisierter Leistungsansprüche*; die konkreten Leistungen und ihre rechtliche Ausgestaltung müssen aber zugleich den *individuellen* Lebenslagen im Hinblick auf die Ziele einer spezifischen sozialstaatlichen Unterstützung angepasst sein. Die doppelte rechtliche Zielsetzung von Typisierung und Individualisierung verlangt bei der Klärung des Sachverhaltes Ermittlungen zu konkreten Lebenssachverhalten und bei der rechtlichen Bewertung eine Balance zwischen allgemeinen und personenspezifischen Erwägungen.

Das Sozialgesetzbuch formuliert die daraus resultierenden Anforderungen an die Verwaltungsverfahren im allgemeinen Sozialrecht: Leistungen mit dem Ziel einer im genannten Sinne notwendigen sozialrechtlichen Unterstützung können insbesondere bei personenbezogenen Assistenzleistungen im kodifizierten Sozialrecht häufig „nach Art und Umfang nicht im einzelnen bestimmt“ werden, sie sind u.a. nach den persönlichen Verhältnissen und dem „individuellen Bedarf des Berechtigten“⁶⁷ auszugestalten, § 33 S. 1 SGB I. Bei der Ermittlung der Bedarfe sind die *Wünsche des Berechtigten* erheblich und müssen einbezogen werden, S. 2.⁶⁸

In hinreichend komplexen und beteiligungssensiblen *Verfahren* sind mit Blick auf die in § 33 SGB I angestrebte Individualisierung also die Ansprüche auf soziale Unterstützungsleistungen auszufüllen und aufzufüllen. Dabei spielt das Handeln der *Verwaltungen* eine entscheidende Rolle, wenn es darum geht, die „sozialen Rechte möglichst weitgehend“ zu verwirklichen, § 2 Abs. 2 SGB I. An die Verwaltungen adressiert das Sozialgesetzbuch in den Büchern I und X und im Sozialgerichtsgesetz (SGG) eine Reihe von Aufgaben und Pflichten. Das allgemeine Sozialrecht skizziert die rechtlichen Pfade, in denen die Anspruchskonkretisierung und Individualisierung unter der Verantwortung der zuständigen Behörden zu verlaufen haben.

In den einzelnen Leistungsgesetzen werden soziale Risiken, sozialstaatliche Leistungsziele und Leistungsarten grundsätzlich und typisierend umschrieben, sodass eine Verdichtung als Rechtsanspruch möglich ist, § 38 SGB I. Eine Konkretisierung im Einzelfall benötigt nun normativ gestaltete Deutungs- und Handlungsspielräume. Deutungen finden ihren Niederschlag in von Amts wegen ermittelten Sachverhalten, § 20 SGB X, die im Einvernehmen mit den Berechtigten und in rechtsstaatlichen Grenzen auch Anhörungen, Untersuchungen und Behandlungen beinhalten können, §§ 60 bis 66 SGB I, § 21 SGB X.

Handlungsspielräume ergeben sich für die Verwaltungen dann, wenn, wie regelmäßig bei personenbezogenen Assistenzleistungen, im abstrakt-generellen Gesetz die individuellen Ansprüche und ihre Voraussetzungen nicht bis ins Letzte umschrieben werden können. Doch auch die Ausfüllung dieser Handlungsspielräume vollzieht sich in den Bahnen des Rechts: Unbestimmte Rechtsbegriffe

⁶⁶ Siehe auch § 4 SGB IX.

⁶⁷ Das Gesetz gebraucht bei Gattungsbegriffen wie dem *Leistungsberechtigten* die männliche Form. Selbstverständlich sind im Gesetz und auch hier stets weibliche Personen mit gemeint.

⁶⁸ Zu § 33 SGB I im Recht der Rehabilitation und Teilhabe differenziert: Banafsche, Personalisierung: Wunsch und Wahlrecht, in: SDSRV 66, 157

sind nach transparenten Maßstäben zu konkretisieren. Und Ermessen der Verwaltung ist alles andere als Willkür, § 39 SGB I; vielmehr eine Aufforderung an die Beteiligten, sich in rechtlich gerahmten Verfahren auszutauschen, die Ergebnisse dieses Austausches zu dokumentieren und im Verwaltungsakt festzuhalten, § 31 SGB X, und in die Begründungen des Leistungsbescheides einfließen zu lassen, § 34 SGB X.

Auch beim Einsatz von Instrumenten der Sachverhaltsermittlung ergeben sich Handlungsspielräume. So kann die verantwortliche Behörde andere Behörden im Wege der Amtshilfe um Mithilfe bitten, § 4 SGB X. Die Entscheidung darüber, ob Sachverständige einzuschalten sind oder andere Akten einzubeziehen sind, liegt in ihrem Ermessen, § 21 SGB X. Gleiches gilt, wenn ein Sozialleistungsträger den Antragsteller zu persönlichem Erscheinen, zu Untersuchungen, zu Heilbehandlungen oder zur Teilnahme an Maßnahmen auffordert, die seine Vermittlungsfähigkeit auf dem Arbeitsmarkt fördern können, §§ 61 bis 64 SGB I.

Bei allen behördlichen Gestaltungsräumen zum Einsatz von Instrumenten sind die *Grundstrukturen einer behördlichen Sachverhaltsklärung* allerdings zwingend vorgegeben:

- Verantwortlich ist die Behörde, die den Leistungsbescheid zu erstellen hat, Untersuchungsgrundsatz und Amtsermittlungsprinzip, § 20 SGB X.
- Die Berechtigten und andere Beteiligte sind anzuhören, wenn es um ihre Rechte geht, § 24.
- Bedarfsermittlungen über Untersuchungen oder Arbeitserprobungen sind im Einvernehmen mit Berechtigten zulässig; fehlt es an diesem Einvernehmen, können sie nur im Rahmen rechtsstaatlicher Verhältnismäßigkeit angeordnet werden. Bei Verletzung ihrer Mitwirkungspflichten gefährden die Berechtigten ihre Leistungsansprüche, §§ 60 bis 66 SGB I.
- Das Gesetz verlangt Transparenz: Spätestens nach Erhalt des Leistungsbescheides können die Berechtigten die Verfahrensakten persönlich einsehen; bei sensiblen gesundheitlichen oder persönlichen Einschätzungen sind die Ergebnisse eventuell zu vermitteln, § 25 SGB X.
- Die Leistungsentscheidung selbst ist sowohl unter tatsächlichen als auch unter rechtlichen Aspekten zu begründen. Auch die Ermessensentscheidungen zu den eingesetzten Instrumenten der Sachverhaltsermittlung sind im VA nachvollziehbar zu begründen, § 34 SGB X.
- Unvollkommene Beteiligungen und Begründungsmängel sind nachzubessern, § 41 SGB X. Gelingt dies nicht, leidet der Bescheid unter Rechtsmängeln, die ihn rechtswidrig und damit aufhebbar machen.
- Der Verwaltungsakt muss in seinem Regelungsgehalt bestimmt sein, § 31.
- Gegen den Leistungsbescheid ist der gerichtliche Rechtsschutz eröffnet, Art. 19 Abs. 4 GG, § 62 SGB X.
- Die Sozialgerichte können nach eigenem Ermessen weitere Ermittlungen vorsehen und den Fall quasi neu aufrollen.
- Sozialgerichte können einen fehlerhaften Leistungsbescheid aufheben. Sie können ihn aber auch an die zuständige Behörde zurückverweisen, damit nachgebessert werden kann, sowohl bei den Instrumenten und Ergebnissen der Sachverhaltsermittlung als auch bei etwaig unterbliebenen Anhörungen und Beteiligungen.⁶⁹

Das allgemeine Sozialrecht regelt also in SGB I und SGB X eine Vielzahl von Aspekten der individualisierten Leistungskonkretisierung rund um die Bedarfsermittlung. Auf diese subsidiär geltenden Normen, die in der Regel auch sanktionsbewehrt sind, ist zurückzugreifen, wenn sich in den einzelnen Leistungsgesetzen unvollständige Verfahrensnormen finden und zu Zweifelsfragen bei der Definition von Rechten und Pflichten der Beteiligten führen, § 37 SGB I.

Fazit zu II.1:

⁶⁹ Siehe zur sozialgerichtlichen Rechtskontrolle unten: IV.

Prozesse der Bedarfserkennung, Bedarfsermittlung und Bedarfsfeststellung sind aus der Sicht des geltenden Sozialrechts entscheidende verwaltungsgesteuerte Verfahrensschritte auf dem Wege der Leistungskonkretisierung im jeweiligen Leistungssystem.

Das allgemeine Sozialrecht im SGB I und im SGB X regelt eine Vielzahl von Aspekten der individualisierten Leistungskonkretisierung rund um die Bedarfsermittlung. Auf diese subsidiär geltenden Normen, die in der Regel auch sanktionsbewehrt sind, ist zurückzugreifen, wenn sich in den einzelnen Leistungsgesetzen unvollständige oder lediglich programmatisch ausgestaltete Verfahrensnormen finden und zu Zweifelsfragen bei der Definition von Rechten und Pflichten der Beteiligten führen, § 37 SGB I.

2. § 13 SGB IX: Normative Basis und systematische Einbindung

Mit dem Bundesteilhabegesetz (BTHG) hat sich der Gesetzgeber dem Verfahren der rehabilitationsrechtlichen Bedarfsermittlung im allgemeinen Recht der Rehabilitation und Teilhabe und auch in besonderen Leistungsgesetzen wie dem Eingliederungshilferecht intensiv gewidmet. Er hat damit Teilaspekte des allgemeinen Sozialverfahrensrechts auf die besonderen Leistungsziele des Rechts der Rehabilitation und Teilhabe zugeschnitten. Die Reformziele liegen darin, Beteiligung, Transparenz, Kooperation und Koordination unter den besonderen Bedingungen des gegliederten Systems zu sichern und die Maßstäbe der Leistungskonkretisierung zu vereinheitlichen. Die *Instrumente* der Bedarfsermittlung werden dabei mit einer besonderen Vorschrift bedacht, § 13.

a) Vorläuferregelung § 10 SGB IX alte Fassung (aF)

Eine eigenständig geregelte Bedarfsermittlung oder Bedarfsfeststellung gab es im bis 31. Dezember 2017 geltenden SGB IX Teil 1 nicht. Die Vorgängerregelung § 10 SGB IX aF sah die Bedarfsermittlung im Zusammenhang mit der notwendigen Koordinierung der Leistungen, falls im Einzelfall Leistungen verschiedener Leistungsgruppen oder mehrerer Rehabilitationsträger erforderlich sind.

Als träger- oder leistungsgruppenübergreifende verbindende Elemente regelte die frühere Vorschrift: Für die Feststellung des individuellen Bedarfs sind die nach § 14 als leistende Rehabilitationsträger bestimmten Leistungsträger zuständig. Sie sollen sich bei der Bedarfsfeststellung mit anderen Reha-Trägern ins Benehmen setzen und mit dem Berechtigten abstimmen. Die Anforderungen an die *Art* der Bedarfsermittlung werden grob umschrieben: funktionsbezogen soll sie erfolgen, ihre Ergebnisse sollen schriftlich festgehalten werden, die schriftliche Zusammenstellung soll dazu beitragen, dass die verschiedenen Leistungen nahtlos ineinandergreifen und periodisch an den individuellen Bedarf angepasst werden können.

Aus diesen vorhandenen gesetzlichen Vorgaben ist über fachliche und rechtliche Kommentierungen herausgearbeitet worden, dass sich der Gesetzgeber wohl ein planvolles koordiniertes Handeln der Rehabilitationsträger bei der rehabilitationsrechtlichen Bedarfsermittlung vorstellt, wie es die Beteiligten am ehesten im Rahmen einer *Teilhabeplanung* verwirklichen können und auch sollen. Maßgeblich für die Operationalisierung der Anforderungen aus § 10 SGB IX aF waren die im Rahmen der BAR erarbeiteten gemeinsamen Empfehlungen.⁷⁰

b) Ausdifferenzierung und Verrechtlichung der Bedarfsermittlung im BTHG

Die bisher in § 10 SGB IX aF zusammengefassten Elemente der Bedarfsermittlung und Bedarfsfeststellung werden im BTHG nun erheblich differenzierter umschrieben. Vor allem aber werden

⁷⁰ Gemeinsame Empfehlung Einheitlichkeit/Nahtlosigkeit vom 22. März 2004, Gemeinsame Empfehlung Reha-Prozess vom 1. August 2014. Siehe auch die Kommentierungen zum § 10 aF von Welti in: HK-SGB IX, Luthé in: juris-PK und Joussen in: SGB IX-Handkommentar. Zur kritischen Einschätzung der Wirksamkeit von § 10 aF siehe: Amtliche Begründung aaO. S. 192.

die Ergebnisse der Bedarfsermittlung eingespeist in ein nun gesetzlich detailliert geregeltes Teilhabeplanverfahren für trägerübergreifende beziehungsweise leistungstruppenübergreifende Konstellationen. Dieses Verfahren soll maßgeblich dazu beitragen, dass die Leistungsgestaltung trotz verbliebener rechtlicher Zuständigkeit verschiedener Leistungsträger künftig „wie aus einer Hand“ erscheint.

Wie sich an der Verwendung des Begriffes Bedarfsermittlung im reformierten SGB IX Teil 1 aufzeigen lässt, erhalten die Instrumente der Bedarfsermittlung nun einen gänzlich neuen normativen Rahmen und neue verfahrensrechtlich bestimmbare Funktionen:

- *Erkennung und Ermittlung* des Rehabilitationsbedarfes sind Themen von Kapitel 3, so die Überschrift vor §§ 12 und 13⁷¹.
- Den *Instrumenten* der Bedarfsermittlung widmet das Gesetz eine eigene Vorschrift mit qualitativen Gütekriterien und thematischen Mindestanforderungen, § 13.⁷²
- Die Bedarfsermittlung gehört zu den Aufgaben des *leistenden Rehabilitationsträgers*. Auf die in § 13 angesprochenen Instrumente der Bedarfsermittlung wird ausdrücklich verwiesen, mit ihrer Hilfe stellt der leistende Reha-Träger den Reha-Bedarf „unverzüglich und umfassend“ fest, § 14 Abs. 2.
- Mit dem Verfahren der *Begutachtung* umschreibt der Gesetzgeber ein spezielles Instrument der Bedarfsermittlung mit eigenen Anforderungen (umfassende sozialmedizinische, bei Bedarf auch psychologische Begutachtung), eigenen Beteiligungsrechten für die Antragsteller, eigenen Folgen für die Bearbeitungsfristen, § 17, § 14 Abs. 2 S. 3.
- Instrumente der Bedarfsermittlung und die Feststellung des Reha-Bedarfs sind Elemente des träger- oder leistungstruppenübergreifenden *Teilhabeplanverfahrens*. Der Teilhabeplan fasst die Ergebnisse der Bedarfsermittlung zusammen. In die *Dokumentation* des Teilhabeplanes sind die Ergebnisse aufzunehmen, § 19 Abs. 2 Nr. 2 und 3.
- Die Rehabilitationsträger nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 bis 5 sind gehalten, Grundsätze der Instrumente zur Ermittlung des Rehabilitationsbedarfes in *gemeinsamen Empfehlungen* zu vereinbaren, § 26 Abs. 2 Nr. 7
- *Persönliche Budgets* sollen auf der Basis des individuell festgestellten Bedarfs bemessen werden; die Bedarfsermittlungsverfahren sind alle 2 Jahre zu wiederholen, § 29 Abs. 1 und 2. Die Zielvereinbarung wird im Rahmen des Bedarfsermittlungsverfahrens abgeschlossen, § 29 Abs. 4.
- Die Rehabilitationsträger nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 bis 5 gestalten und organisieren ihre Zusammenarbeit in einer Arbeitsgemeinschaft nach § 94 SGB X. Zu den Aufgaben dieser „*Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation*“ (BAR) gehört es u.a., „gemeinsame Grundsätze zur Bedarfserkennung, Bedarfsermittlung und Koordinierung von Rehabilitationsmaßnahmen und zur trägerübergreifenden Zusammenarbeit“ zu erarbeiten, § 39 Abs. 2 Nr. 2.
- Im *Teilhabeverfahrensbericht*, den die BAR im Jahre 2019 erstmals vorzulegen hat, spielen vor allem die Zeitbedarfe für die Ermittlungen und Gutachten eine Rolle, § 41 Abs. 1 Nr. 4 und 5.

Auch bei den Leistungsvorschriften zu den einzelnen Leistungsgruppen finden sich direkte Hinweise auf instrumentelle Fragen der Bedarfsermittlung:

- Die Auswahl der *Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben* berücksichtigt Eignung, Neigung, bisherige Tätigkeiten und Arbeitsmarktsituation. Bei der Bedarfsermittlung kann „die berufliche Neigung *abgeklärt* oder eine *Arbeitserprobung* durchgeführt“ werden, § 49 Abs. 4.
- Für die Konkretisierung von *Leistungen zur Sozialen Teilhabe* werden Bedarfsermittlungen im Sinne des SGB IX Teil 1 Kapitels 3 und 4 ausdrücklich vorausgesetzt, § 76 Abs. 1.

Schon diese Hinweise auf die rechtlichen Standorte von Bedarfsermittlung und Begutachtung öff-

⁷¹ §§ ohne Zusatz SGB IX in der durch das BTHG geänderten Fassung; die Vorschriften zum Eingliederungshilferecht im SGB Teil 2 gelten ab 2020.

⁷² Zu den einzelnen Tatbestandselementen unten: II.3.

nen den Blick für eine Mehrzahl von *rechtlich strukturierten Aufgabenfeldern*, in denen die in § 13 angesprochenen fachlichen *Instrumente* wirksam werden können.

- Zunächst und zuvörderst dienen die Instrumente einer besseren *fachlichen Fundierung* der Leistungsentscheidungen der Rehabilitationsträger im Sozialverfahrensrecht⁷³.
- Aber sie eröffnen auch neue Möglichkeiten des intensiveren Personenbezuges im Verwaltungsverfahren, also der *Beteiligung* durch die Betroffenen bei der *Individualisierung* der Bedarfsermittlung.
- Schließlich entwickeln sich im Einsatz von spezifischen Instrumenten der Bedarfsermittlung neue Anforderungen an die *Begründungen* von Leistungsentscheidungen; sie erhalten damit eine gesicherte fachlich-wissenschaftliche als auch partizipative Materialbasis.
- Auf der Ebene der handelnden Organisation dienen sie dazu, einen trägerübergreifenden Code zu entwickeln, auf dessen Basis eine trägerübergreifende Verständigung im Teilhabeplanverfahren möglich wird. Ohne einheitliche Standards für die eingesetzten Instrumente der Bedarfsermittlung, die wiederum auf die Ziele der Rehabilitation und Teilhabe bezogen sein müssen, ist eine koordinierte Leistungsgewährung „wie aus einer Hand“ kaum vorstellbar.
- Mittelbar dienen die Instrumente auch der konsistenten und koordinierten *Ausführung* der Leistungen, weil die dokumentierten Ergebnisse des Instrumenteneinsatzes wichtige Impulse für die Leistungserbringer darstellen und eine spätere Wirkungskontrolle der Leistungsträger leiten können.
- Schließlich sind die eingesetzten Instrumente und individuellen Ergebnisse Material für weitere sozialpolitisch gewollte Vereinheitlichungen auf dem Wege zu mehr Einheitlichkeit und besserer Überprüfbarkeit über Forschung, Entwicklung und Reformgesetzgebung. Das Gesetz nennt eine ganze Reihe von Maßnahmen, die auf diese Ziele ausgerichtet sind: Untersuchungen des BMAS, Modellversuche, Empfehlungen im Rahmen der BAR, Teilhabeverfahrensbericht.

3. § 13 SGB IX: Normzwecke

Die Appelle aus dem SGB IX des Jahres 2001 zu mehr Zusammenarbeit und Einheitlichkeit und aus der gemeinsamen Empfehlung der Reha-Träger nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 bis 5 haben sich aus der Sicht des Reformgesetzgebers als wenig nachhaltig und wirkungsvoll erwiesen. Zwar hat das BSG nach altem Recht die Verpflichtung aller Rehabilitationsträger unterstrichen, Leistungsanträge schnell und hinsichtlich aller beantragten Leistungen zu bearbeiten, auch wenn einzelne Leistungsanteile in die Zuständigkeit anderer Reha-Träger fallen.⁷⁴ In der Verwaltungspraxis scheint diese Direktive nur unzulänglich angekommen zu sein.⁷⁵ Die Gründe mögen in einer in der Bürokratieforschung verifizierten Tendenz von Behörden zur „negativen Koordination“ liegen, also in einem Vermeidungsverhalten der Leistungsträger, in gegliederten Systemen mehr Aufmerksamkeit auf die Absicherung der eigenen Unzuständigkeit zu legen als sich den Aufwands- und Kostenrisiken von Koordination von Leistungen und Kooperation mit anderen Leistungsträgern auszusetzen.⁷⁶

§ 13 in der Fassung des BTHG stellt einen Anlauf dar, die gesetzlichen Koordinations- und Kooperationspflichten fachlich zu hinterlegen. Die Reha-Träger haben die *Instrumente*, die sie nach den für sie geltenden Leistungsgesetzen verwenden, um den individuellen Rehabilitationsbedarf zu ermitteln, nun unter den gesetzlichen Vorgaben des BTHG neu zu betrachten und gegebenenfalls an diese Vorgaben anzupassen. Gemeint sind als *Objekte* dieser Überprüfung und Anpassung einmal die *Arbeitsprozesse* im Sinne von Verfahren der Tatsachenermittlung und Beteiligungsformen. Dazu zählen Erhebungen, Analysen, Planungen und Ergebniskontrollen. Zum Zweiten sind angespro-

⁷³ S.u.: Verwaltungsverfahren, Leistungsentscheide

⁷⁴ BSG v. 11.05.2011, B 5 R 54/10 R und BSG v. 03.02.2015, B 13 R 261/14 B.

⁷⁵ El Samadoni und Siefert in: Inklusion behinderter Menschen als Querschnittsaufgabe des Sozialrechts, SDSRV 66, 2015, S. 93 ff, 121 ff,

⁷⁶ Luthe juris-PK § 10 SGB IX (aF) Rn 16

chen die *Arbeitsmittel* zur Bedarfsermittlung, also etwa Tests, Fragebögen oder IT-Anwendungen.⁷⁷

Die Aufgabe einer internen Revision der eigenen Arbeitsprozesse und Arbeitsmittel („Instrumente“) steht in einem doppelten Zielzusammenhang: *Einheitlichkeit* und *Überprüfbarkeit*. Dabei richtet sich das Ziel einer *Vereinheitlichung* der Instrumente auf eine verbesserte trägerübergreifende Koordination der Leistungen und Kooperation der Reha-Träger im System und im konkreten Verwaltungsverfahren. Das Ziel einer *Überprüfbarkeit* richtet sich auf die Transparenz der Verwaltungsverfahren, auf die fachliche Fundierung und Plausibilität der Ergebnisse von instrumentengestützten Ermittlungen zum Rehabilitationsbedarfe und ihre Vermittlung im Verwaltungsverfahren, resp. im Teilhabeplanverfahren.

4. § 13 SGB IX: Regelungsgehalte

a) Geltungsbereiche

Mit § 13 schafft das BTHG einen einheitlichen Rechtsrahmen für die Bedarfsermittlung im Recht der Rehabilitation und Teilhabe. § 13 wendet sich an die Rehabilitationsträger nach § 6, und zwar unterschiedslos an *alle*. Eine Differenzierung nach Leistungsträgern wie etwa in § 3 Abs. 2 oder § 18 Abs. 7 oder § 26 Abs. 1 erfolgt zunächst nicht. Die in Abs. 1 formulierten Maßstäbe und die in Abs. 2 formulierten Mindestanforderungen gelten für alle Bedarfssituationen und Leistungsansprüche, trägerübergreifende wie trägerspezifische ebenso wie leistungsgruppenübergreifende wie leistungsgruppenspezifische Konstellationen.

Die gesetzlichen Anforderungen an die Instrumente selbst sind Regelungsgegenstand der für die jeweiligen Reha-Träger geltenden Leistungsgesetze. Diese gehen nach § 7 Abs. 1 S. 1 den allgemeinen Regelungen im SGB IX Teil 1 vor. Darauf nimmt § 13 Abs. 1 S. 1 erkennbar Rücksicht, denn nicht die Instrumente selbst sollen vereinheitlicht werden, sondern sie sind im Hinblick auf Gütekriterien und Mindestanforderungen anzupassen. Dass die Gütekriterien und Mindestanforderungen aus § 13 Abs. 1 und 2 dennoch eine direkte rechtliche Wirkung gegenüber den Reha-Trägern und auf die Instrumente der Bedarfsermittlung entfalten können, ist § 7 Abs. 2 S. 1 zu verdanken, der § 13, als normatives Element der Kapitel 2 bis 4, eine Vorrangstellung gegenüber den Instrumentenvorschriften verleiht, die sich in den besonderen Leistungsgesetzen finden.⁷⁸

Eine besondere Wirksamkeit entfalten die Maßstäbe und Mindestanforderungen des § 13 dann, wenn es um trägerübergreifende oder leistungsgruppenübergreifende Konstellationen geht. Dann sind die Ermittlungen und Feststellungen über den individuellen Bedarf nach § 13 Teile des förmlichen *Teilhabeplanverfahrens* und Elemente des schriftlich zu dokumentierenden Teilhabeplanes, §§ 19 bis 23.

Dies gilt insbesondere auch für die Leistungen der *Eingliederungshilfe*, die im *Gesamtplanverfahren* nach §§ 117 ff konkretisiert und zeitlich bestimmt werden. § 7 Abs. 1 S. 3 stellt klar, dass es sich beim Eingliederungshilferecht um ein eigenes besonderes Leistungsgesetz im Sinne von § 7 Abs. 1 S. 1 und 2 handelt. Auch für die Eingliederungshilfe gilt die Abweichung vom Vorrang der besonderen Leistungsgesetze nach § 7 Abs. 2 S. 1 und damit die unmittelbare Geltung des § 13. Auch eine Landesgesetzgebung kann daran nichts ändern, § 7 Abs. 2 S. 2. Die Individualisierung der Leistungen der Eingliederungshilfe erfolgt im Gesamtplan nach § 121, so § 104 Abs. 1 S. 2. Der Teilhabeplan ist per Gesetzesdefinition ein der Gesamtplanung übergeordnetes Verfahren, die Gesamtplanung der Eingliederungshilfe nach §§ 117 ff gilt als Gegenstand der Teilhabeplanung, § 21 S. 1. So ist etwa die Dokumentation des Planungsprozesses einheitlich auch in der Eingliederungshilfe im Schema des § 19 Abs. 2 vorzunehmen, wozu dann auch die Ergebnisse der Bedarfsermittlung nach § 13 gehören. Die Regelungen der Teilhabeplanung einschließlich der Dokumentation

⁷⁷ Amtl. Begründung S. 232

⁷⁸ Amtliche Begründung S. 229.

der Ergebnisse zu den Instrumenten nach § 13 werden so zu Regelungen der Gesamtplanung - und auf diese Weise auf die Verfahren der Leistungskonkretisierung im Eingliederungshilferecht generell erstreckt, soweit dort – wie meist – die Gesamtplanung greift.

b) § 13 Abs. 1 SGB IX: Systematik, Standardisierung, Einheitlichkeit

Inhaltlich ordnet das Gesetz in Abs. 1 an, die Arbeitsprozesse der einzelnen Rehabilitationsträger „*systematisch*“ auszugestalten, die Arbeitsmittel sollen „*standardisiert*“ sein.

Mit den Anforderungen an *systematische* Arbeitsprozesse können nach nachvollziehbaren Kriterien gegliederte Prozesse gemeint sein, die als strukturiert wahrgenommen werden und deren Einzelelemente im Ergebnis sinnvoll aufeinander bezogen werden können. Mit dem Adjektiv *standardisiert* wird auf ein methodisches Kriterium aus der empirischen Sozialforschung und Testpsychologie aufgegriffen, wonach die Erhebungsinstrumente zu stabilen und zuverlässigen Ergebnissen führen und gültige, quasi „objektive“, nicht von geäußerten Wünschen und Neigungen geprägte Aussagen im Hinblick auf den Rehabilitationsbedarf einzelner Personen erlauben sollen. Im Verwaltungsverfahren des SGB IX Teil 1 will das BTHG damit Standards allgemein festlegen, die künftig bei der Sachverhaltsermittlung und bei der Entscheidung über Beweismittel⁷⁹ zu beachten sind. Damit will das Gesetz die behördliche Entscheidungsfreiheit bei der Sachverhaltsermittlung im Vorfeld von Leistungen zur Teilhabe bewusst eingrenzen auf den Einsatz fachlicher, methodischen Standards genügender Instrumente hinarbeiten.

„Systematik“ und „Standardisierung“ in § 13 Abs. 1 sind als sogenannte unbestimmte Rechtsbegriffe zu qualifizieren, deren normativer Gehalt im Einzelfall mittels hermeneutischer Verfahren zu ermitteln ist. Am Ende gibt es nur eine gültige und tragfähige rechtliche Auslegung.⁸⁰

Methodologische Begriffe wie Standardisierung und Systematisierung müssen auf den jeweiligen fachlichen Kontext bezogen werden und den „state of the art“ spiegeln. Aus dem juristischen Wissensfundes allein sind sie nicht zu füllen, weil sie Verweisformeln in einen außerjuristischen fachlich-wissenschaftlichen Diskussionszusammenhang darstellen. Das Gesetz selbst bietet keine weitere Konkretisierung. Im Streitfall müssten sich juristische Entscheidungsträger bei der qualitativen Bewertung anhand dieser Maßstäbe einer fachlichen Expertise bedienen, die über Gutachten oder Anhörungen von Sachverständigen zur Verfügung zu stellen wäre.

*Einheitliche Ermittlung des individuellen Rehabilitationsbedarfs*⁸¹

Ziele der gesetzlich vorgesehenen Maßnahmen sind Einheitlichkeit und Überprüfbarkeit. Mit Blick auf die jeweiligen Leistungsgesetze stellt das Gesetz klar, dass sich die angesprochenen Instrumente zur Bedarfsermittlung nicht gänzlich vereinheitlichen lassen. Soweit also Abs. 1 S 1 eine „einheitliche“ Bedarfsermittlung den Reha-Trägern zur Aufgabe macht, muss es sich *nicht* um *identische* Instrumente handeln.

Während § 13 Abs. 1 S. 1 *Grundanforderungen* an die Instrumente regelt, sehen S. 2 und 3 mögliche Verfahrensschritte vor, wie sich die in S. 1 angesprochenen Verantwortlichen, nämlich *alle* Reha-Träger, auf diese Grundanforderungen zubewegen sollen. Einheitlichkeit der individuellen Bedarfsermittlung beschreibt in § 13 Abs. 1 also nicht allein ein Qualitätskriterium für die Instrumente im geltenden Recht, sondern auch einen dynamischen Prozess administrativer Reformen.

Zur Schaffung einer immer größeren Einheitlichkeit ist den verantwortlichen Akteuren aufgegeben, einige Arbeitsschritte zu durchlaufen. Zu diesen vorbereitenden Maßnahmen in Richtung auf eine

⁷⁹ §§ 20, 21 SGB X

⁸⁰ Keller in: Meyer-Ladewig u.a., SGG § 54 Rn 30.

⁸¹ Zum Kriterium der Überprüfbarkeit bzw. Nachprüfbarkeit siehe unten zu § 13 Abs. 2: c)

größere Einheitlichkeit gehören:

- Der neu formulierte Auftrag an die Rehabilitationsträger nach § 6 Abs. 1 bis 5, zu den Grundsätzen für die Instrumente zur Ermittlung des Rehabilitationsbedarfs nach § 13 im Rahmen der BAR gemeinsame Empfehlungen zu vereinbaren, § 26 Abs. 2 Nr. 7, § 39 Abs. 2 Nr. 2. Auf § 26 Abs. 2 Nr. 7 wird in § 13 Abs. 1 S. 2 ausdrücklich verwiesen.
- Das Untersuchungsvorhaben nach Abs. 3: Der Gesetzgeber geht offenbar davon aus, dass es zu den derzeit eingesetzten Instrumenten eine *Wissenslücke* gibt, wie diese im Hinblick auf Einheitlichkeit und Überprüfbarkeit wirken. Das Untersuchungsvorhaben soll recht kurzfristig Entscheidungshilfen liefern, nämlich schon bis zum 31. Dezember 2019, § 13 Abs. 3.⁸²
- Flächendeckende Wirkungsuntersuchung, die gewünschte Einbeziehung der Trägern der Eingliederungs- und Jugendhilfe: Dass der Reformgesetzgeber hierbei auch die in der Praxis vielfach hinderliche Schnittstelle zwischen den Reha-Trägern nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 bis 5 und denen nach Nr. 6 und 7 bearbeiten will, wird aus dem Bemühen deutlich, diese Trägerlandschaft in die Wirkungsuntersuchung zu den Instrumenten mit einzubeziehen; dies auf kompetenzrechtlich⁸³ stabilem Grund, nämlich auf freiwilliger Basis, § 13 Abs. 4.
- Teilhabeverfahrensbericht: Schließlich sollen die Rahmendaten zu den vereinheitlichenden Maßnahmen im Rahmen eines Teilhabeverfahrensberichtes aufgearbeitet werden, zu dem *alle* Reha-Träger verpflichtet werden, umfangreiches Datenmaterial zu erheben und an die BAR weiterzuleiten, § 41.

Das Gesetz sieht zeitlich gestaffelte, auch zukünftige Maßnahmen vor, damit die fachlich anspruchsvolle Aufgabe eines trägerübergreifenden Grundkonzepts realisiert und nach und nach optimiert werden kann. Unter diesen Umständen ist der unbestimmte Rechtsbegriff *Einheitlichkeit* als Anforderung an das Verhalten der Rehabilitationsträger – unbeschadet der grundsätzlichen Verpflichtungen aus § 13 Abs. 1 S. 1 und 2 - zeitdynamisch zu konkretisieren. Das ergibt sich schon daraus, dass die Inhalte der in S. 2 angesprochenen gemeinsamen Empfehlungen nach § 26 Abs. 2 Nr. 7 nicht ein für alle Male festgeschrieben werden. Die Bezugnahme in § 13 Abs. 1 S. 2 richtet sich auf die *jeweils aktuelle* Fassung der gemeinsamen Empfehlungen und setzt selbstverständlich voraus, dass die nun zu vereinbarenden Gemeinsamen Empfehlungen im Rahmen des Prozesses nach § 26 Abs. 2 künftig auch kontinuierlich weiterentwickelt werden können.

Unter den Umständen einer hohen rechtlichen Unbestimmtheit des Kriteriums der *Einheitlichkeit* erhalten diese gemeinsamen Empfehlungen eine besondere rechtliche und auch reformpolitische Bedeutung.

Sozialrechtlich sind Anforderungen an die *Einheitlichkeit*, denen die Instrumente nach § 13 Abs. 1 S. 1 zu entsprechen haben, mithilfe der gemeinsamen Empfehlungen nach S. 2 in ihrer jeweils aktuellen Fassung zu konkretisieren (Sollvorschrift). Nach § 26 Abs. 2 Nr. 7 sind die Rehabilitationsträger im Rahmen einer Arbeitsgemeinschaft nach § 94 SGB X⁸⁴ verpflichtet, gemeinsame Empfehlungen „für Grundsätze der Instrumente zur Ermittlung des Rehabilitationsbedarfs nach § 13“ zu vereinbaren. Der Indikativ in § 26 Abs. 2 („vereinbaren“) ist eindeutig, es handelt sich um eine Rechtspflicht, die allerdings zunächst nur diejenigen Reha-Träger trifft, die in § 26 Abs. 2 auch angesprochen sind: Rehabilitationsträger nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 bis 5.

Die Bindungswirkung ergibt sich für die Rehabilitationsträger nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 bis 5 aus dem Charakter der Vereinbarungen nach § 26 Abs. 2. Allerdings relativiert der Gesetzgeber die inhaltliche Reichweite der Empfehlungen in doppelter Weise: Die Instrumente der einzelnen Rehabilitationsträger *sollen* nach § 13 Abs. 1 S. 2 den Empfehlungen entsprechen, sie müssen es nicht in jedem Falle. Abweichungen im Ausnahmefall sind also rechtmäßig, etwa dann, wenn die Empfehlungen

⁸² Dazu unten zu § 13 Abs. 3 und 4

⁸³ Der Bund kann kommunalen Sozialhilfeträgern oder Eingliederungshilfeträgern nicht auferlegen, sich an einer solchen Wirkungsuntersuchung zu beteiligen, Art. 84 Abs. 1 S. 5 GG.

⁸⁴ BAR, siehe § 39

ausnahmsweise mit den trägerspezifischen Aufgaben, wie sie sich in den besonderen Leistungsgesetzen spiegeln, kollidieren. Die zweite Relativierung liegt darin, dass sich die Empfehlungen nur auf *Grundsätze* für Instrumente zur Bedarfsermittlung beziehen sollen. Hier dürften vor allem die anderen Gütekriterien aus Satz 1 gemeint sein: Systematik, Standardisierung, Individualisierung. - Zur Bindungswirkung für die weiteren Rehabilitationsträger ist schließlich zu berücksichtigen, dass die Träger der Eingliederungshilfe und öffentlichen Jugendhilfe den gemeinsamen Empfehlungen nach § 26 Abs. 2 beitreten können, aber nicht müssen. Tun sie dies nicht, haben die Empfehlungen für diese Träger gleichwohl orientierenden Charakter, § 26 Abs. 5.⁸⁵

Reformpolitisch liegt es nahe, die Aufforderung zu gemeinsamen Empfehlungen pragmatisch zu deuten, nämlich ein für alle Reha-Träger *handhabbares Instrument* zu entwickeln, das fachlichen und rechtlichen Mindestanforderungen entspricht. Dies sollte gelingen, wenn man

- sich an den Grundfragen für eine instrumentengestützte Bedarfsermittlung aus § 13 Abs. 2 orientiert,
- die dort in Bezug genommenen sozialen Rechte im Auge behält und dabei leistungsgruppenspezifisch vorgeht,
- im Kern ein für breite Beteiligungen und subjektive Deutungen offenes Gesprächsprotokoll darstellt,
- sich fachlich an das breit akzeptierte bio-psycho-soziale Modell der WHO anlehnt,
- das Ziel des Verfahrens nicht aus den Augen verliert: Vorbereitung und Begleitung der Leistungsentscheidungen durch Dokumentation und Begründungen
- und im Verwaltungsalltag auf seine Tauglichkeit zur Entscheidungsvorbereitung überprüft wurde.

Systemvergleiche zu anderen Büchern des SGB, etwa zur Bedarfsermittlung und -Feststellung in der Sozialen Pflegeversicherung⁸⁶, könnten genutzt werden.

§ 13 Abs. 1 S. 3 Entwicklung von Instrumenten durch Dritte

Alle Reha-Träger können die ihnen verfügbaren Kompetenzen bei ihren Verbänden und Vereinigungen oder bei fachkompetenten Dritten nutzen, wenn sich aus der in S. 1 angesprochenen Rechtspflicht ergibt, dass Instrumente – teilweise – neu zu entwickeln oder umfassender anzupassen sind. Satz 3 klärt zwei Fragen: Das Gesetz sieht die Revision der Instrumente nach § 13 Abs. 1 S. 1 nicht als trivialen verwaltungsintern leicht zu bewältigenden Instrumenten-Check an. Der Hinweis auf die Sachkompetenz und die fachlichen Ressourcen von Verbänden, Vereinigungen und externen wissenschaftsnahen Instituten unterstreicht die Ernsthaftigkeit der zu bewältigenden Aufgabe.

Alle Rehabilitationsträger unterliegen dem Gebot der Wirtschaftlichkeit, § 69 Abs. 2 SGB IV. Zusätzliche Ausgaben jenseits ihrer üblichen, gesetzlich definierten Aufgaben sind daher legitimierungsbedürftig. Beim Einsatz trägerspezifischer Finanzmittel für die Heranziehung externen Sachverständigen bearbeiten die Reha-Träger gesetzliche Pflichtaufgaben, sie bewegen sich also zweifelsfrei im Bereich ihrer gesetzlichen Aufgabenstellung. Für die Rechtfertigung zusätzlicher Ausgaben gegenüber Selbstverwaltungsgremien, Aufsichtsbehörden, Rechnungshöfen etc. dürfte dies bedeutsam sein.

Fazit zu § 13 Abs. 1:

Die Instrumente der Bedarfsermittlung, die im Rahmen der für die einzelnen Reha-Träger geltenden

⁸⁵ Die sich hieran möglicherweise anschließende allgemeinere Frage, wer durch gemeinsame Empfehlungen nach § 26 Abs. 2 in welcher Weise rechtlich gebunden wird, wird in Absprache mit dem Auftraggeber hier nicht weiter erörtert.

⁸⁶ Insbesondere Pflegestärkungsgesetz II. Siehe § 18 SGB XI nF.

Leistungsgesetzen eingesetzt werden, haben sich nach § 13 Abs. 1 künftig an den Kriterien einer einheitlichen und überprüfbaren Ermittlung des individuellen Reha-Bedarfs auszurichten. Einheitlichkeit und Überprüfbarkeit sind unbestimmte Rechtsbegriffe und bedürfen jeweils einer kontextbezogenen Konkretisierung.

Einheitlichkeit ist als Verpflichtung der Rehabilitationsträger zu deuten, ihre Instrumente nach vereinbarten Maßstäben zu überprüfen. Während § 13 Abs. 1 S. 1 Grundanforderungen an die Instrumente regelt, sehen S. 2 und 3 mögliche Verfahrensschritte vor, wie sich die in S. 1 angesprochenen Verantwortlichen, nämlich *alle* Reha-Träger, auf diese Grundanforderungen zubewegen sollen. Im Zusammenhang mit den laufenden, im Gesetz vorgesehenen Maßnahmen zur Verbesserung der Verwaltungsverfahren ist dies als rechtliche Verpflichtung ausgestaltet, sich bei den Grundsätzen für die Instrumente in der Regel an den gemeinsamen Empfehlungen auszurichten (Sollvorschrift). Zugleich ist der Prozess der Vereinheitlichung der Instrumente als ein zeitdynamischer Prozess ausgestaltet: Untersuchungen, künftige gemeinsame Empfehlungen, Teilhabeverfahrensbericht und dessen Auswertung sollen zur Optimierung beitragen.

Ob die einzelnen Reha-Träger ihrer Rechtspflicht nachkommen, die Ermittlungsinstrumente am Maßstab der Einheitlichkeit auszurichten und ihre eigenen Richtlinien bzw. ihr Verwaltungshandeln an den gemeinsamen Empfehlungen auszurichten, haben auch hier die zuständigen Behörden zu kontrollieren, denen per Gesetz die *Aufsicht* über die einzelnen Reha-Träger übertragen wurde.⁸⁷

Reformpolitisch sollte es Aufgabe der maßgeblich von Rehabilitationsträgern getragenen Organisationen sein, ein *handhabbares Instrument* zu entwickeln, das fachlichen und rechtlichen Mindestanforderungen entspricht und gleichzeitig über *alle* Reha-Träger nach § 6 Abs. 1 Anwendung finden kann.

c) § 13 Abs. 2, Regelungsgehalt

Abs. 2 umschreibt Mindestanforderungen an die Instrumente nach Abs. 1.⁸⁸ Die Dokumentationspflicht des Reha-Trägers wird auch für den Fall vorgesehen, dass es sich nicht um eine Leistungsgruppen oder Leistungsträger übergreifenden Fall handelt, für den die Dokumentationsvorschrift nach § 19 gelten würde. „Nachprüfbarkeit“ entspricht der „Überprüfbarkeit“ aus Abs. 1.

Funktionsbezug

„Funktionsbezogen“ soll die Bedarfsermittlung über Instrumente erfolgen. Das Kriterium ist bekannt aus § 10 aF und hat unterschiedliche Interpretationen erfahren. Die Amtliche Begründung bezieht sich verschiedentlich⁸⁹ auf das bio-psycho-soziale Modell der Behinderung, wie es von der WHO vorgeschlagen wurde und auch der ICF zugrunde liegt. Teilweise wurde darin ein direkter Hinweis auf die dem § 2 Abs. 1 zugrundeliegende ICF der WHO gesehen und daraus eine Verpflichtung der Rehabilitationsträger abgeleitet, alle Aspekte der funktionalen Gesundheit in den Bereichen Körperfunktionen, Aktivitäten und Teilhabe nach Maßgabe der ICF einzubeziehen.⁹⁰ Dies erscheint doch recht weitgehend. Aus dem *Funktionsbezug* der Bedarfsermittlung mag man eine vom Gesetzgeber gewollte Orientierung an einer auf die Folgen ausgerichteten umfassenden Betrachtungsweise herauslesen, wie sie das bio-psycho-soziale Modell der WHO bereitstellt. Das BTHG verzichtet im SGB IX Teil 1 allerdings ganz bewusst auf den Bezug zur ICF, im Gegensatz zum Recht der Eingliederungshilfe in § 118. Das erhöht den Spielraum für die besonderen Leistungsgesetze und die zuständigen Rehabilitationsträger, eigene, auf ihr Leistungsspektrum ausge-

⁸⁷ Zur Aufsicht als Rechtskontrolle: s.u.: IV.1.

⁸⁸ Amtliche Begründung S. 233.

⁸⁹ aaO. etwa S. 227, S. 239.

⁹⁰ Fuchs in: Bühr u.a. § 10 Rn 9, Welti in: HK-SGB IX, § 10 Rn 5.

richtete Funktionsmodelle der Bedarfsermittlung zugrunde zu legen, § 6 Abs. 2. Auch sollte man das Bedenken ernstnehmen, hier werde möglicherweise vorschnell ein ganzes medizinisch-psychologisches Beurteilungspaket zur allgemeinen Verpflichtung aller Rehabilitationsträger erhoben. Luthe hat darauf hingewiesen, dass sich die Instrumente der Bedarfsermittlung nicht auf Feststellungen nach medizinischen oder anderen fachlich-disziplinären Konzepten beschränken dürfen; es müsse Raum sein für die „Grauzonen des empirisch Messbaren“⁹¹ Entscheidend für eine Vereinheitlichung über den Weg der Instrumente sind die Vereinbarkeiten mit dem Leitbild einer umfassenden und individualisierten Bedarfsermittlung.

Nachprüfbarkeit der Ermittlung des individuellen Rehabilitationsbedarfs

Bei der Überprüfbarkeit oder *Nachprüfbarkeit* kann auf bestehende rechtliche Maßstäbe zurückgegriffen werden. Elemente der Sachverhaltsermittlung, zu denen die Instrumente der Bedarfsermittlung gehören, müssen in ihrem Wirklichkeitsbezug nachprüfbar sein. Staatliches Handeln muss sich bei außerrechtlich wirksamen Entscheidungen auf eine solide Tatsachenermittlung stützen, § 21 SGB X. Alles andere wäre mit dem Gebot rechtsstaatlichen Handelns nicht vereinbar, weil nicht nachvollziehbar, daher irrational und willkürlich.

Die Überprüfbarkeit von Instrumenten bedarf einer besonderen Aufmerksamkeit.⁹² Hier wird die Überprüfbarkeit zu einem relationalen Konzept, das im Einzelfall mit Rücksicht auf den jeweiligen Kontext zu konkretisieren ist. Überprüfbarkeit oder Nachprüfbarkeit gelten als unbestimmter Rechtsbegriff. Die Identifikation relevanter Kontexte erlaubt es, sich einer Normkonkretisierung in transparenten Schritten zu nähern. Relevant erscheinen mir: Qualitätskriterien der Fachwissenschaft, Teilhabeplanung und Autonomie der Berechtigten.

Fachwissenschaften

Realitätsausschnitte können für rechtliche Entscheidungen häufig nur über fachwissenschaftlich fundierte Erhebungsverfahren erschlossen, gespiegelt und in Verfahren eingespeist werden. Die Verfahren benötigen dafür geeignete Instrumente, deren Qualitäten sich wiederum fachwissenschaftlich und/oder rechtlich einschätzen lassen. Das Bundesverfassungsgericht hat sich im Jahre 2010 mit den Gütekriterien bei der Bedarfsbemessung in der Grundsicherung auseinandergesetzt und dem Gesetzgeber attestiert, dass er bei der Bemessung der Regelsätze gravierende Fehler gemacht hat. Zur Bedarfsbemessung gehört – so das Verfassungsgericht – ein transparentes, sach- und fachgerechtes Verfahren, das den tatsächlichen Bedarf im Einzelfall realitätsgerecht abbildet. Das Gericht verweist zu Recht auf den Stand der empirischen Sozialforschung und ihrer Modelle und Methoden. Gleichzeitig – so heißt es in der Entscheidung – muss der Gesetzgeber den einmal eingeschlagenen Pfad der Bedarfs- und Leistungsbemessung auch konsequent verfolgen.⁹³

Die Erwägungen des Verfassungsgerichts lassen sich auf das sozialrechtliche Verwaltungsverfahren übertragen: *Transparenz, Sach- und Fachgerechtigkeit des Verfahrens, innere Konsistenz* sind allgemeine methodische Gütekriterien für eine instrumentell gestützte Bedarfsermittlung. Testtheoretisch ausformulierte Gütekriterien erscheinen aus dieser Sicht bedeutsam, aber nicht allein maßgeblich. An narrative Verfahren, die sich bei einer Bedarfsermittlung vielleicht eher anbieten, wird man andere Maßstäbe der Überprüfbarkeit anlegen als an statistische Modelle.

⁹¹ AaO. § 10 Rn 22.

⁹² Zu wissenschaftlich verifizierbaren Tatsachen als Basis sozialrechtlicher Entscheidungen: Huster und Hase in SDSRV 65, 2015, S. 9 ff, S. 3 ff.

⁹³ BVerfG, U.v. 09.02.2010, 1 BvL 1/09, 3/09 und 4/09 (Grundsicherung bei Arbeitslosigkeit, „Hartz-IV“-Regelsätze). Im konkreten Verfahren hat das Gericht gerügt, der Gesetzgeber habe sich selbst an das gewählte Statistikmodell in Einzelfragen nicht gehalten. Sie wichen „in unvertretbarer Weise von den Strukturprinzipien“ des gewählten Bedarfsermittlungsmodells ab.

Autonomieprinzip und Verständlichkeit

Im rehabilitationsrechtlichen Verwaltungsverfahren haben die Berechtigten eine gewichtige Stimme. Das gebietet schon die UN-BRK mit ihrer übergreifenden Zielsetzung, alle staatlichen Maßnahmen unter dem Aspekt der Möglichkeiten zu bewerten, die individuelle Selbständigkeit von Menschen mit Behinderungen zu erhöhen.⁹⁴ Die Instrumente müssen insbesondere geeignet sein, die nötige *Abstimmung* mit den Leistungsberechtigten zu unterstützen, § 19 Abs. 1. Als Ausfluss des in § 8 normierten Wunsch- und Wahlrechts muss es dem Berechtigten möglich sein, die in Instrumenten erhobenen Ergebnisse mit seinen subjektiven Deutungen und Präferenzen abzugleichen. Die Überprüfbarkeit von Ermittlungsergebnissen für den Berechtigten setzt *Verständlichkeit* voraus. Diese ist im Teilhabeplanverfahren ein notwendiges und gleichzeitig zielführendes, weil autonomieförderndes Element.

In der Fachdiskussion ist darauf hingewiesen worden, dass die Instrumente die jeweilige individuelle Lebenssituation eher *verstehend* als diagnostizierend abbilden sollen. Ihre Ergebnisse müssen einfach und verständlich darstellbar sein, damit sie in der Teilhabeplanung in die kommunikative Abstimmung mit dem Berechtigten eingebracht werden können.⁹⁵ Dem ist aus rechtlicher Sicht zuzustimmen. Denn anderenfalls würden die Ziele der Bedarfsermittlung, des Teilhabeverfahrens und auch gegebenenfalls der Teilhabeplankonferenz, eine individualisierte Leistungsentscheidung auf breiter Basis vorzubereiten, wahrscheinlich verfehlt.

Zugangs- und Barrierefreiheit

Das wirft die Frage auf, welche Zugangsbedingungen bei der Bedarfsermittlung im Teilhabeplanverfahren zu gelten haben, vor allem bei der sprachlichen Vermittlung. Einige speziellere Regelungen sind bereits in Geltung: Menschen mit Hör- oder Sprachbehinderungen haben Anspruch auf Nutzung der Gebärdensprache und Bezahlung eines Gebärdendolmetschers, etwa in einer Teilhabeplankonferenz oder Gesamtplankonferenz, § 19 Abs. 1 SGB X. Zur Nutzung einer barrierefreien Informationstechnik sind die Rehabilitationsträger nach § 19 Abs. 1a SGB X iVm § 11 BGG verpflichtet. Im Rahmen ihrer Verfahrenssicherungspflicht nach § 19 Abs. 3 S. 2 haben die leistenden Rehabilitationsträger darauf zu achten, dass Gutachter ausgewählt werden, „bei denen keine Zugangs- und Kommunikationsbarrieren bestehen“, § 17 Abs. 4.⁹⁶ Zumindest *diese* Verpflichtung müssten die Rehabilitationsträger auch gegen sich gelten lassen. Engel und Beck plädieren aus fachlicher Sicht für eine an den jeweiligen Verständigungsmöglichkeiten ausgerichtete Kommunikationsform.⁹⁷ Was dies konkret heißt, wird man in den kommenden Jahren diskutieren müssen. Eine der zu entscheidenden Fragen wird sein, ob vonseiten der Reha-Träger bei entsprechender Einschränkung beim Berechtigten oder eines Beistandes etwa eine Dokumentation nach § 19 Abs. 2 und/oder eine Begründung des Leistungsbescheides in Leichter Sprache vorgehalten werden muss.

Überprüfbar müssen die Ergebnisse einer instrumentengestützten Bedarfsermittlung nicht nur im allgemein fachlichen Sinne sein, sondern auch für die im Teilhabeplanverfahren agierenden Gruppen. Das heißt, die Instrumente müssen nicht nur dem Berechtigten, sondern auch Vertretern anderer beteiligter Leistungsträger umstandslos zu vermitteln sein. Ein *Benehmen* über Trägergrenzen hinweg ist ohne eine allgemeinverständliche transparente Ergebnisdarstellung nicht möglich, § 19 Abs. 1. Dies gilt auch für die rechtlich gebotene Einbeziehung von *Bevollmächtigten* und *Beiständen*, § 13 SGB X, die zumeist keinen fachlichen Hintergrund haben.

⁹⁴ UN-BRK, Präambel: n)

⁹⁵ Engel/Beck, Voruntersuchung als Entscheidungsgrundlage zur Entwicklung eines Instruments zur Ermittlung des Bedarfs im Rahmen der Umsetzung des Bundesteilhabegesetzes (BTHG), 2018, S.

⁹⁶ Zur Begutachtung noch unten: 5.

⁹⁷ Engel/Beck aaO S. 14f.

Nachprüfbarkeit und Dokumentation

Ort der Ergebnispräsentation ist nach dem gesetzlichen Modell der Teilhabeplan⁹⁸. In ihm sind die Erhebungsergebnisse zum individuellen Rehabilitationsbedarf auf der Grundlage der Bedarfsermittlung zu *dokumentieren*, § 19 Abs. 2, § 13 Abs. 2. Die Leistungsberechtigten erhalten *Einsicht* in diesen Teilhabeplan, § 19 Abs. 3. Er ist die Grundlage für die Leistungsentscheidung, § 31 SGB X. Auf dem Wege der Begründung des Bescheides nach § 35 SGB X fließen die Bedarfsermittlungen und -Feststellungen in die Darstellung der Leistungsentscheidungen ein, § 19 Abs. 3.

Mindestanforderungen, Leitfragen

§ 13 Abs. 2 wählt nun einen weiteren Ansatz für vereinheitlichende *Mindestanforderungen* auf der Ebene der Instrumente: Zum Zwecke der Vereinheitlichung und fachlichen Fundierung sollen die Instrumente Antworten auf folgende Fragen geben, die dann in diesem Raster auch zu dokumentieren sind:

1.) Liegt eine Behinderung vor oder droht sie einzutreten?

Frage 1 verlangt mit Blick auf § 2 Abs. 1 eine medizinisch-psychologische und gleichzeitig eine *soziale* Erhebung unter Einschluss der subjektiven Sichtweise des Berechtigten, § 8. Es sind Aussagen zu treffen über vorhandene oder drohende Sinnesbeeinträchtigungen und/oder Beeinträchtigungen⁹⁹ auf körperlicher, seelischer oder geistiger Ebene. Diese Beeinträchtigungen stehen in *Wechselwirkung* mit Umweltfaktoren und entfalten spezifische Wirkungen im Zusammentreffen aufeinander und in Wechselwirkung miteinander. Neben fachlichen Informationen und Einschätzungen sind die Wahrnehmungen und Einschätzungen des Berechtigten zu seiner Lebenssituation erheblich.

2.) Welche Auswirkungen hat die Behinderung auf die Teilhabe des Leistungsberechtigten?

Fr. 2 richtet sich auf die in § 2 Abs. 1 angesprochenen *Teilhabebehindernisse*. Sie sind die Folgen einer für den Berechtigten ungünstigen Konstellation aus persönlichen und situativen Momenten. Bezugspunkte sind dabei die Sinn- und Lebensvorstellungen des Berechtigten, § 8. Als Zugänge sind „subjektive“ Einschätzungen des Berechtigten selbst und „objektive“ Einschätzungen aus dem fachlichen und sozialen Umfeld hilfreich.

Die in § 118 genannten, aus der ICF entlehnten Lebensbereiche der Aktivität und Teilhabe bieten sich als Strukturierung für die sozialen Folgen der Beeinträchtigung an. Doch sind damit möglicherweise Aspekte beim Berechtigten nicht erfasst, die darauf zusätzlich Einfluss haben. Insofern liegt es nahe, die Fragen aus „objektiver“ und „subjektiver“ Sicht im Sinne der ICF auch auf Körperfunktionen und Kontextfaktoren einer sozialen Teilhabe (Umwelt und Person) zu richten, wenn anzunehmen ist, dass sich hier Quellen für die genannten Sinn- und Lebensvorstellungen finden lassen. Für einen hochgradig beeinträchtigten Menschen, der seit vielen Jahren an der Sinnhaftigkeit seines Weiterlebens zweifelt, verfehlt eine rein funktionale Bestimmung seiner Ressourcen und Assistenzbedarfe im Hinblick auf die genannten Lebensbereiche vielleicht seinen wahren und für ihn relevanten Bedarf.

3.) Welche Ziele sollen mit Leistungen zur Teilhabe erreicht werden?

Frage 3 spricht die in § 4 Abs. 1 benannten Ziele an. Die Erhebungsinstrumente müssen in ihren Ergebnissen erkennen lassen, welchen der vier unterschiedenen Zielbereiche die angedachten Leistungen zuzuordnen sind. Nur eine auf gesetzlich definierte Teilhabeziele ausgerichtete Leistung ist bewilligungsfähig. Es handelt sich bei den Zielen nicht um einen offenen, sondern geschlossenen Zielkatalog. Der Gesetzesvorbehalt nach § 31 SGB I verlangt, dass sich die bewilligenden Leis-

⁹⁸ oder die Leistungsakte des allein zuständigen Trägers nach § 15 Abs. 2.

⁹⁹ Aus dem Zusammenhang von Nr. 1 und Nr. 2 ist zu folgern, dass der Gesetzgeber hier Beeinträchtigungen im Auge hat.

tungsträger an diese gesetzlichen Zielvorgaben halten.

Besondere Aufmerksamkeit widmet sich § 4 Abs. 3 und 4 den Kindern mit Behinderungen und den Müttern und Vätern mit Behinderungen. Für deren spezielle Situation müssen die Instrumente sensibel und in der Lage sein, die daran ausgerichteten besonderen Leistungsziele und deren leistungsrechtliche Voraussetzungen mit zu erfassen.

4.) Welche Leistungen sind im Rahmen einer Prognose zur Erreichung der Ziele voraussichtlich erfolgreich?

Bei den prognostisch zu bewertenden Leistungen hat sich das Instrument an den Leistungsgruppen nach § 5 und den Katalogleistungen in den Kapiteln 9 bis 10 und 12 bis 13 zu orientieren. Die Prognose muss die individuelle Bedarfslage und die individuellen und sozialen Ressourcen mit den Möglichkeiten der beantragten und in Erwägung gezogenen Teilhabeleistungen in ein Verhältnis setzen. Sie muss Chancen und auch Risiken benennen und sich mit erfolgsfördernden Begleitmaßnahmen auseinandersetzen. So sind im Bereich der medizinischen Rehabilitation auch die Notwendigkeit und Möglichkeit von psychosozialen Unterstützungsleistungen nach § 42 Abs. 3 zu bewerten; Gleiches gilt für die in § 49 Abs. 6 genannten *Annexleistungen* bei der Teilhabe am Arbeitsleben.

In die Prognose einzubeziehen sind auch die individuellen und sozialen Ressourcen des Berechtigten. So etwa auch seine Mitwirkung im Sinne von §§ 60 ff SGB I und seine Bereitschaft zur Compliance bei der Ausführung der Leistungen. Seine Compliance wird maßgeblich davon abhängen, wieweit sich die individuelle Perspektive des Berechtigten in den in Aussicht gefassten Leistungen wiederfindet, § 8.

Die Aufzählungen in § 42 Abs. 2, § 49 Abs. 3, § 75 Abs. 2 und § 76 Abs. 2 stellen aber keine geschlossenen Kataloge dar („insbesondere“), sodass nach Maßgabe der besonderen Leistungsgesetze, die für einzelne Reha-Träger gelten, auch andere Leistungen zur Debatte gestellt werden können. Maßgeblich sind die besonderen Leistungsgesetze.

Die Prognose wird sich auf eingegrenzte Ausführungsarten durch bestimmte Leistungsanbieter ausrichten müssen, da die Erfolgswahrscheinlichkeit nur bei einer absehbaren Passung von „Eignung und Neigung“¹⁰⁰ vorausgesehen werden kann. D. h. die Entscheidung über eine prognostisch erfolgreiche Leistung darf in Abstimmung mit dem Berechtigten auch einen *Vorschlag* enthalten über Ausführungsart, -Ort und -Dauer.

Fazit zu § 13 Abs. 2

Nachprüfbarkeit oder *Überprüfbarkeit* kann als rechtliches Kriterium operationalisiert werden. Die Ergebnisse aus einer instrumentengestützten Bedarfsermittlung müssen einer fachwissenschaftlichen Qualitätskontrolle standhalten. Sie müssen auch im Teilhabeplanverfahren unbeschränkt vermittelbar sein. Das *Benehmen* mit Fachpersonal aus anderen leistenden Reha-Trägern und die Einbeziehung von *Bevollmächtigten* und *Beiständen*, die möglicherweise keinen fachlichen Hintergrund haben, müssen herstellbar sein. Abstimmung, Benehmen und eine für alle taugliche *Dokumentation* gelingen nicht, wenn die Resultate im alltagspraktischen Sinne schwer verständlich sind. Vor allem aber gebieten das *Autonomiekonzept* der UN-BRK und das *Wunsch- und Wahlrecht* nach § 8 eine *am Horizont des Berechtigten ausgerichtete Überprüfbarkeit durch den Berechtigten selbst*. Nur so können individuelle Wahrnehmungen und Präferenzen auf objektivierende Untersuchungsergebnisse sinnvoll aufeinander bezogen und für eine individualisierte Leistungskonkretisierung nutzbar gemacht werden.

Die vier Leitfragen müssen künftig bei jeder Bedarfsermittlung bearbeitet werden, die Ergebnisse

¹⁰⁰ „Eignung und Neigung“: § 49 Abs. 4

sind zu dokumentieren. Alle vier Fragen sind im Hinblick auf die in Bezug genommenen gesetzlichen Vorschriften zu operationalisieren, also insbesondere § 2 Abs. 1, § 4 Abs. 1, § 5 und infrage kommende Katalogleistungen einschließlich der Annexleistungen.

Es ist nicht erforderlich, alle Fragen in einem einzigen Instrument zu operationalisieren. Es bietet sich aber an, auf eine Art *Grunderhebungsbogen* hinzuwirken, in dem kritische Teilhabebereiche im narrativen Verfahren identifiziert und aussichtsreiche Leistungen gesichtet werden.

d) § 13 Abs. 3 und 4, Regelungsgehalt

Flankiert werden die Bemühungen der Rehabilitationsträger durch einen gesetzlichen Untersuchungsauftrag an das BMAS zu den Wirkungen der bisher eingesetzten Instrumente nach Abs. 1. Es kann sich hierbei nur um einen Statusbericht mit daraus abgeleiteten Empfehlungen für die Zukunft handeln, denn über die Untersuchungsergebnisse muss bereits zum 31. Dezember 2019 berichtet werden. Die fachliche und empirische Basis für eine Vereinheitlichung der Instrumente ist – so muss man aus dem Gesetz erschließen – nach Ansicht des Gesetzgebers offenbar noch klärungsbedürftig. Die Ergebnisse dieses Forschungsprozesses könnten in aktualisierte gemeinsame Empfehlungen einfließen und auf diesem Wege normative Relevanz erhalten.

5. Parallele Regelung: Begutachtung als Element der Bedarfsermittlung, § 17

Die Begutachtung durch einen Sachverständigen nach § 17 dient dem gleichen Zweck wie die Instrumente der Bedarfsermittlung nach § 13, nämlich der Feststellung des Rehabilitationsbedarfs. Für die Begutachtung gelten eine Reihe besonderer Regeln, die an § 21 SGB X anknüpfen. Ihre Ergebnisse sind in gleicher Weise wie andere Formen der Bedarfsermittlung in das Teilhabeplanverfahren einzubeziehen, §§ 17 Abs. 3 S. 3, sollen aber nicht im Teilhabeplan dokumentiert werden, siehe § 19 Abs. 2.¹⁰¹ In der Rechtssystematik des Sozialgesetzbuchs gelten Sachverständigengutachten als Beweismittel, § 21 SGB X, dort insbesondere Abs. 5. Nach der allgemeinen Regel aus § 21 Abs. 1 SGB X kommt den Leistungsträgern *Ermessen* zu, einen Gutachter zu beauftragen oder auch nicht. Für die Auswahl gelten im SGB IX als Ausprägung des Wunsch- und Wahlrechtes nach § 8 besondere Beteiligungsrechte: Der Rehabilitationsträger hat dem Berechtigten in der Regel drei wohnortnahe Sachverständige zu benennen, aus denen er einen auswählen mag, § 17 Abs. 1 S. 2.

Zur Ermittlung des Rehabilitationsbedarfs verlangt das Gesetz „eine umfassende sozialmedizinische, bei Bedarf auch psychologische Begutachtung“, § 17 Abs. 2 S. 1.¹⁰² Die Beschränkung auf sozialmedizinisch-psychologische Fachkompetenzen ist zu Recht kritisiert worden, denn die vom BTHG angestrebte Bedarfsermittlung hin zu einer „umfassenden Teilhabe am Leben in der Gesellschaft“, § 19 Abs. 3, greift sehr viel weiter. Dementsprechend liest man in § 14 Abs. 2 und 15 Abs. 2 auch von einer *umfassenden* Bedarfsermittlung.

Art. 26 UN-BRK fordert die Vertragsstaaten auf, umfassende Rehabilitationsprogramme auf den Gebieten Gesundheit, Beschäftigung, Bildung und Sozialdiensten bereitzuhalten, um eine umfassende gesellschaftliche Teilhabe auf der Basis breiter Fachlichkeit zu organisieren.¹⁰³ Wenn aber der gesetzlich vorgesehene Einsatz von Sachverständigen sich im Rahmen der sozialmedizinischen und psychologischen Fachlichkeit hält, sind andere Kompetenzen verstärkt über die in § 13 angesprochenen Instrumente gefragt, um den von der UN-BRK gesteckten fachlichen Rahmen in der Teilhabeplanung auszufüllen.¹⁰⁴

¹⁰¹ Der Grund dafür dürfte in der Sensibilität der Daten und Einschätzungen liegen. Siehe auch die Begrenzungen im Recht der Akteneinsicht nach § 25 Abs. 2 SGB X.

¹⁰² So auch schon die Vorläuferregelung in § 14 Abs. 5 S. 5 SGB IX aF.

¹⁰³ Welti in: Öffentliche Anhörung von Sachverständigen in Berlin am 7. November 2016 zum BTHG, BT-Drs., Ausschussdrucksache 18 (11) 801, S.

¹⁰⁴ Man kann sich freilich fragen, ob denn mit der gesetzlichen Regelung eines sozialmedizinischen Sachverständigengutachtens in § 17 ein fachliches Aus-

Ein sozialmedizinisches Gutachten können die Rehabilitationsträger für die Bedarfsermittlung schon dann einholen, wenn es sich im Hinblick auf eine umfassende Bedarfsfeststellung als erforderlich erweist, § 17 Abs. 1. Damit sind die Schwellen gegenüber anderen Gutachtaufträgen im Sozialverfahrensrecht gesenkt; § 21 Abs. 5 S. 2 SGB X spricht dagegen von „unabweisbar“.

Der Sachverständige nach § 17 soll im Rahmen der Feststellung des Rehabilitationsbedarfs eine *umfassende* Begutachtung vornehmen. Das passt mit der fachlichen Beschränkung auf Sozialmedizin und Psychologie nicht recht zusammen, entspricht aber den Vorstellungen des Gesetzes in § 14 Abs. 2 und § 15 Abs. 2, wonach der Bedarf *umfassend* festzustellen ist. Eine mögliche wortlautgerechte Deutung wäre, das Kriterium *umfassend* innerhalb des fachlichen Rahmens von Sozialmedizin und Psychologie zu verwenden, also ein Gutachten zu fordern, das *im Sinne von Sozialmedizin* etc. umfassend ist.¹⁰⁵

6. Auswertung: Fehler und Rechtsfolgen

§ 13 richtet sich an die Rehabilitationsträger auf zwei Entscheidungsebenen:

a) Sie müssen einzeln und miteinander zwei generelle Maßnahmen einleiten, nämlich

- ihre Instrumente unter den Vorgaben von Abs. 1 einer kritischen Prüfung und Revision unterziehen
- und zu gemeinsamen Empfehlungen kommen.

Tun sie dies nicht, sind die Aufsichtsbehörden gefragt, um den gesetzlichen Anordnungen Geltung zu verschaffen.¹⁰⁶

b) Auf der Ebene der Verwaltungsverfahren zur Vorbereitung individuell wirksamer Leistungsbescheide können sich die Mindestanforderungen an die Instrumente der Bedarfsermittlung aus § 13 Abs. 2 als *Qualitätsmängel* und *Verfahrensmängel* bei der Sachverhaltsermittlung und als *Begründungsmängel* des Leistungsbescheides auswirken.¹⁰⁷

Umfassend verantwortlich für die Sachverhaltsermittlung ist der leistende Rehabilitationsträger, §§ 14 Abs. 2 S. 1, § 19 Abs. 3 S. 2. Ihm obliegt die Ermittlung des Sachverhaltes von Amts wegen, § 20 SGB X. Er entscheidet nach pflichtgemäßem Ermessen über den Einsatz bestimmter Instrumente nach § 13 und über die Beauftragung von Sachverständigen, § 21 SGB X. Ihm obliegt es auch, das *Benehmen* mit den beteiligten anderen Rehabilitationsträgern herzustellen und die *Abstimmung* mit dem Berechtigten zu gewährleisten, § 19 Abs. 1.¹⁰⁸

Die Amtsermittlungspflicht umfasst die Pflicht, den *richtigen* Sachverhalt zu ermitteln, damit der Leistungsbescheid auf einer richtigen Tatsachenbasis ergehen kann. Bei Bedenken gegen die *Qualität* der Instrumente hat der leistende Rehabilitationsträger ihren Einsatz zu unterlassen und muss auf andere Instrumente zurückzugreifen. Die Rechtsmängel aus § 13 begrenzen sein Auswahlermessen nach § 31 SGB X und führen möglicherweise zu einem verwaltungsverfahrensrechtlichen „Verwertungsverbot“. Allerdings sind die qualitativen Mindestanforderungen nach § 13 Abs. 2 in unbestimmte Rechtsbegriffe gekleidet: Individualisierungsgrad, Funktionsbezug und Nachprüfbarkeit als Maßstäbe erzwingen eine solche Nichtverwertung eher in Grenzfällen. Man wird dem Rehabilitationsträger einen *Beurteilungsspielraum* zubilligen müssen, wenn er diese Maßstäbe anwendet. Das heißt, zunächst ist sein fachliches Urteil gefragt, wenn er seiner Amtsermittlungspflicht über den Einsatz von Instrumenten nachkommt.

schlusskriterium gegenüber anderen Fachgutachtern zu sehen und die Bestellung eines etwa sozialdiagnostischen Gutachtens im Verfahren der Bedarfsermittlung ausgeschlossen ist. M.E. gibt § 21 SGB X Raum für ein weiteres fachliches Spektrum zur Gutachterbestellung als es in § 17 angesprochen ist. Zur sozialen Diagnose siehe das Handbuch des Deutschen Vereins, Buttner u.a. (Hg.), 2018.

¹⁰⁵ Zur Bedeutung einer umfassenden Begutachtung Plagemann in: Fichte/Plagemann aaO § 2 Rn 538 mit Nachweisen aus der BSG-Rechtsprechung.

¹⁰⁶ Zu Aufsichtsmaßnahmen unten: IV. 1.

¹⁰⁷ Zu den hier wirksamen allgemeinen Regeln im Sozialverfahrensrecht siehe Keller in: Meyer-Ladewig SGG-Kommentar § 54.

¹⁰⁸ Konkretisierungen der Anhörungsrechte nach § 24 SGB X und der Regeln zur Amtshilfe nach § 3 ff SGB X.

Gutachten und instrumentell erhobene Bedarfe sind verwaltungsinterne Vorstufen des Verwaltungsaktes. Qualitätsmängel der Instrumente können sich in einer fehlerhaften Leistungsentscheidung niederschlagen. Auf diesem Wege wirken sie möglicherweise nach außen und verursachen Rechtsfehler, aber nur vermittelt. Ihre rechtliche Wirkung ist immer nur indirekt, denn zwischen Bedarfsermittlung und Leistungsentscheidung steht die Einschätzung des Rehabilitationsträgers zur Bewertung ihres Aussagegehaltes und ihrer Folgen für die Konkretisierung der Leistungsansprüche. Sie selbst sind auf dem Klageweg nicht selbständig angreifbar. Ihre Fehlerhaftigkeit kann rechtlich daher nur im Zusammenhang mit einer Rechtskontrolle des Leistungsbescheides geltend gemacht werden.

Allerdings kann ein qualitativ kritisches Bedarfsermittlungsinstrument als Folgeeffekte *Ermessensfehler* und *Begründungsmängel* nach sich ziehen, die den Leistungsbescheid fehlerhaft machen.

Auf eine pflichtgemäße Ausübung von *Ermessen* hat der Leistungsberechtigte einen Rechtsanspruch, § 39 Abs. 1 S. 2 SGB I. Dies betrifft auch die Ermessensentscheidungen bei der Sachverhaltsermittlung. Wenn der Einsatz eines bestimmten Instrumentes nach § 21 SGB X ermessensfehlerhaft war, weil die Qualitätsstandards nach § 13 Abs. 2 nicht gewahrt wurden, und dieses Instrument möglicherweise eine verfälschende Wirkung auf die Bedarfsermittlung und -Feststellung insgesamt hatte, dann hat der Einsatz eines solchen Instrumentes rechtliche Außenwirkung. Die Rechtskontrolle des Leistungsbescheides kann auf diesem Wege dazu führen, dass die Qualitätskriterien des § 13 Abs. 2 und ihre Einhaltung zum Maßstab für die Rechtmäßigkeit des Verwaltungsaktes werden.

Ähnliches gilt für Fernwirkungen fehlerhafter Instrumente in *Begründungen*. Begründungen müssen die Leistungsentscheidung transparent machen. Der Verwaltung ist aufgegeben, die wesentlichen tatsächlichen und rechtlichen Gründe mitzuteilen, die die Entscheidung tragen, § 35 Abs. 1 SGB X. Auf eine tragfähige Begründung hat der Berechtigte einen Rechtsanspruch.

III.

Trägerspezifische Regelungen zu den Instrumenten der Bedarfsermittlung

Nach der Betrachtung der Regelungen für die Bedarfsermittlung im allgemeinen Sozialrecht der SGB I und X und im allgemeinen Recht der Rehabilitation und Teilhabe in SGB IX Teil 1 sollen nun die Vorgaben für die Bedarfsermittlung betrachtet werden, die in den für die jeweiligen Rehabilitationsträger geltenden, also *besonderen* Reha-Leistungsgesetzen, zu finden sind. Die besonderen Leistungsgesetze treffen zur Bedarfsermittlung teils eigenständige Regelungen nur punktuell, andere sehen in großem Umfang fachlich basierte Instrumente vor (dazu unten 2.). Im Eingliederungshilferecht finden sich umfassende Regelungen zur Bedarfsermittlung und ihren Instrumenten, die in ihrer Detailliertheit über die Regelungen der SGB I, X und IX Teil 1 hinausgehen (dazu sogleich: 1.)

1. Eingliederungshilferecht: Bedarfsermittlung im Rahmen der Gesamtplanung

Die in § 13 geregelten Anforderungen an die Instrumente der Bedarfsermittlung sollen einen rechtlichen Rahmen bilden für die jeweils geltenden Leistungsgesetze, so Abs. 1 S. 1. Eines dieser Leistungsgesetze ist nun das ab 2020 in SGB IX Teil 2 geregelte Eingliederungshilferecht, §§ 7 Abs. 1 S. 3, 90 ff.

Die besonderen Regelungen zum Gesamtplan in der Eingliederungshilfe fanden sich bis zum 31. Dezember 2017 in § 58 SGB XII. Sie werden nun ersetzt durch detaillierte Regelungen für die Gesamtplanung in §§ 141 bis 145 SGB XII, die am 1. Januar 2018 in Kraft traten. Am 1. Januar 2020 wandern diese Vorschriften in das SGB IX und sind dort in „Kapitel 7 Gesamtplanung“ zu finden, §§ 117 ff SGB IX nF. Dann sind sie im SGB IX Elemente des „Teil 2. Besondere Leistungen zur selbstbestimmten Lebensführung für Menschen mit Behinderungen (Eingliederungshilferecht)“, so der neue Titel des SGB IX Teil 2. Das Eingliederungshilferecht gilt dann als besonderes Leistungsgesetz nach § 7 Abs. 1 S. 2, dessen Regelungen den allgemeinen Regelungen im Recht der Rehabilitation und Teilhabe dann vorgehen, wenn dort Abweichendes geregelt ist, § 7 Abs. 1 S. 1 – allerdings (Gegenausnahme!) unter den Vorbehalten von § 7 Abs. 2: SGB IX Teil 1. Kapitel 2 bis 4 gehen den Regelungen der besonderen Leistungsgesetze vor. Die Kooperationsvorschriften in Kapitel 4 sind abweichungsfest gestaltet, sodass die Bundesländer nicht für ihre Träger der Jugend- und Eingliederungshilfe davon abweichende Vorschriften erlassen können, siehe Art. 84 Abs. 1 GG.

Die allgemeinen Vorschriften in SGB IX Teil 1 bilden also auch für das Eingliederungshilferecht den gesetzlichen Rahmen im Sozialverwaltungsverfahrenrecht. Andererseits trifft das Eingliederungshilferecht eigenständige Regelungen zur Gesamtplanung und in diesem Rahmen auch zu den Instrumenten der Bedarfsermittlung, § 117 ff. Mögliche Kollisionen zwischen Teil 1 und Teil 2 des SGB IX beseitigt das BTHG mit einer Feststellung, zwischen Gesamtplanung und Teilhabeplanung bestehe ein Ergänzungsverhältnis, § 21 S. 1. Diese Verschränkung von allgemeinem und besonderem Recht der Rehabilitation und Teilhabe ist normtechnisch wenig elegant, unnötig kompliziert und intransparent. Man hätte alle allgemeinen Aspekte der Bedarfsermittlung und Teilhabeplanung in Teil 1 regeln und „scharfstellen“ können; im Eingliederungshilferecht wären dann an die Länder spezifischere Vorgaben für ihre Ausführungsgesetze zu adressieren gewesen.¹⁰⁹

Zum Normzweck der Gesamtplanregelungen im Zusammenhang mit den allgemeineren Regelungen der Teilhabeplanung heißt es in der Amtlichen Begründung:

„Die Leistungen der neu ausgerichteten Eingliederungshilfe sollen passgenau bei den Betroffenen ankommen und sparsam und wirtschaftlich erbracht werden. Daher wird die Steuerungsfunktion der Leistungsträger gegenüber den Leistungserbringern gestärkt. Insbesondere wird für die Träger

¹⁰⁹ Ähnlich kritisch Welti in: Anhörungsprotokoll aaO.

der Eingliederungshilfe eine praktikable, bundesweit vergleichbare Gesamtplanung normiert, die das für alle Rehabilitationsträger verbindlich geltende Teilhabeplanverfahren ergänzt. Erbrachte Leistungen werden künftig einem Prüfungsrecht des Leistungsträgers und einer Wirkungskontrolle unterzogen.“¹¹⁰

Wie wirken hier allgemeines Rehabilitationsrecht aus Teil 1 und besonderes Leistungsrecht aus Teil 2 bei den Instrumenten der Bedarfsermittlung zusammen?

Leistungen der Eingliederungshilfe richten sich zumeist auf die Leistungen zur Sozialen Teilhabe nach § 5 Nr. 5, §§ 76 bis 78. Für die Bedarfsermittlung in dieser Leistungsgruppe erklärt das Gesetz nun § 13 zusammen mit wesentlichen Aspekten der Teilhabeplanung nach Kapitel 4 des SGB IX Teil 1 auch dann für maßgeblich, wenn keine Teilhabeplanung durchzuführen ist, weil nur über Leistungen eines Rehabilitationsträgers oder einer Leistungsgruppe zu entscheiden ist, § 19 Abs. 1, § 76 Abs. 1 S. 3. Die Ausweitung in der Leistungsgruppe der Sozialen Teilhabe ist sinnvoll, damit die „geschärften“ Verfahrensregeln zur Leistungskonkretisierung unabhängig von der Frage träger- oder leistungsgruppenübergreifender Konstellationen bei *allen* komplexeren Bedarfsermittlungen und Leistungsbestimmungen, wie sie regelmäßig in der Leistungsgruppe Soziale Teilhabe anstehen, wirksam werden.

Im Eingliederungshilferecht wird damit eine detailliert geregelte Gesamtplanung zur Pflicht. Dies gilt namentlich für Leistungen zur Sozialen Teilhabe, § 113 Abs. 1 S. 3 SGB IX. Die prominente Stellung der Gesamtplanung im SGB IX Teil 2 und der umfassende Verweis in § 104 Abs. 1 sprechen dafür, dass die Gesamtplanung im Eingliederungshilferecht auch bei anderen Leistungsgruppen vorzunehmen ist.

Das neue Eingliederungshilferecht regelt die Verschränkung von SGB IX Teil 1 und Teil 2 im Hinblick auf die Gesamtplanung wie folgt:

- Zum einen werden die Regeln zur Gesamtplanung zu ergänzenden Regelungen zur Teilhabeplanung erklärt und damit die beiden getrennt geregelten Verfahren inhaltlich und organisatorisch für den Fall so zusammenführt, dass der Träger der Eingliederungshilfe der verantwortliche Rehabilitationsträger für das Teilhabeplanverfahren ist., § 21 S. 1.
- Weiterhin stellt das Eingliederungshilferecht klar, dass bei allen Verfahren zu Leistungen zur Sozialen Teilhabe eine Gesamtplanung vorzunehmen ist, die ja auch die Regelungen zur Teilhabeplanung umfassen, § 113 Abs. 1 S. 3, mit Verweis auf Kapitel 7, Gesamtplanung, §§ 117 bis 122.
- Schließlich soll der Träger der Eingliederungshilfe darauf hinwirken, dass *er selbst* die Planungsverantwortung übernimmt, und zwar auch dann, wenn der Träger der Eingliederungshilfe nicht leistungsverantwortlicher Träger nach § 15 ist, § 119 Abs. 3.

Instrumente der Bedarfsermittlung im Eingliederungshilferecht, § 118

Innerhalb der Vorschriften zur Gesamtplanung findet man mit § 118 eine der Vorschriften, die in § 13 Abs. 1 S. 1 benannt sind, dort bezeichnet werden als „für sie (scil. die einzelnen Rehabilitationsträger) geltenden Leistungsvorschriften.“

Das Verhältnis von § 13 zu § 118 ist danach generell so zu bestimmen: Die allgemeinen Anforderungen an die Instrumente der Bedarfsermittlung aus § 13 gelten im Eingliederungsrecht uneingeschränkt. § 118 fügt diesen allgemeinen Anforderungen speziellere hinzu. Das von der jeweiligen Landesregierung durch Rechtsverordnung zu bestimmende landesweit einzusetzende¹¹¹ Instrument der Bedarfsermittlung muss sich sowohl an den allgemeinen Anforderungen des § 13 als auch an

¹¹⁰ Amtliche Begründung S. 287.

¹¹¹ Ermächtigung nach § 118 Abs. 2, keine Rechtspflicht.

den zusätzlichen besonderen Anforderungen des § 118 ausrichten.

Noch zu klären ist, welche besonderen Aufforderungen zur Ausgestaltung der Instrumente der Bedarfsermittlung denn § 118 an die Rehabilitationsträger der Eingliederungshilfe richtet. Hier geht es um den ICF-Bezug in § 118 und seinen normativen Gehalt. Der Bezug auf die ICF umschreibt eine Anforderung an die im Eingliederungshilferecht zu nutzenden Instrumente der Bedarfsermittlung, die sich so in § 13 nicht findet. Was ist gemeint?

Generell *müssen* die künftig im Eingliederungshilfegesetz zum Einsatz gelangenden Instrumente die ICF berücksichtigen, im Geltungsgrad dieser gesetzlichen Verpflichtung aber bestehen Unschärfen. Mehr als eine *Orientierung* des Instrumentes an der ICF ist nicht gefordert. Im Rahmen der Gesamtplanung müssen die Rehabilitationsträger auch weitere Orientierungen zulassen und zur Geltung bringen. Zu diesen anderen Orientierungen gehört insbesondere die in § 118 S. 1 noch einmal hervorgehobene Berücksichtigung der Wünsche des Berechtigten. Insgesamt verlangt das Gesetz eine Bandbreite der Bedarfsermittlung, die durch eine allzu enge Anlehnung an einzelne aus der ICF entwickelten Instrumente nicht eingegrenzt werden darf.

Aus fachlicher Sicht wird davor gewarnt, sich bei der Instrumentenwahl den Ausdifferenzierungen des ICF allzu weit auszuliefern; Verengungen und Objektivierungen könnten die Folge sein. Gegen einen Bezug auf das bio-psycho-soziale Betrachtungsmodell der WHO sind keine Einwände zu erheben, weil es die in § 2 Abs. 1 gesetzlich zu erfassende Wirklichkeit in der Wechselwirkung aus individuellen und kontextuellen Faktoren abbilden kann. Kritischer zu sehen wäre eine instrumentelle Vereinheitlichung auf der Ebene von *Core-Sets*, in die nur für eine spezifische Fragestellung relevante Items der ICF einbezogen werden. Die vom Gesetz verlangte umfassende und individualisierte Bedarfsermittlung nach § 15 Abs. 2 würde dadurch möglicherweise in bestimmte normative Richtungen gelenkt und unzulässig verkürzt.¹¹²

Verpflichtend in der Eingliederungshilfe für die Länder als Verordnungsgeber¹¹³ und für die im Verwaltungsverfahren verantwortlichen Rehabilitationsträger sieht das Gesetz vor, dass die Ergebnisse der Bedarfsermittlung bezogen auf die „Beeinträchtigung der Aktivität und Teilhabe in den folgenden Lebensbereichen“ *beschrieben* werden, § 118 Abs. 1 S. 3. Hierin wird man eine Ergänzung zur *Dokumentation* im Teilhabeplanverfahren sehen können, § 19 Abs. 2. Bei den einzelnen Lebensbereichen der Aktivitäten und Teilhabe orientiert sich das Gesetz an den Vorgaben des ICF. Die Aufzählung ist vor dem Hintergrund zu sehen, dass der persönliche Leistungszugang im Eingliederungshilferecht künftig in den Bahnen der ICF geschehen soll. Dies wird es erlauben, die einzelnen Leistungsansprüche herzuleiten

- aus dem Behinderungsbegriff nach § 2 Abs. 1,
- aus den gesetzlichen Zugangsvoraussetzungen zu Leistungen der Eingliederungshilfe, künftig § 99, und
- aus den ermittelten Sachverhaltselementen zum individuellen Bedarf.

Das könnte längerfristig zu einem konsistenten Konzept von eigenem rechtsstaatlichen Wert zusammenwachsen. Der individuelle konkretisierte sozialstaatlich garantierte Anspruch auf Teilhabeleistungen wäre so über mehrere Schritte umfassend, transparent und einzelfallbezogen verfahrensrechtlich hergeleitet und gesetzlich legitimiert.

Auf einen wichtigen verwaltungsrechtlichen Aspekt ist noch hinzuweisen: Im Eingliederungshilferecht ist über Art und Maß der Leistungserbringung nach pflichtgemäßem Ermessen zu entscheiden, § 107 Abs. 2. Mit den ausdifferenzierten und teilweise an der ICF ausgerichteten Ermittlungsinstrumenten und ihrer Beschreibung nach Lebensbereichen werden die gesetzlichen Grenzen zulässiger Ermessensbetätigung nach § 39 SGB I entscheidend verdichtet. Das erhöht die Chancen des

¹¹² Engel/Beck Voruntersuchung Berlin S. 11f; BAGüS, Orientierungshilfe zur Gesamtplanung, 2018, S. 11f.

¹¹³ § 118 Abs. 2

Berechtigten, das für ihn folgenreiche Verwaltungshandeln im Hinblick auf die eigene Anspruchslage hin zu überprüfen.

2. Bedarfsermittlung nach weiteren besonderen Reha-Leistungsgesetzen

Schaut man in die übrigen Bücher des Sozialgesetzbuchs, so ergibt sich ein differenziertes Bild bei den normativen Regelungen zur Bedarfsermittlung. Teils verzichten die besonderen Reha-Leistungsgesetze weitgehend auf eigenständige Vorschriften zu den Instrumenten und lassen daher Raum für die vereinheitlichenden Impulse aus § 13 SGB IX, teils sind die Instrumente Teile einer entwickelten Fachwissenschaft, deren Ergebnisse über gesetzliche Verfahren in die besonderen Leistungsvorschriften eingefügt werden, und lassen daher für eine eigenständige rehabilitationsrechtliche Modifikation wenig Raum. *Beispielhaft* werden hier die Bücher II, III und V des SGB hinsichtlich der Bedarfsermittlungsinstrumente kurz betrachtet.

- Im *SGB II, Grundsicherung für Arbeitsuchende*, regelt Kapitel 3, Abschnitt 1, die Leistungen zur Eingliederung in Arbeit. Als eigenständig geregeltes Instrument der Bedarfsermittlung sticht die *Potentialanalyse* nach § 15 Abs. 1 SGB II heraus. Im Übrigen verweist das SGB II zu den Voraussetzungen von Leistungen zur Eingliederung umfassend auf das SGB III, § 16 SGB II.
- Im *SGB III, Arbeitsförderung*, wird die Teilhabe behinderter Menschen am Arbeitsleben im Dritten Kapitel, Aktive Arbeitsförderung, dort im Siebten Abschnitt, Teilhabe behinderter Menschen am Arbeitsleben, thematisiert, §§ 112 ff SGB III. Bei der Individualisierung der Leistungen, deren Rahmen sich aus den Vorschriften des Zweiten bis Fünften Abschnitts ergibt, sind als persönliche Merkmale *Eignung, Neigung* und bisherige *Tätigkeit* zur berücksichtigen. Zu den Instrumenten nimmt das Gesetz nur pauschal Stellung. Im Rahmen der Sachverhaltsermittlung hat der Leistungsträger als Rehabilitationsträger *Eignungsfeststellungen* und eventuell *Arbeitserprobungen* durchzuführen, § 112 Abs. 2 SGB III. Bei besonderen Leistungen nach § 117 f SGB III aufgrund schwerwiegender Beeinträchtigungen werden zwar die rechtlichen Zugangsbedingungen umschrieben; so etwa Unerlässlichkeit wegen Art und Schwere der Behinderung, § 117 Abs. 1 SGB III. Die Instrumente zur Überprüfung der Bedarfsermittlung werden nicht umschrieben, stehen daher bisher im Auswahl- und Gestaltungsermessen des Leistungsträgers insbesondere nach §§ 19ff SGB X, Amtsermittlung etc., und §§ 60 ff SGB I, Mitwirkungspflichten. Hier greifen nun die Mindestanforderungen nach § 13 Abs. 2 sowie gegebenenfalls, nach Maßgabe der gemeinsamen Empfehlungen, die Gütekriterien nach § 13 Abs. 1 SGB IX. – In der Sache naheliegend wäre es auch, die instrumentellen Anforderungen aus § 13 SGB IX auf die Bedarfsfeststellung bei der *assistierten Ausbildung* anzuwenden, § 130 SGB III. Förderungsfähig sind lernbeeinträchtigte und sozial benachteiligte junge Menschen, die behindert im Sinne des § 2 Abs. 1 SGB IX sein können.
- Im *SGB V, Gesetzliche Krankenversicherung*, sind Leistungen der medizinischen Rehabilitation im Sinne von §§ 42 ff SGB IX Teil der Krankenbehandlung, § 27 Abs. 1 S. 2 Nr. 6. Behandlungsleistungen umfassen in der Gesetzlichen Krankenversicherung auch diagnostische Verfahren. Diagnose und Indikationsstellung als spezifische Form der Bedarfsermittlung sind Teil des Behandlungsanspruchs; sie haben dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen, § 2 Abs. 1 S. 3 SGB V. Wie dieser qualitative Fachstandard in die individuellen Leistungsansprüche zu überführen ist, ist im SGB V Gegenstand umfangreicher Regelungen des Leistungserbringungsrechts, siehe etwa die Vorschriften zum Gemeinsamen Bundesausschuss, §§91 ff SGB V. – Nicht alle Leistungen der medizinischen Rehabilitation nach dem SGB IX finden sich im SGB V wieder. Dies gilt insbesondere für die Annexleistungen nach § 42 Abs. 3 SGB IX, die auf die soziale Teilhabe zielen. Ob die gesetzlichen Krankenkassen, die für die Leistungen der medizinischen Rehabilitation nach §§ 42 ff SGB IX zuständige Leistungsträger sind, ihre Instrumente der Bedarfsermittlung bei Vorliegen einer Behinderung auch auf die Annexleistungen zu erstrecken haben, diese Frage wird man bejahen müssen. Aus der allgemeinen Geltung der Mindestanforderungen aus § 13 Abs. 2 wird man eventuell

auch ableiten müssen, dass im Falle einer Behinderung die dort angesprochenen Themen Teil des ärztlichen Versorgungsauftrags und der ärztlichen Bedarfsermittlung sind. Die Richtlinien des GBA nach § 92 Abs. 1 Nr. 6 SGB V wären gegebenenfalls anzupassen. Bejaht man dies alles, hat dies vergütungsrechtliche und aufsichtsrechtliche Folgen; auch das Vereinbarungsrecht ist berührt - ein schwieriges Schnittfeld von Gesundheitsrecht und Rehabilitationsrecht!

Insgesamt ist zu hoffen, dass die Wirkungen der Instrumente, wie das BMAS sie nach § 13 Abs. 3 gegenwärtig untersucht, mehr empirische Klarheit dazu bringt, wie die eher rahmenrechtlichen Impulse aus § 13 mit den Spezifika der besonderen Reha-Leistungsgesetze in Einklang gebracht werden können.

3. Fazit zu III.

Eingliederungshilferecht

Im Eingliederungshilferecht wird eine detailliert geregelte Gesamtplanung zur Pflicht. Da die Gesamtplanung vom Gesetz als Teil der Teilhabeplanung betrachtet wird, gelten die Vorgaben des § 13 auch für die Verwaltungsverfahren im Eingliederungshilferecht. Diese Vorgaben werden noch „geschärft“ durch Verpflichtungen an die Länder und durch spezifische inhaltliche Bestimmungen zu den dortigen Maßstäben der Bedarfsermittlung. Insgesamt erlauben es die Regelungen zur Bedarfsermittlung und zur Teilhabe- und Gesamtplanung, Leistungsbescheide in der Eingliederungshilfe einer sehr viel eingehenderen Rechtmäßigkeitskontrolle zu unterziehen als dies bisher möglich war: Die – auch instrumentell gestützte – Sachverhaltsermittlung wird erheblich ausgebaut; die Dokumentation ihrer Ergebnisse und die Erörterungen mit dem Berechtigten und seinen Beiständen und Vertrauenspersonen bei der Bewertung sozialer Teilhabechancen sowie mit anderen Leistungsträgern sind in Dokumentationen zwingend und umfassend festzuhalten; diese Dokumentationen müssen im Leistungsbescheid Berücksichtigung finden und in den Begründungen des Verwaltungsaktes ausgewertet werden.

Gerade im Eingliederungshilferecht mit seiner fragmentierten Implementationsstruktur über mehrere Hundert Leistungsträger hinweg¹¹⁴ und bei den noch zu bewältigenden Anforderungen an untergesetzliche Rechtsnormen wie Rechtsverordnungen, Rahmenverträge, Leistungs- und Vergütungsvereinbarungen, Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsprüfungen etc.¹¹⁵ sind Erfolge im Sinne der Vereinheitlichung der Bedarfsermittlung dringend erforderlich; denn von *gleichwertigen Lebensverhältnissen* beim Zugang zu Leistungen der Eingliederungshilfe, wie sie das Grundgesetz in Art. 72 Abs. 2 verlangt, sind wir derzeit noch weit entfernt.¹¹⁶

Weitere besondere Reha-Leistungsgesetze

Schaut man in die übrigen Bücher des Sozialgesetzbuchs, so ergibt sich ein differenziertes Bild bei den normativen Regelungen zur Bedarfsermittlung. Die rechtlichen Konsequenzen der Regelungen des BTHG zur Bedarfsermittlung sind im Hinblick auf die einzelnen besonderen Reha-Leistungsgesetze je gesondert auszuloten. Teils verzichten die besonderen Reha-Leistungsgesetze weitgehend auf eigenständige Vorschriften zu den Instrumenten und lassen daher Raum für die vereinheitlichenden Impulse aus § 13 SGB IX, teils sind die Instrumente Teile einer entwickelten Fachwissenschaft, deren Ergebnisse über gesetzliche Verfahren in die besonderen Leistungsvorschriften eingefügt werden, und lassen daher für eine eigenständige rehabilitationsrechtliche Modifikation wenig Raum.

¹¹⁴ Details siehe homepage der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe.

¹¹⁵ Siehe insbesondere §§ 131, 125, 128 SGB IX.

¹¹⁶ Neueres empirisches Material zur Lebenslage von Menschen mit komplexen Beeinträchtigungen im Projekt IMPAK (Implementation von Partizipation und Inklusion für Menschen mit komplexen Beeinträchtigungen) erhoben: Universität Hamburg, Projektleitung Prof. Dr. Iris Beck, Projektlaufzeit 2017 bis 2020.

IV.

Rechtskontrollen

Das BTHG hat die Verfahrensregelungen im Recht der Rehabilitation und Teilhabe durch § 7 Abs. 2 und durch detaillierte Ausgestaltung der einzelnen Verfahrensschritte erheblich „geschärft“. ¹¹⁷ § 13 gibt dazu ein Beispiel. Aus der Sicht rechtskontrollierender Instanzen wie Aufsichts- und Widerspruchsbehörden und Sozialgerichte ist bedeutsam, was die Instrumente nach § 13 für eine Leistungskonkretisierung beitragen können, die unter Berücksichtigung der Besonderheiten des Einzelfalles eine umfassende Teilhabe am Leben in der Gesellschaft ermöglicht. Von den Rehabilitationsträgern wird im Rahmen ihrer Verfahrenssicherungspflicht erwartet, die Leistungen so auszurichten, dass diese umfassende Teilhabe zügig, wirksam, wirtschaftlich und auf Dauer ermöglicht wird, siehe für die Teilhabeplanung § 19 Abs. 3; im Grunde ergibt sich diese Verpflichtung schon aus § 17 Abs. 1 SGB I. Nunmehr enthält das BTHG neue Aufgaben für die Rehabilitationsträger, die auf der Ebene der Organisationentwicklung wirksam sein sollen und gegebenenfalls die Aufsichtsbehörden auf den Plan rufen (1.). Daneben aber werden die Berechtigten mit einer Reihe neuer Verfahrensrechte ausgestattet, deren Einhaltung durch die Reha-Träger im Widerspruchs- und Klageverfahren erzwungen werden kann (2., 3.).

1. Rechtskontrollen: Aufsichtsmaßnahmen

Zuständig für die Ausführung von Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe sind die in §§ 19 bis 27 und 28 SGB I genannten Leistungsträger, die in § 6 Abs. 1 genannten Rehabilitationsträger. Ihre Aufsicht richtet sich nach den für sie jeweils gelten besonderen Gesetzen. So ist beispielsweise die Aufsicht über die Sozialversicherungen in §§ 87 ff SGB IV geregelt. Im *Binnenrecht* der Verwaltungen sind es die *Aufsichtsbehörden*, die primär auf die Einhaltung neuer an die Rehabilitationsträger gerichteter gesetzlicher Pflichten zu achten haben.

Die Aufsicht über die Träger der Eingliederungshilfe richtet sich nach Landesrecht. Als Beispiel für die Ausgestaltung der Aufsicht mag das Landesausführungsgesetz zum SGB XII des Landes Mecklenburg-Vorpommern dienen. ¹¹⁸ Die Rehabilitationsträger im Lande unterliegen der Fachaufsicht der obersten Landesbehörde. Die Aufsichtsmaßnahmen werden evaluiert, der Bericht wird dem Landtag zugeleitet. ¹¹⁹ Seit einigen Jahren verfolgt das Ministerium ein Projekt der Kooperativen Fachaufsicht, über Erhebungen und Interventionen wird im Landesbeirat für Sozialhilfe ¹²⁰ regelmäßig berichtet.

§ 13 Abs. 1 S. 1 verpflichtet *alle* Rehabilitationsträger ab dem 1. Januar 2018, ihre nach den jeweiligen Leistungsgesetzen angewandten Instrumente nun unter geänderten gesetzlichen Vorgaben neu zu betrachten und gegebenenfalls zu revidieren. Diese Verpflichtung zu einer „Innenrevision“ und Neuausrichtung an den fachlichen Maßstäben der Systematik und Standardisierung hin zu mehr Einheitlichkeit und Überprüfbarkeit ist Teil der Gesetzesbindung der Reha-Träger; sie sind als Behörden errichtet und nehmen öffentliche Aufgaben wahr ¹²¹. Behörden sind Teile der vollziehenden Gewalt und sind nach der Verfassung verpflichtet, sich an Gesetz und Recht zu halten, Art. 20 Abs. 3 GG.

Allerdings nennt das Gesetz selbst keine *Sanktionen*, mit der auf die Einhaltung dieser Verpflichtung hingewirkt werden kann. Hier greifen die Aufsichtsregeln. Bei der Anwendung des Aufsichtsrechts werden die aufsichtführenden Behörden zu analysieren haben, inwieweit die im Gesetz vor-

¹¹⁷ Amtliche Begründung S. 192.

¹¹⁸ Gesetz des Landes Mecklenburg-Vorpommern zur Ausführung des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch (Landesausführungsgesetz M-V), § 13 Aufsicht. Die Träger der Sozialhilfe sind auch die Träger der Eingliederungshilfe, siehe § 94 Abs. 1 SGB IX.

¹¹⁹ Landesausführungsgesetz M-V aaO. § 22.

¹²⁰ Landesausführungsgesetz M-V aaO. § 3.

¹²¹ § 2 SGB X

gesehenen und durch § 7 Abs. 2 „scharfgestellten“ Regelungen zum Verwaltungsverfahren sich zu trägerspezifischen Pflichten verdichtet haben, die eine rechtliche Intervention verlangen oder zumindest nahelegen. Dabei müssen die Aufsichtsbehörden auch die vom Gesetz nach wie vor betonte *Eigenverantwortung* der Träger bei der Umsetzung gesetzlicher Aufgaben beachten, § 6 Abs. 2.

Für gerichtliche Streitigkeiten um die Rechtmäßigkeit einer aufsichtsrechtlichen Anordnung sieht das Sozialgerichtsgesetz eine eigene Klageart vor, die Aufsichtsklage nach § 54 Abs. 3 SGG.¹²²

2. Widerspruchsverfahren

Das Widerspruchsverfahren bietet dem Berechtigten ein erstes Rechtsbehelfsverfahren gegen einen für rechtswidrig oder unzweckmäßig erachteten Leistungsbescheid, §§ 62, 63 SGB X. Es hat zwei Funktionen: Es soll einen Weg zu einer Fach- und Rechtskontrolle innerhalb der Verwaltung ermöglichen; gleichzeitig ist es ein notwendiges Vorverfahren auf dem Wege zum gerichtlichen Klageverfahren und wirkt hier als Filter, § 78 SGG.¹²³ Der Widerspruchsbescheid kann den Leistungsbescheid aufheben oder modifizieren.

Die Widerspruchsbehörden sind organisatorisch Teil der Rehabilitationsträger. Ihnen und den Berechtigten soll die Möglichkeit gegeben werden, „Rechtmäßigkeit und Zweckmäßigkeit des Verwaltungsaktes“ noch einmal zu erörtern und zu überprüfen, § 78 Abs. 1 S. 1 SGG.

Die Gütekriterien und Mindestanforderungen aus § 13 gelten als Rechtmäßigkeitsmaßstäbe für alle Bedarfsermittlungen. Ist im Teilhabeplanverfahren das Ergebnis nicht konsensfähig, enthält das Widerspruchsverfahren eine Chance für alle Beteiligten, eine „zweite Runde“ zu eröffnen. Dabei kommen nach der Reform durch das BTHG vermutlich den folgenden Anforderungen und Fragen an das rehabilitationsrechtliche Verwaltungsverfahren besondere Bedeutung zu:

- Ist die Dokumentation der Teilhabeplanung (Teilhabeplan) vollständig und aussagekräftig, § 19 Abs. 2?
- Ist die verlangte Einsicht in den Teilhabeplan gewährt worden, § 19 Abs. 3 S. 3?
- Hat der Leistungsberechtigte eine Teilhabekonferenz vorgeschlagen, und warum wurde dem Vorschlag nicht entsprochen, § 20?
- Ist erkennbar, dass der Teilhabeplan dem Leistungsbescheid zugrunde lag, § 19 Abs. 4 S. 1?
- Lässt die notwendige Begründung des Leistungsbescheides (Verwaltungsakt, § 31 SGB X) erkennen, inwieweit die im Teilhabeplan enthaltenen Feststellungen bei der Entscheidung berücksichtigt wurden, § 35 SGB X, § 19 Abs. 4 S. 2?
- Wurde die Abstimmung mit dem Berechtigten gesucht; mit welchem Ergebnis, § 19 Abs. 1?
- Wurde das Benehmen mit den nach § 15 zu beteiligenden Rehabilitationsträgern hergestellt; mit welchem Ergebnis, § 19 Abs. 1?

Die Ausgestaltung des Widerspruchsverfahrens ist für Berechtigte und Rehabilitationsträger hoch bedeutsam. Vor Einschaltung des Sozialgerichts eröffnen sich hier vorgerichtliche Korrekturmöglichkeiten und Einigungschancen.

Die Rehabilitationsträger sollten die Widerspruchsverfahren einer kritischen Kontrolle unterziehen und durchgehend betroffenenorientiert ausgestalten, damit in einer zügig anberaumten mündlichen Verhandlung Einigungschancen ausgelotet werden können. Dies vermeidet langwierige und kostspielige gerichtliche Verfahren, deren Streitschlichtungspotentiale an den drängenden Bedürfnissen der Berechtigten nach einer schnellen Klärung meist vorbeigehen.¹²⁴

¹²² SGG meint Sozialgerichtsgesetz. Zur Aufsichtsklage siehe Kummer, Das sozialgerichtliche Verfahren, in: Sozialrechtshandbuch § 12 Rn 82. Kommentierung bei Keller in Meyer-Ladewig u.a., SGG § 54 Rn 18.

¹²³ Zum Doppelcharakter des Widerspruchsverfahrens: Wallerath in: Sozialrechtshandbuch § 11 Rn 269.

¹²⁴ Einzelheiten zum Widerspruchsverfahren finden sich in §§ 78 ff SGG.

3. Sozialgerichtliches Klageverfahren

Durch die Erhebung einer Klage wird die Sache rechtshängig, sie liegt also nun dem Gericht zur Entscheidung vor, § 94 SGG. Das Gericht bewertet den Leistungsbescheid so, wie er sich als Ergebnis des Widerspruchsverfahrens darstellt. Ausgangsbescheid und Widerspruchsbescheid werden von der Rechtsprechung als Einheit angesehen, § 95 SGG.¹²⁵

Das Gericht kontrolliert also im Klageverfahren den Leistungsbescheid in Gestalt des Widerspruchsbescheides. Mit der Klage kann der Berechtigte die Aufhebung oder Abänderung des Leistungsbescheides beantragen, § 54 Abs. 1 SGG. Das wird dann erfolgreich sein, wenn das Gericht zu der Auffassung gelangt, der Kläger sei im rechtlichen Sinne beschwert, weil er durch den Leistungsbescheid in seinen Rechten verletzt ist, § 54 Abs. 2 SGG. Maßstab dieser Rechtskontrolle ist das materielle Sozialrecht und das Sozialverfahrensrecht. Bei Verfahren auf dem Wege zu individualisierten Rehabilitationsleistungen hängen nun beide Aspekte eng zusammen. Es geht bei der Zuerkennung von Rechtsansprüchen auf rehabilitative Sozialleistungen oft um die Plausibilisierung von Verwaltungsentscheidungen auf der Basis komplexer Ermittlungen und Einschätzungen im Verwaltungsverfahren. Insofern können die oben für das Widerspruchsverfahren genannten möglichen Verfahrensmängel zu Rechtsverletzungen führen, die im Klageverfahren vor dem Sozialgericht aufzuarbeiten sind.

Ob ein Leistungsbescheid in der Fassung des Widerspruchsbescheides rechtmäßig ist oder nicht, richtet sich bei *Verfahrensmängeln* auch nach dem SGB X. Wichtig in unserem Themenfeld: Verfahrens- und Formfehler können im Verwaltungsverfahren *geheilt* werden, § 41 SGB X. Dies gilt auch für *Begründungsmängel* im Sinne von § 35 SGB X iVm § 19 Abs. 4 S. 2. Sind also solche Mängel im Widerspruchsverfahren bereits behoben, wurden etwa unterbliebene Anhörungen und Abstimmungen nachgeholt oder Begründungen sinnvoll ergänzt, dann ist der Berechtigte möglicherweise nicht mehr in seinen Rechten verletzt, seine Klage ist nunmehr eventuell unbegründet.

Das Gericht kann, wenn es aber von einer Heilung von Verfahrens – oder Begründungsmängeln im Widerspruchsverfahren nicht überzeugt ist, selbständig ein – dann nach dem Verwaltungsverfahren und dem Widerspruchsverfahren dann drittes – Quasi-Verfahren der Leistungskonkretisierung durchführen und die Debatte in einer neuen Quasi-Teilhabekonferenz neu eröffnen. Dem Gericht stehen alle Varianten der Sachverhaltsermittlung zur Verfügung, es kann also auch eine neue Runde der „Teilhabeplanung“ einläuten. Dazu gehören alle Arten der Beweisaufnahme, auch Anhörungen von Ärzten, Akteneinsicht und Anhörungen, §§ 117 ff SGG. Die Verfahrensleitung liegt beim Vorsitzenden, § 106 SGG.¹²⁶

In diesem Rahmen kann das Gericht auch eine Bewertung von Instrumenten am Maßstab des § 13 Abs. 2 vornehmen. Es wird dies tun, wenn es einen möglichen Mangel für entscheidungserheblich hält, weil sich erkennen lässt, dass die Leistungsentscheidung anders hätte ausfallen können. Eine selbständige gerichtliche Nachprüfung von Instrumenten sieht das SGG nicht vor, ebenso wenig wie eine eigenständige Bewertung von Gutachten aus dem Verwaltungsverfahren. Der Zusammenhang zum Leistungsbescheid bleibt immer gewahrt.

Allerdings kann das Gericht selbst einen Gutachter bestellen, etwa um behauptete methodische Mängel bei den angewandten Instrumenten der Bedarfsermittlung aufzuklären.

¹²⁵ BSG B 5 R 54/10 R, Nr. 23

¹²⁶ Für Leistungen der Eingliederungshilfe hat Thomas Flint, heute Richter am Bundessozialgericht, vor einigen Jahren anschaulich beschrieben, welchen Möglichkeiten und Schwierigkeiten sich ein Sozialgericht gegenübersteht, wenn es das Verwaltungshandeln im Recht der Rehabilitation und Teilhabe kontrollieren und korrigieren soll: Flint, Die Eingliederungshilfe in der Rechtsprechung der Sozialgerichtsbarkeit, in: Schütte (Hg.), Abschied vom Fürsorgerecht, 2011, S. 111 ff. Eine Kurzfassung erschien in: NDV 2010, 80.

Beweiswürdigung vor dem Sozialgericht, § 128 SGG

Sollte bei der Bedarfsfeststellung ein Ergebnis aus der Anwendung eines bestimmten Instrumentes nach § 13 entscheidungserheblich sein, dann würden Qualitätsmängel des Instrumentes wie mangelnde Systematik, mangelnder Funktionsbezug, mangelnde Überprüfbarkeit, mangelnde Ausrichtung an den Mindestanforderungen von § 13 Abs. 2 möglicherweise auf das Gesamtergebnis von Bedarfsfeststellung und Leistungsbescheid durchschlagen. Dann könnte das Gericht die Frage aufwerfen, wie die Ergebnisse aus der Anwendung des Instrumentes im Rahmen der freien Beweiswürdigung nach § 128 SGG zu bewerten sind. Für ein medizinisches Gutachten ist durch die BSG-Rechtsprechung geklärt: Es muss sich bei der Beurteilung von Ursache-Wirkungs-Zusammenhängen auf dem wissenschaftlichen Erkenntnisstand aufbauen.¹²⁷

Am Ende wird das Gericht auf der Basis eigener Beweiswürdigung entscheiden und dabei das Gesamtergebnis des Gerichtsverfahrens nach seiner freien Überzeugung bewerten, § 128 SGG. Es kann den Leistungsbescheid/Widerspruchsbescheid ganz oder teilweise aufheben und von sich aus neu über die Leistung entscheiden, wenn es der Meinung ist, die Sache sei *spruchreif*, es habe alle Informationen, die eine positive Leistungsentscheidung tragen können, § 131 Abs. 2 SGG.

Hält das Gericht eine *weitere Aufklärung* des Sachverhaltes für nötig, so kann es den Leistungsbescheid und Widerspruchsbescheid aufheben und das Verfahren an die zuständige Verwaltung des Rehabilitationsträgers zurückgeben, § 131 Abs. 5 SGG. Dann hätte der Rehabilitationsträger mit einem neuen Anlauf im Verwaltungsverfahren die vom Gericht monierten Lücken aufzufüllen beziehungsweise die unplausiblen Verknüpfungen zwischen Bedarfsermittlung, Bedarfsfeststellung und Leistungsbescheid aufzuarbeiten, den Leistungsbescheid nach Art und Umfang zu korrigieren oder Begründungsmängel zu beseitigen.

Ein solcher Fall könnte eintreten, wenn das Gericht zu dem Ergebnis kommt, die im vorliegenden Verfahren verwandten Ermittlungsinstrumente liefern nicht die nötigen entscheidungserheblichen Informationen; oder ein Instrument erfülle nicht die gesetzlichen Anforderungen der Überprüfbarkeit, weil es für eine Abstimmung mit dem Berechtigten oder für ein trägerübergreifendes Benehmen nach § 19 Abs. 1 ungeeignet sei. Gleiches könnte eintreten, wenn das Gericht nach Auswertung des Teilhabeplanverfahrens und des Widerspruchsverfahrens zu der Auffassung gelangt, das Grundrecht auf rechtliches Gehör nach Art. 103 Abs. 1 GG sei in diesem Falle verletzt, weil auf die nach Art. 3 Abs. 3 S. 2 GG auszugestaltende besondere Situation des Berechtigten nicht hinreichend Rücksicht genommen wurde.¹²⁸

4. Fazit zu IV.¹²⁹

Die allgemeinen Regeln zum sozialgerichtlichen Rechtsschutz lassen Raum für eine verstärkte gerichtliche Wirksamkeit der im BTHG „geschärften“ Verwaltungsverfahrensregeln. Es ist zu erwarten, dass sich vor allem die gesteigerten Anforderungen an die Dokumentation und Sachverhaltsermittlung und an die Begründung des Leistungsbescheides als mögliche rechtliche Qualitätsmängel im Handeln von Rehabilitationsträgern erweisen. Das wird die Träger einem verstärkten Druck aussetzen, sich den Regelungen des SGB IX Teil 1 tatsächlich und umfassend zuzuwenden. Sie sollten die Widerspruchsverfahren betroffenen- und beteiligungsorientiert gestalten, um etwaige Abstimmungs- und Koordinationsmängel mit Berechtigten, deren Beiständen und Vertrauenspersonen sowie anderen beteiligten Rehabilitationsträgern, vorgerichtlich kommunikativ klären zu helfen.

¹²⁷ Plagemann in: Fichte/Plagemann, Sozialverwaltungsverfahrenrecht, § 2 Rn 539 mit Nachweisen zum Sachverständigenrecht. Zur Beweiswürdigung aaO 545 mit Nachweisen aus der Rechtsprechung.

¹²⁸ Siehe auch: §§ 62, 127, 128 Abs. 2 SGG

¹²⁹ Auf den vorläufigen Rechtsschutz wurde hier nicht eingegangen.

V.

Reformoptionen, Systementwicklung

Der Gesetzgeber des BTHG setzt erneut auf eine weitere Verrechtlichung im Sinne eines „scharfgestellten“ allgemeinen Rechts der Rehabilitation und Teilhabe.¹³⁰ Die Erfahrungen der Vergangenheit vor allem mit dem SGB IX von 2001 legen es nahe, andere Optionen zu erwägen, um sich den eingangs geschilderten Reformzielen einer Vereinheitlichung und besseren fachlichen Fundierung von Leistungsentscheidungen anzunähern. Dazu ein paar knappe Bemerkungen und Empfehlungen zu *Forschung und Ausbildung*, weit jenseits der Rechtsdogmatik.

Die Rehabilitationsträger und ihre Zusammenschlüsse sollten gemeinsam weiterhin daran arbeiten, die Spaltung der Trägerszene in Sozialversicherungen einerseits und Sozial- und Jugendhilfe andererseits zu überwinden. Die heutige Situation reflektiert zwar die unterschiedlichen Verantwortlichkeiten der Rehabilitationsträger, hat aber ungünstige Auswirkungen auf fachliche Entwicklungen; diese entsprechen derzeit nicht dem umfassenden und integrierenden Ansatz der UN-BRK.

Das BTHG enthält eine Vielzahl von befristeten Maßnahmen, die einen zunehmenden Wissenserwerb zu Rehabilitation und Teilnahme und zur darauf bezogenen Versorgungslandschaft erwarten lassen. Ohne eine Strategie des Wissensmanagements und der Qualifizierung und Professionalisierung werden diese Maßnahmen verpuffen. Erwägenswert wäre, die Berichtspflichten und die Resortforschung fachlich und/oder institutionell zu bündeln.

Die Initiativen des BTHG zu einer fachlich verbesserten Bedarfsermittlung, Fallsteuerung, arbeitsmarktnahen Unterstützung und sozialen Assistenzleistung benötigen eine langfristige Begleitstrategie bei den Personalressourcen. Der Bund erwartet alleine für die trägerunabhängige Beratung¹³¹ einen zusätzlichen Personalbedarf von 800 Personen.¹³² Für die verwaltungsseitige Betreuung von 36.000 komplexen Leistungsfällen werden in der Eingliederungshilfe voraussichtlich mindestens 750 neue Fachkräfte benötigt.¹³³ Schätzungen der Leistungsträger gehen eher von einer fünfstelligen Zahl an neuen Fachkräften aus und beziehen sich auf die Bedarfe, die durch 180.000 neue Leistungsfälle in der Eingliederungshilfe insgesamt entstehen.¹³⁴ Hier könnten Vereinbarungen mit Hochschulen über Mindestanforderungen für Studiengänge förderlich sein, um die bundesgesetzlichen und völkerrechtlichen Anforderungen an eine künftige fachgerechte Sozialverwaltung in Rahmencurricula zu übersetzen.¹³⁵

¹³⁰ Zustimmend Luthé, der nach der Auswertung des alten Rechts eine „forcierten Verrechtlichung und Justizialisierung“ anmahnt, um Vollzugsdefizite im SGB IX zu vermeiden, juris-PK zu § 10 aF, Rn 38.

¹³¹ § 32.

¹³² Amtliche Begründung S. 209.

¹³³ aaO. S. 214; bei einem angenommenen Personalschlüssel von 1:50!

¹³⁴ aaO. S. 214

¹³⁵ Negatives Referenzbeispiel: Bei der Einführung der Pflegeversicherung Mitte der 90'er Jahre wurden diese qualifikatorischen Aspekte nicht ausreichend bedacht.

XII.8. Tagungsdokumentation zur Arbeitstagung 2016

b3 – Arbeitstagung

„Anforderungen an die Ermittlung von Teilhabebedarf“

31. Mai 2016
von 10:30 bis 16:30 im
CENTRE MONBIJOU BERLIN,
Oranienburger Str. 13-14, 10178 Berlin

Herausgeber:
Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e. V.
Solmsstraße 18
60486 Frankfurt am Main

Telefon: 069.60 50 18-24
Telefax: 069.60 50 18-28
E-Mail: bedarfsermittlungskonzept@bar-frankfurt.de
www.bar-frankfurt.de



Gefördert durch:



aus Mitteln des Ausgleichsfonds

Anmeldung

Organisation

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V.
Julia Pfülb
Solmsstr. 18 / Gebäude E
60486 Frankfurt am Main
Tel.: 069 605018 - 49
Fax: 069 605018 - 59
E-Mail: julia.pfuelb@bar-frankfurt.de

Anmeldeschluss: 30. April 2016

Ihre Anmeldung ist verbindlich und wird per E-Mail bestätigt. Reise-, Übernachtungs- und sonstige Kosten können leider nicht übernommen werden.

Frau Herr Titel _____

Name _____

Institution _____

Straße/Nr. _____

PLZ/Ort _____

E-Mail _____

Ich benötige folgende Assistenz:

Datum _____ Unterschrift _____

Die Angaben zu Name und Institution werden in die Liste der Teilnehmenden aufgenommen. Die Veranstaltung wird ggf. in Bild und Ton dokumentiert. Für die dokumentarische Nutzung erteilen Sie mit der Anmeldung eine Freigabe.

Einladung

Was?

Arbeitstagung des b3-Projektes
„Basiskonzept für die Bedarfsermittlung in der beruflichen Rehabilitation“

Wann?

am Dienstag, 31. Mai 2016
von 10:30 Uhr – 16:30 Uhr

Wo?

Konferenzzentrum Centre Monbijou
Oranienburger Straße 13/14
10178 Berlin

Wie?

Vom Hauptbahnhof nutzen Sie entweder die S-Bahnlinien 5, 7 oder 75 Richtung Strausberg, Ahrensfelde oder Wartenberg und steigen am Hackeschen Markt aus (barrierefrei). Von dort sind es etwa 450 m zu Fuß.
Alternativ nutzen Sie die Straßenbahn M5 (Richtung Zingster Str.) bis zum Monbijouplatz (barrierefrei). Von dort sind es noch ca. 80 m.

Wer?

VertreterInnen von Leistungsträgern und -erbringern sowie von Menschen mit Behinderung



Einladung zur b3-Arbeitstagung am 31. Mai 2016
Thema: Anforderungen an die Ermittlung von Teilhabebedarf

Kurzbeschreibung

Menschen mit Behinderung passgenaue Hilfen anzubieten, ist das Ziel von Leistungsträgern wie auch Leistungserbringern. Eine wesentliche Voraussetzung dafür ist, möglichst genau zu ermitteln, welche Unterstützung der Mensch mit Behinderung braucht. Deshalb ist der Bedarfsermittlungsprozess maßgeblich für seine individuellen Teilhabechancen. Leistungsträger wie Leistungserbringer bedienen sich dafür unterschiedlicher Instrumente. Je besser diese aufeinander abgestimmt sind, desto zielgenauer lässt sich der Bedarf bestimmen.

Gemeinsam mit Vertreter/-innen von Leistungsträgern und Leistungserbringern sowie Verbänden von Menschen mit Behinderung und weiteren Akteuren wird ein Basiskonzept für die Bedarfsermittlung erarbeitet. Dieses soll der Vielzahl der derzeit für die Bedarfsermittlung eingesetzten Instrumente und Verfahren eine gemeinsame Grundlage und für die Akteure der Bedarfsermittlung einen – bislang fehlenden – übergreifenden Bezugsrahmen geben. Damit werden Bezugspunkte für praktisches Handeln formuliert, gemeinsame Anforderungen an die Bedarfsermittlung der Akteure beschrieben und praktische Unterstützung für die Durchführung von Bedarfsermittlungsprozessen geboten.

Ein erster wesentlicher Eckpunkt stellt dabei die Definition und Abstimmung von gemeinsamen Grundanforderungen an Bedarfsermittlungsprozesse dar. Diese Arbeitstagung bietet eine erste Diskussionsplattform, um auf den unterschiedlichen Akteursebenen miteinander ins Gespräch zu kommen und erste Ideen zu entwickeln. Wir freuen uns auf Ihre Teilnahme!



Programm

10:30 Uhr **Grußworte**

Markus Hofmann, BAR
Alfons Palczyk, BMAS

10:50 Uhr **Das Paradigma der Personenzentrierung und Konsequenzen für die Ermittlung von Teilhabebedarf**

Prof. Dr. Markus Schäfers,
Hochschule Fulda

Keynote: Barbara Vieweg, ZSL
mit anschließender Diskussion

11:40 Uhr **Bedarfsermittlung unter handlungsbezogener Perspektive**

Dr. Michael Schubert, BAR

12:00 Uhr *Mittagspause*

12:45 Uhr **Arbeitsgruppen: Diskussion von Anforderungen an die Bedarfsermittlung**

15:45 Uhr *Kaffeepause*

16:00 Uhr **Abschlussdiskussion & Ergebniszusammenfassung**

Prof. Dr. Matthias Morfeld,
Hochschule Magdeburg-Stendal
Dr. Katja Robinson, BAG BBW
Dr. Helga Seel, BAR

16:30 Uhr **Veranstaltungsende**

Moderation: Dr. Michael Schubert, BAR

Veranstaltungsaufbau

Hintergrund

Seit einigen Jahren stehen eine Reihe verschiedener, insbesondere sozialpolitisch geprägter Anforderungen an eine Ermittlung von Teilhabebedarf in der Diskussion. Neben dem Schlüsselbegriff der „Personenzentrierung“ wurden differenzierte Kriterien als Anforderungen an Prozesse der Bedarfsermittlung formuliert. Aber: Was bedeuten Sie auf praktischer Handlungsebene?

Ziel und Methodik

Die Veranstaltung ist ein Arbeitsformat des Projektes. Sie richtet sich an Vertreter von Leistungsträgern und Leistungserbringern sowie an Vertreter der Interessen von Menschen mit Behinderung.

Ziel der Arbeitstagung ist es, in insgesamt sechs moderierten Arbeitsgruppen ausgewählte und nachfolgend benannte Anforderungen aus den verschiedenen Akteursperspektiven konkreter zu beleuchten:

- umfassend
- interdisziplinär
- lebens- und sozial-raumorientiert
- kompetenzorientiert
- partizipativ
- zielorientiert

Für jeden Akteurskreis sind zwei parallele Arbeitsgruppen vorgesehen, in denen jeweils drei Anforderungen unter folgenden Fragestellungen erörtert werden sollen:

1. Welche Relevanz hat das Kriterium bei der Bedarfsermittlung für Sie?
2. Was verbindet sich mit diesem inhaltlich für Sie?
3. Was verbindet sich mit den Kriterien im praktischen Handeln?

Inhaltsverzeichnis

Einführung	3
Grußwort von Markus Hofmann (DGB, Vorstandsvorsitzender der BAR)	5
Grußwort von Alfons Polczyk (Bundesministerium für Arbeit und Soziales)	8
Das Paradigma der Personenzentrierung und Konsequenzen für die Ermittlung von Teilhabebedarf, Prof. Dr. Markus Schäfers (Hochschule Fulda)	11
Personenzentrierung und Bedarfsermittlung – Anmerkungen aus Sicht der Selbstvertretung von Menschen mit Behinderung, Barbara Vieweg (Interessenvertretung Selbstbestimmt Leben in Deutschland e.V.)	19
Bedarfsermittlung unter handlungsbezogener Perspektive, Dr. Michael Schubert (BAR)	20
AG Leistungsberechtigte 1: umfassend, interdisziplinär, lebenswelt-/sozialraumorientiert	24
AG Leistungsberechtigte 2: partizipativ, kompetenzorientiert, zielorientiert	32
AG Leistungsträger 1: umfassend, interdisziplinär, lebenswelt-/sozialraumorientiert	37
AG Leistungsträger 2: partizipativ, kompetenzorientiert, zielorientiert	44
AG Leistungserbringer 1: umfassend, interdisziplinär, lebenswelt-/sozialraumorientiert	52
AG Leistungserbringer 2: partizipativ, kompetenzorientiert, zielorientiert.....	63
Ausblick	69
Anhang	70
Teilnehmendenliste.....	
Veranstaltungsprogramm.....	

Einführung

Einführung

Seit einigen Jahren stehen eine Reihe verschiedener, insbesondere sozialpolitisch geprägter Anforderungen (z.B. SGB IX, ASMK, UN-BRK) an eine Ermittlung von Teilhabebedarf in der Diskussion. Neben dem Schlüsselbegriff der „Personenzentrierung“ wurden in den vergangenen Jahren weitere, differenzierte Kriterien als Anforderungen formuliert. Aber: Was bedeuten diese auf praktischer Handlungsebene?

Dies war Gegenstand der Arbeitstagung „Basiskonzept für die Bedarfsermittlung in der beruflichen Rehabilitation“ des b3-Projektes, die sich gleichermaßen an Vertreter von Leistungsträgern, Leistungserbringern sowie an Vertreter der Interessen von Menschen mit Behinderung richtete.

Eine besondere Bedeutung hatte diese Arbeitstagung im Mai 2016 durch die parallel angelaufenen Beratungen zu einem Bundesteilhabegesetz (BTHG), welches ebenfalls Anforderungen an die Bedarfsermittlung formuliert.

Eröffnet wurde die Veranstaltung durch Grußworte von Markus Hofmann (DGB und alternierender Vorstandsvorsitzender der BAR) sowie Alfons Polczyk (BMAS). Hierauf folgte ein Vortrag von Prof. Dr. Markus Schäfers (Hochschule Fulda) zum Thema „Das Paradigma der Personenzentrierung und Konsequenzen für die Ermittlung von Teilhabebedarf“, woran sich in Form einer Keynote Anmerkungen seitens der Selbstvertretung durch Barbara Vieweg (ISL e.V.) anschlossen.

Nach Einführung des Projektleiters Dr. Michael Schubert in die Arbeitsphase wurden von den über 60 Teilnehmenden in insgesamt sechs parallelen Arbeitsgruppen folgende Einzelanforderungen an eine Bedarfsermittlung im Bereich von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben konkreter beleuchtet:

- umfassend
- interdisziplinär
- lebenswelt-/sozialraumorientiert
- partizipativ
- kompetenzorientiert
- zielorientiert

Die nach einem einheitlichen Konzept moderierten Arbeitsgruppen hatten dabei die Aufgabe, aus der jeweiligen Perspektive der Akteure konkrete Antworten auf folgende Fragestellungen zu erarbeiten:

- Welche Relevanz hat das jeweils untersuchte Einzelkriterium für die Bedarfsermittlung?
- Was verbindet sich mit dem Einzelkriterium inhaltlich? sowie
- Was verbindet sich mit dem Kriterium im praktischen Handeln der professionellen Akteure?

Der gemeinsame und weitgehend synchrone Arbeitsprozess war gekennzeichnet von sehr intensiven Diskussionen in den insgesamt sechs Arbeitsgruppen. Wenngleich sich hierbei innerhalb und zwischen den unterschiedlichen Akteursgruppen teils ähnliche, teils aber auch unterschiedliche Auffassungen zur Relevanz und zum inhaltlichen Verständnis dieser Anforderungen zeigten – die nachfolgend in dieser Dokumentation dargestellt sind – so wurde gleichzeitig ein hohes Interesse der Teilnehmenden deutlich, Grundanforderungen an die Bedarfsermittlung über Schlagworte hinaus inhaltlich wie auch im Hinblick auf das praktische Handeln stärker zu konturieren sowie gemeinsam deren übergreifende Akzeptanz auszuloten. Hierfür, so wurde verschiedentlich betont, böten gerade die Gesetzgebungsinitiative zum BTHG und das jetzige Zeitfenster gute Chancen, sinnvolle Weiterentwicklungen – auch auf Umsetzungsebene – gemeinsam auf den Weg zu bringen.

Einführung

Der Arbeitsprozess in den sechs Gruppen wurde durch Vertreter der drei projektbeteiligten Institutionen (BAR, Hochschule Magdeburg-Stendal sowie Bundesarbeitsgemeinschaft der Berufsbildungswerke), welche die Arbeitsgruppen begleiteten, als sehr konstruktiv wahrgenommen. In einer abschließenden Diskussionsrunde wurde die positive Zusammenarbeit innerhalb und zwischen den Akteursgruppen im bisherigen Projektverlauf hervorgehoben und es wurden für den weiteren Verlauf Wege deutlich, wie alle gemeinsam künftig noch effektiver an einer Weiterentwicklung der Bedarfsermittlung und der dazu erforderlichen Grundlagen zusammenwirken können.

Wir bedanken uns bei allen beteiligten Personen und Institutionen für die rege Mitarbeit sowie die vielfältigen und wertvollen Anregungen, ohne die das übergreifende Vorhaben zur Entwicklung eines Basiskonzeptes für die Bedarfsermittlung in der beruflichen Rehabilitation nicht möglich wäre.



Grußwort von Markus Hofmann (DGB/BAR)

Grußwort von Markus Hofmann (DGB, Vorstandsvorsitzender der BAR)

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich begrüße Sie zur heutigen Arbeitstagung des Projektes „Basiskonzept für die Bedarfsermittlung in der beruflichen Rehabilitation“. Diese Arbeitstagung ist Bestandteil eines gemeinsamen Prozesses von Leistungsträgern und Leistungserbringern zur Weiterentwicklung von leistungsträger- und leistungserbringerübergreifenden Grundlagen der Bedarfsermittlung bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben.

Ziel des Prozesses ist ein Bedarfsermittlungskonzept, das der Vielzahl der derzeit für die Bedarfsermittlung eingesetzten Instrumente und Verfahren eine gemeinsame Grundlage und für die Akteure der Bedarfsermittlung einen – bislang fehlenden – übergreifenden Bezugsrahmen gibt. Mit dem Konzept werden Bezugspunkte für praktisches Handeln der Akteure formuliert, gemeinsame Anforderungen an die Bedarfsermittlung der Akteure beschrieben und praktische Unterstützung für die Durchführung von Bedarfsermittlungsprozessen geboten.

Die Perspektive der Nutzer auf Leistungen zur Teilhabe ist dabei ebenso von hoher Relevanz. Insofern freue ich mich, neben Vertretern und Vertreterinnen von Leistungsträgern und Leistungserbringern auch Vertretern und Vertreterinnen von Leistungsberechtigten heute begrüßen zu dürfen.

Das Projekt im engeren Sinne wird gemeinsam getragen von

- der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation,
- der Bundesarbeitsgemeinschaft der Berufsbildungswerke, als Koordinierungszentrum von acht Arbeitsgemeinschaften der beruflichen Rehabilitation sowie
- der Hochschule Magdeburg-Stendal.

Ermöglicht wird die Befassung mit dem wichtigen Feld der Bedarfsermittlung durch die Förderung des Projektes durch das Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS), das heute hier ebenfalls vertreten ist. Lieber Herr Polczyk, ich begrüße Sie zur heutigen Veranstaltung und bedanke mich für die Unterstützung Ihres Hauses.

Ich komme zum Thema „Bedarfsermittlung“: Menschen mit Behinderung passgenaue Hilfen anzubieten, ist gleichermaßen das Ziel von Leistungsträgern wie auch Leistungserbringern. Eine wesentliche Voraussetzung dafür ist, möglichst genau zu ermitteln, welche Unterstützung der Mensch mit Behinderung braucht. Die Bedarfsermittlung ist somit zentral und der Schlüssel zu passgenauen und abgestimmten Teilhabeleistungen. Passgenaue Teilhabeleistungen wiederum sind maßgeblich für die individuellen Teilhabechancen des Einzelnen. Den dafür von den Rehabilitationsträgern und schließlich auch von den Leistungserbringern eingesetzten Arbeitsprozessen und Arbeitsmitteln kommt deshalb eine hohe Bedeutung zu.

Insbesondere – aber nicht nur – für Menschen mit komplexem Unterstützungsbedarf, ist die Bedarfsermittlung ein ganz entscheidender Ausgangspunkt. Die mit „Personenzentrierung“ verbundene Konzentration auf die Person und ihre Bedarfe setzt viel stärker als bisher voraus, dass die eingesetzten Instrumente zur Ermittlung des jeweils individuellen Bedarfs auf einheitlichen trägerübergreifenden Grundlagen beruhen und dem umfassenden Ansatz des SGB IX und der UN-BRK konse-

Grußwort von Markus Hofmann (DGB/BAR)

quent folgen. Nur so passen die jeweils ermittelten Bedarfe zusammen und lassen sich die dabei gewonnenen Erkenntnisse auch von anderen Trägern und Erbringern nutzen. Durch die damit gewonnene Anschlussfähigkeit und Akzeptanz der Entscheidungsgrundlagen fügen sich Leistungsentscheidungen und die daraus resultierenden Teilhabeleistungen wirksam und wirtschaftlich zusammen.

Hierdurch werden

- der mehrfache Einsatz von Instrumenten der Bedarfs-ermittlung,
- Doppelerhebungen zulasten von Menschen mit Behinderungen und
- weitere für alle Beteiligten (kosten-)aufwändige Verfahrensschritte vermieden.

Sehr geehrte Damen und Herren, fragen wir nach den inhaltlichen Grundlagen eines solchen Bedarfsermittlungskonzeptes ist erstens das der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit (ICF) zu Grunde liegende bio-psycho-soziale Modell der Weltgesundheits-organisation (WHO) zu nennen.

Sie alle wissen, dass das bio-psycho-soziale Modell eine wesentliche konzeptionelle Grundlage unseres modernen Verständnisses von Behinderung und Teilhabe darstellt. Es ist somit zweifelsohne auch Bezugspunkt für Leistungen der Rehabilitation und Teilhabe: sei es im Kontext der Leistungsbewilligung – sei es bei der Leistungsausgestaltung. Gerade das bio-psycho-soziale Modell ermöglicht es, Auswirkungen eines Gesundheitsproblems im Bereich der Aktivitäten und Teilhabe zu beschreiben, wobei zugleich auch Wechselwirkungen mit relevanten Kontextfaktoren mit in den Blick genommen werden. Folglich kann ich es nur begrüßen, dass das zu entwickelnde gemeinsame Bedarfsermittlungskonzept das bio-psycho-soziale Modell und die damit verbundenen Potenziale nutzt. Nebenbei ist festzustellen, dass insbesondere die Sozialversicherung maßgeblich zur Entwicklung und Nutzung des bio-psycho-sozialen Modells und der ICF in der Rehabilitation und Teilhabe in Deutschland beigetragen hat.

Das Thema ist mehr als aktuell: Wenn wir in den Referentenentwurf für ein Bundesteilhabegesetz schauen, stellen wir fest, wie wichtig die Bedarfsermittlung ist. An dieser Stelle wäre es mehr als wünschenswert, wenn der Gesetzgeber im Rahmen des Bundesteilhabegesetzes durch eine klare Bezugnahme auf das bio-psycho-soziale Modell bzw. die ICF das Ziel, einheitliche Anforderungen an die Bedarfsermittlung zu schaffen, stringenter umsetzt. Eine Verbesserung der trägerübergreifenden Kooperation und Koordination lässt sich hier mit dem bisherigen Regelungsentwurf nicht erreichen.

Der Aspekt der einheitlichen Grundlagen für die Bedarfsermittlung führt mich zu meinem zweiten Punkt und dem Thema Ihrer Arbeitstagung im engeren Sinne: einheitliche Anforderungen an die Prozesse bzw. das „Verfahren“ der Ermittlung von Teilhabebedarf.

Seit einigen Jahren stehen eine Reihe verschiedener, insbesondere sozialpolitisch geprägter Anforderungen an eine Ermittlung von Teilhabebedarf in der Diskussion. Neben dem Schlüsselbegriff der „Personenzentrierung“ wurden verschiedene Kriterien als Anforderungen an Prozesse der Bedarfsermittlung formuliert. Solche Anforderungen ergeben sich einerseits direkt aus dem SGB IX. Andererseits fanden über die Diskussionen zur Reform der Eingliederungshilfe verschiedene Kriterien Eingang

Grußwort von Markus Hofmann (DGB/BAR)

in die Debatte. Diese sind dabei ganz wesentlich auch bereits in der Gemeinsamen Empfehlung „Reha-Prozess“ (2014) dem Grunde nach konsentiert.

Es ist klare Position des DGB, dass solche Kriterien grundsätzlich für alle Rehabilitationsträger im Bundesteilhabegesetz – nicht nur für die Eingliederungshilfe – gelten müssen, um trägerübergreifend einheitliche Bezugspunkte sicher-zustellen. Gerade für den wichtigen Bereich der Begutachtung sind wir uns als Gewerkschaften (DGB) auch mit den Arbeitgebern (BDA) einig, dass „einheitliche Grundsätze“ erforderlich und sinnvoll sind.

Die Beschäftigung mit Kriterien und Anforderungen an die Bedarfsermittlung ist keineswegs nur auf abstrakt-theoretischer Ebene relevant. Sondern gerade auch hinsichtlich praxis-bezogener Fragen:

- Was bedeuten diese Anforderungen für das Handeln der Akteure und für die Ausgestaltung von Leistungsprozessen?
- Welche Bezugspunkte zwischen Anforderung und praktischem Tun bestehen bereits, welche wären in einem Bedarfsermittlungskonzept stärker zu verdeutlichen?

Antworten zu diesen Fragen etwas näher zu kommen haben Sie sich, sehr geehrte Damen und Herren, für heute zur Aufgabe gemacht. Sie sind gefragt und eingeladen, sich aktiv in die Entwicklung einzubringen! Gemeinsame Arbeitsprozesse leben von Beteiligung, um am Ende zu guten und für die Praxis nutzbaren Ergebnissen zu kommen.

Ich wünsche Ihnen für Ihre heutige Arbeitstagung und über diesen Tag hinaus: gutes Gelingen!



Grußwort von Alfons Polczyk (BMAS)

Grußwort von Alfons Polczyk (Bundesministerium für Arbeit und Soziales)

Bedarf - was ist das?

Meine sehr geehrten Damen und Herren, lieber Herr Hofmann, lieber Herr Dr. Schubert,

ich danke Ihnen für die Einladung zu Ihrer Arbeitstagung und die Gelegenheit mich mit einem Grußwort an Sie und die Tagungsgäste zu wenden. Ich schließe mich den Dankesworten von Herrn Hofmann für den Veranstalter, die Projektnehmer, aber auch die im Hintergrund tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter an, die diese Tagung erst ermöglichen.

Lieber Herr Hofmann, mit Ihren fachlichen Ausführungen und der politischen Positionierung aus der Perspektive des DGB, als Mitglied der Selbstverwaltung in der Sozialversicherung und nicht zuletzt als alternierender Vorstandsvorsitzender der BAR haben Sie m. E. die Vorzüge eines inhaltlich einheitlichen Bedarfsermittlungskonzeptes auf den Punkt gebracht und insbesondere dessen Potenziale grundsätzlich zutreffend beschrieben.

Herr Dr. Schubert hat mich gebeten, mit meinem Grußwort einen Impuls zu setzen für die Diskussionen, die Sie später in den Arbeitsgruppen führen werden. Idealerweise müsste ich daher jetzt den Ausführungen von Herrn Hofmann widersprechen.

Diejenigen von Ihnen, die das jetzt hier an dieser Stelle meiner Ausführungen erwarten, bitte ich noch um etwas Geduld.

Die Koalitionsparteien CDU, CSU und SPD haben sich im Koalitionsvertrag für die 18. Legislaturperiode darauf verständigt, die Leistungen an Menschen, die aufgrund einer wesentlichen Behinderung nur eingeschränkte Möglichkeiten haben, aus dem bisherigen „Fürsorgesystem“ herauszuführen und die Eingliederungshilfe zu einem modernen Teilhaberecht weiterzuentwickeln. Die Leistungen sollen sich am persönlichen Bedarf orientieren und entsprechend eines bundeseinheitlichen Verfahrens personenbezogen ermittelt werden. Leistungen sollen nicht länger institutionszentriert, sondern personenzentriert bereitgestellt werden. Die Neuorganisation der Ausgestaltung der Teilhabe zugunsten der Menschen mit Behinderungen wird so geregelt, dass keine neue Ausgabendynamik entsteht. So steht es fast wörtlich in einem Flyer des Bundesministeriums zum Bundesteilhabegesetz.

Wie sie sicherlich wissen, hat das BMAS am 26. April 2016 einen offiziellen ersten Arbeitsentwurf zum Bundesteilhabegesetz veröffentlicht.

Vergangene Wochen fanden vom 23. bis 25. Mai 2016 täglich mindestens 6-stündige Anhörungen unter Beteiligung

- a) der Länder und Spitzenverbände,
- b) der Betroffenenverbände und
- c) der Ressorts statt.

Die Anhörungen haben sich kritisch mit dem Entwurf, als dessen Herzstück die neuen Vorschriften im allgemeinen Teil zur Koordinierung der Leistungen in Kapitel 4 gelten – und damit auch der Bedarfsfeststellung – auseinandergesetzt.

Nach Ansicht der Verfasser erwächst insbesondere aus den neuen Vorschriften zu Kapitel 4 ff die Notwendigkeit, trägerübergreifend nach möglichst einheitlichen Maßstäben der Ermittlung des Re-

Grußwort von Alfons Polczyk (BMAS)

habilitationsbedarfs zusammenzuarbeiten. Anderenfalls wären eine nahtlose Leistungserbringung und eine effektive Durchführung des Teilhabeplanverfahrens nicht möglich.

Da ich nicht voraussetzen kann, dass alle Anwesenden den Entwurf zum Bundesteilhabegesetz kennen, habe ich mich entschlossen, das Thema von einem ganz anderen Blickwinkel aus zu betrachten.

Ich möchte mit Ihnen bildhaft und in einem übertragenen Sinne das durchexerzieren, was in Deutschland täglich hundert- oder vielleicht sogar tausendfach mit Menschen mit Behinderungen und von Behinderung bedrohten Menschen geschieht:

Ich möchte zeigen, was unser Gastgeber unternommen hat, um unseren aktuellen, sich in ca. 1,5 Std manifestierenden Bedarf zu ermitteln und ihn zu erfüllen.

Meine Damen und Herren, ich möchte mit Ihnen über das Essen sprechen!

Unser Gastgeber hat uns heute ein Mittagessen angekündigt. Er hat sich sicher etwas Schmackhaftes vorbereiten lassen und ich freue mich schon darauf. Aber wie ist er dabei vorgegangen? Er weiß aus Erfahrung, dass die meisten Tagungsteilnehmerinnen und Teilnehmer zwischen 12:00 und 13:00 Uhr Hunger bekommen.

Diesen festgestellten Bedarf will er nun mit einer passenden Leistung befriedigen. Ganz sicher hat er zuerst in sein Projekt-Budget geschaut und mit dem Hotel gesprochen, um herauszufinden, was hier in der Küche möglich ist und was er bezahlen kann.

Die Wünsche der Teilnehmenden hat er nicht abgefragt! Er hat sich auf seine Einschätzung verlassen, seine Erfahrungen. Man könnte sagen: Er kennt unsere bio-psycho-soziale Lage.

Sicher wird er uns ein paar Speisen zu Auswahl stellen und sicher wird jeder dabei etwas finden, was ihm schmeckt. Aber unser Gastgeber hat bei allem guten Willen und besten Absichten eines getan: Er hat darüber bestimmt, wann, wo und wie unserer heutiger Bedarf nach Nahrung gedeckt wird. Und das im Rahmen seiner finanziellen Möglichkeiten, im Rahmen dessen, was die Einrichtung zu leisten in der Lage ist und im Rahmen dessen, was er als notwendig einschätzt.

Meine Damen und Herren, ich habe das Beispiel Essen nicht nur gewählt, um mein Grußwort aufzulockern. Aus den Berichten von Menschen in Einrichtungen wissen wir, dass die Möglichkeit, sein Essen selbst auszuwählen, sich selbst etwas zu Essen kaufen zu können, für viele die erste und elementare Erfahrung der Selbstbestimmung ist. Und wir sollten uns damit auch bewusst sein, dass jedes noch so differenzierte System der Bedarfsfeststellung einen elementaren Wunsch, ein elementares Bedürfnis nicht erfüllen kann: Den Wunsch über die Erfüllung seiner Bedarfe selbst zu bestimmen.

Meine sehr geehrten Damen und Herren, ich sollte einen Impuls aus Sicht des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales in die Diskussion einbringen. Wenn Sie einen Blick in den Entwurf des BTHG werfen, dann sehen Sie, dass wir vor allem bei der Erstellung des Teilhabeplans auf eine stärkere Beteiligung der Menschen mit Behinderung Wert gelegt haben. Und ich denke, dass diese Notwendigkeit bei allen Diskussionen des heutigen Tages die Grundlage für alle Beiträge sein sollte.

Grußwort von Alfons Polczyk (BMAS)

Fachlich stimme ich mit Herrn Hofmann in vielen Punkten überein. Zwischen den Rehabilitationsträgern benötigen wir

- klare Definitionen und die Abstimmung von Grundsätzen für die Bedarfsermittlung,
- die Entwicklung von konzeptionellen Grundlagen für Bedarfsermittlungsprozesse unter Nutzung des bio-psycho-sozialen Modells,
- die Analyse und Strukturierung der zur Bedarfsermittlung eingesetzten Instrumente und Verfahren,

damit der Mensch mit seinen Bedarfslagen in den Mittelpunkt aller Aktivitäten der Bedarfsermittlung steht.

Und für die dialektische Diskussion zwischen Herrn Hofmann und mir sei gesagt, dass es zuletzt die Rehabilitationsträger selbst in der Hand haben, die Bedarfsermittlungsprozesse auszugestalten – gegebenenfalls mit der notwendigen Unterstützung, um nicht zu sagen mit dem Druck durch die Selbstverwalter.

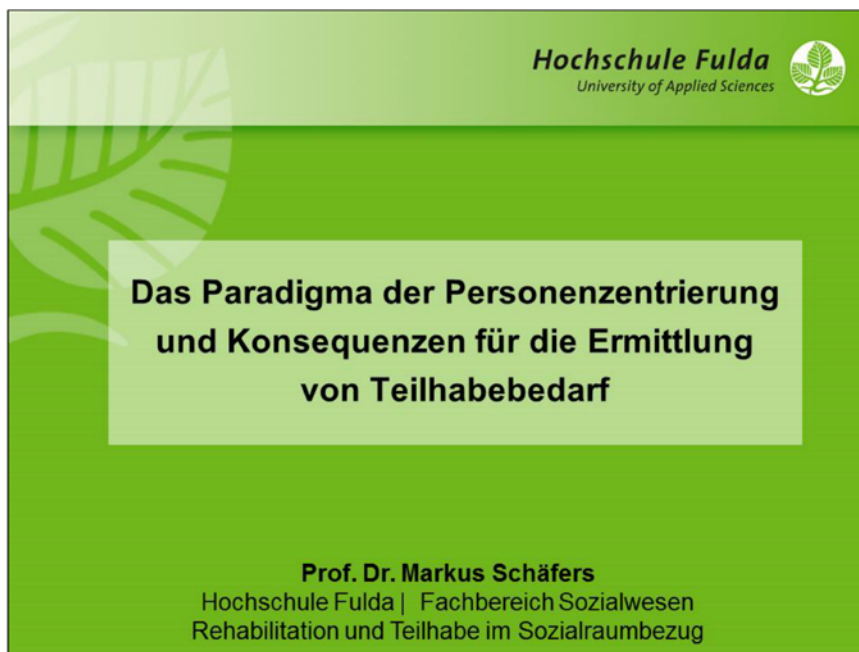
Meine Damen und Herren, ich wünsche uns allen eine anregende Diskussion und fruchtbare Gespräche – gerne auch und das sage ich natürlich mit einem Augenzwinkern - beim Essen.

Ich bedanke mich für Ihr Zuhören!

Schäfers: Das Paradigma der Personenzentrierung und Konsequenzen für die Ermittlung von Teilhabebedarf

Das Paradigma der Personenzentrierung und Konsequenzen für die Ermittlung von Teilhabebedarf,

Prof. Dr. Markus Schäfers (Hochschule Fulda)



Hochschule Fulda
University of Applied Sciences

Personenzentrierung – Teilhabebedarf

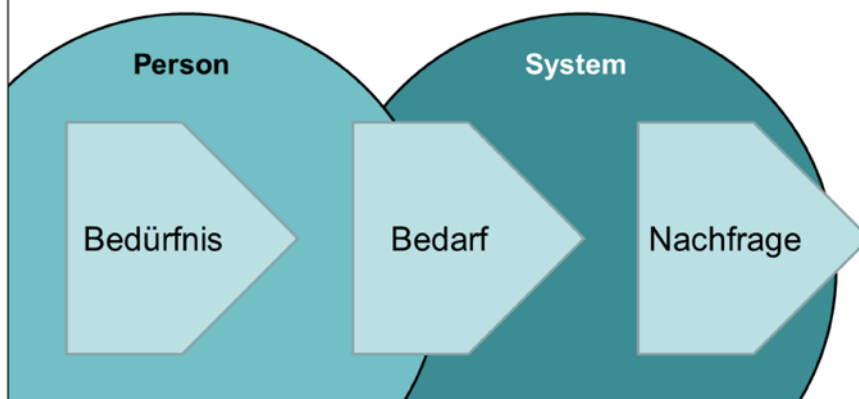
1. Was ist ein Bedarf? Was ist ein Teilhabebedarf?
2. Was bedeutet Personenzentrierung?
3. Was bedeutet Personenzentrierung für das Verständnis und die Ermittlung von Teilhabebedarf?

Schäfers: Das Paradigma der Personenzentrierung und Konsequenzen für die Ermittlung von Teilhabebedarf

Bedarf

be-dörven (mittelniederdeutsch)

- „gerichtetes Nötig-Haben“ oder „konkretisiertes Brauchen“



Teilhabe-bedarf

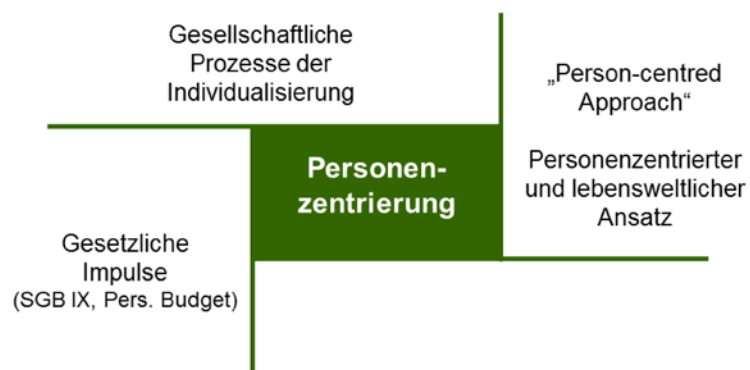
Lebenswelt ↔ **Hilfesystem**

- Teilhabebedarf zielt auf das, was jemand an **Bedingungen**, **Kompetenzen** und **Ressourcen** braucht, um Teilhabe an der Gesellschaft zu verwirklichen (und nicht auf das, was an Teilhabe gebraucht wird für ein „gutes Leben“)
- Teilhabebedarf ist auf die **Bestimmung der Leistungen** gerichtet, die zur **Vermittlung von Teilhabeoptionen** als **notwendig** angesehen werden
- **Leistung** des „Teilhabebedarfs“: subjektive Bedürfnisse in sozialstaatliche Bedarfskategorien zu transformieren

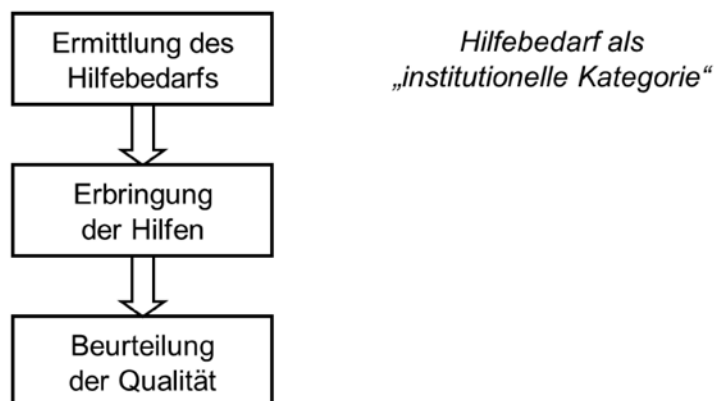
Schäfers: Das Paradigma der Personenzentrierung und Konsequenzen für die Ermittlung von Teilhabebedarf

Personenzentrierung

„... von der institutionellen zur personalen Perspektive“ (Thimm 2001)

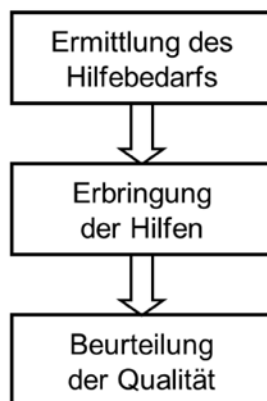


Institutionsbezogenheit im traditionellen System



Schäfers: Das Paradigma der Personenzentrierung und Konsequenzen für die Ermittlung von Teilhabebedarf

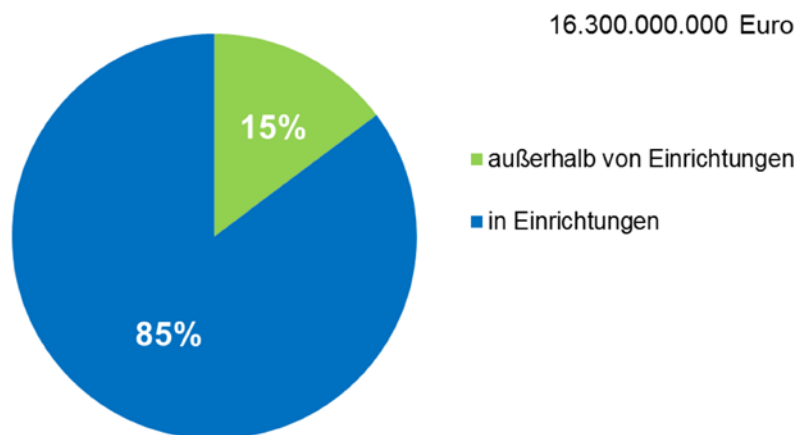
Institutionsbezogenheit im traditionellen System



*Hilfebedarf als
„angebotsbezogene Kategorie“*

*Festschreibung der Leistungsstrukturen
Dominanz des stationären
Versorgungsmodells*

Institutionsbezogenheit im traditionellen System



(Jahr 2012; vgl. BMAS 2013; CON_SENS 2016)

Schäfers: Das Paradigma der Personenzentrierung und Konsequenzen für die Ermittlung von Teilhabebedarf

Institutionsbezogenheit im traditionellen System



➤ „von der institutionellen zur personalen Perspektive“

Was versteht Sozialpolitik unter „Personenzentrierung“?

Eingliederungshilfereform und Bundesteilhabegesetz

Koalitionsvertrag (2013)

*„Leistungen sollen nicht länger
institutionenzentriert,
sondern personenzentriert
bereit gestellt werden.“*

Schäfers: Das Paradigma der Personenzentrierung und Konsequenzen für die Ermittlung von Teilhabebedarf

Was versteht Sozialpolitik unter „Personenzentrierung“?

„Personenzentrierung“ als Programmformel

Ausgehend vom Selbstbestimmungsrecht der Person und der Verantwortung
„Es wird vorgeschlagen, die Eingliederungshilfe von einer überwiegend einrichtungszentrierten Hilfe zu einer personenzentrierten Hilfe neu auszurichten. Damit wird ein emanzipatorischer und bürgerrechtlicher Ansatz verfolgt (...).“
 (ASMK 2008)

Was versteht Sozialpolitik unter „Personenzentrierung“?

„Personenzentrierung“ als Programmformel

„Personenzentrierung“ als Bedarfsorientierung

„Die Eingliederungshilfe muss zu einem personenzentrierten Unterstützungssystem weiterentwickelt werden. Die Leistungen müssen dafür unabhängig vom Ort der Leistungserbringung ausgestaltet und bemessen werden und allein vom individuellen Hilfebedarf des Einzelnen ausgehen.“
 (Positionspapier „Grundzüge eines Bundesleistungsgesetzes“ der Fachverbände 2013)

Schäfers: Das Paradigma der Personenzentrierung und Konsequenzen für die Ermittlung von Teilhabebedarf

Was versteht Sozialpolitik unter „Personenzentrierung“?

„Personenzentrierung“ als Programmformel

„Personenzentrierung“ als Bedarfsorientierung

„Personenzentrierung“ als pers.bezogene Leistungserbringung

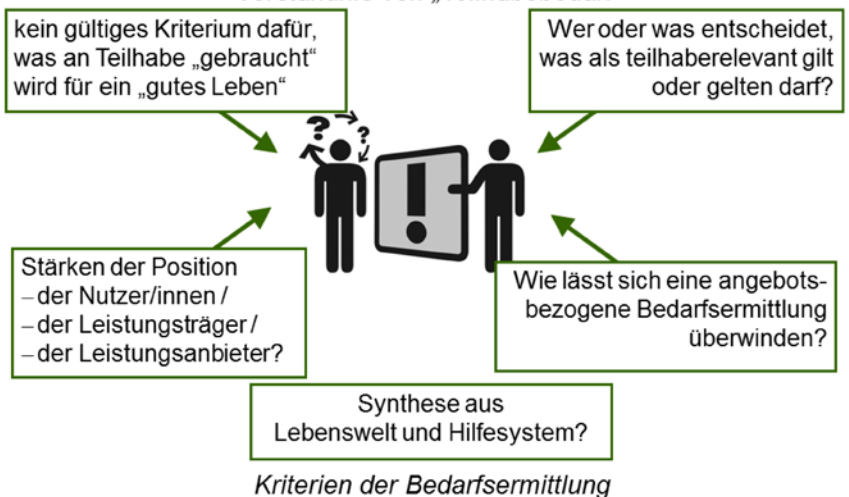
„P
ei
Fc
Ei
M

„Ziel der Personenzentrierung: Dynamisierung des Ambulantisierungsprozesses“
(Fachveranstaltung der Fachverbände 2010)
(Messen zur Personenzentrierung der Fachverbände 2010)

em
febedarf
anisieren.“

Personenzentrierung und Teilhabebedarf – zwischen Lebenswelt und Hilfesystem

Verständnis von „Teilhabebedarf“



Schäfers: Das Paradigma der Personenzentrierung und Konsequenzen für die Ermittlung von Teilhabebedarf

Zum Nachlesen und Weiterdenken ...

Schäfers, Markus

„Personenzentrierung“ als sozialpolitische Programmformel im Zeichen der Inklusion

Zu den Widersprüchlichkeiten einer Neuausrichtung des Hilfesystems für Menschen mit Behinderungen

in: Soziale Probleme 25 Jg. (2014), H. 2



Vieweg Personenzentrierung und Bedarfsermittlung

Personenzentrierung und Bedarfsermittlung – Anmerkungen aus Sicht der Selbstvertretung von Menschen mit Behinderung,

Barbara Vieweg (Interessenvertretung Selbstbestimmt Leben in Deutschland e.V.)

Personenzentrierung in der Bedarfsermittlung ist eigentlich eine Selbstverständlichkeit, denn wie anders sollte der Bedarf auf Teilhabe festgestellt werden als individuell?

Dennoch ist es wichtig und richtig dies nachdrücklich zu bekräftigen. Da viele Unterstützungs- bzw. Dienstleistungsangebote für Menschen mit Behinderung in stationären oder teilstationären Einrichtungen erbracht werden, wird der Bedarf noch immer so erfasst, dass das konkrete Angebot der Einrichtung in die Bedarfsermittlung einfließt und damit mitunter vom individuellen Bedarf abweicht.

Dennoch möchte ich hervorheben, dass der Begriff Personenzentrierung auch seine Schwachstellen hat. Gerade unter Kostengesichtspunkten entsteht schnell der Eindruck, als müsse nur die einzelne Person in den Blick genommen werden. Dies trifft nicht zu, da für eine umfassende und gleichberechtigte Teilhabe auch der konkrete Sozialraum und die privaten Netzwerke von entscheidender Bedeutung sind.

Ich finde, dass das menschenrechtliche Verständnis von Behinderung hier weiterführt. Behinderte Menschen werden nicht länger als Problemfälle oder als Objekte der Bedarfsermittlung gesehen, sondern als Träger*innen unveräußerlicher Rechte. Gerade bezogen auf das Thema Bedarfsermittlung öffnet das menschenrechtliche Verständnis von Behinderung den Blick auf die (Rechts-) Ansprüche von Teilhabe und Selbstbestimmung, die bei einer Ermittlung des (menschenrechtlichen-) Bedarfs erfasst werden müssen.

Schubert: Bedarfsermittlung unter handlungsbezogener Perspektive

Bedarfsermittlung unter handlungsbezogener Perspektive,
 Dr. Michael Schubert (BAR)


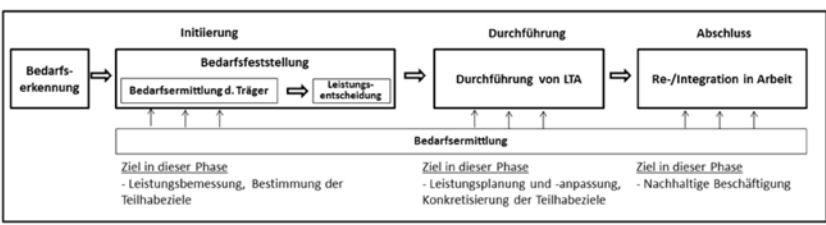
b3 –
 Das Bedarfsermittlungskonzept

Bedarfsermittlung unter
 handlungsbezogener Perspektive




Gefördert durch:
 Bundesministerium
 für Arbeit und Soziales
 aus Mitteln des Ausgleichsfonds

Bedarfsermittlung im Kontext eines
 idealisierten Rehabilitationsprozesses

Initiierung
 Bedarfsfeststellung
 Bedarfsermittlung d. Träger → Leistungs-
 entscheidung

Durchführung
 Durchführung von LTA

Abschluss
 Re-/Integration in Arbeit



Bedarfsermittlung

Ziel in dieser Phase
 - Leistungsbemessung, Bestimmung der
 Teilhabeziele



Ziel in dieser Phase
 - Leistungsplanung und -anpassung,
 Konkretisierung der Teilhabeziele

Ziel in dieser Phase
 - Nachhaltige Beschäftigung

13.07.2016

Die Berufsbildungswerke
 als Koordinierungszentrale von insgesamt acht
 Arbeitsgemeinschaften zur beruflichen Rehabilitation

2

Schubert: Bedarfsermittlung unter handlungsbezogener Perspektive



Schubert: Bedarfsermittlung unter handlungsbezogener Perspektive

**Einblick in die Arbeitswerkstatt:
denkbare Kriterien an die Bedarfsermittlung**



kompetenzorientiert **partizipativ**

konsensorientiert sozialraumorientiert

ganzheitlich individuell

umfassend **zielorientiert**

lebensweltorientiert **sozialraumorientiert**

transparent **trägerübergreifend**

funktionsbezogen barrierefrei **interdisziplinär/
multidisziplinär/
multiprofessionelle**

13.07.2016     5

Sozialpolitische Grundlagen



- UN-Behindertenrechtskonvention
- SGB IX
- Gemeinsame Empfehlung „Reha-Prozess“
z.B. „Die individuelle Bedarfsfeststellung hat
umfassend zu erfolgen und ihr hat eine
trägerübergreifende sowie ggf.
multiprofessionelle Ermittlung des
Teilhabebedarfs vorauszugehen“ (§ 16 Abs. 1)
- Reform der Eingliederungshilfe und
Bundesteilhabegesetz

13.07.2016     6

Schubert: Bedarfsermittlung unter handlungsbezogener Perspektive

Diskussionsfragen



1. Welche Relevanz hat das Kriterium bei der Bedarfsermittlung für Sie?
2. Was verbindet sich mit diesem inhaltlich für Sie?
3. Was verbindet sich mit dem Kriterium im praktischen Handeln?

13.07.2016



Die **Berufsbildungswerke**
als Koordinierungstelle von insgesamt acht
Arbeitsgemeinschaften zur beruflichen Rehabilitation



7

Verteilung



AG 1 Leistungsträger	AG 2 Leistungsträger
AG 1 Leistungserbringer	AG 2 Leistungserbringer
AG 1 Leistungsberechtigte	AG 2 Leistungsberechtigte

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Umfassend • Interdisziplinär • lebens- und sozialraumorientiert | <ul style="list-style-type: none"> • partizipativ • Kompetenzorientiert • Zielorientiert |
|---|---|

13.07.2016



Die **Berufsbildungswerke**
als Koordinierungstelle von insgesamt acht
Arbeitsgemeinschaften zur beruflichen Rehabilitation



8

AG Leistungsberechtigte 1: umfassend, interdisziplinär, lebenswelt-/sozialraumorientiert

AG Leistungsberechtigte 1: umfassend, interdisziplinär, lebenswelt-/sozialraumorientiert

Arbeitsgruppe LB1

(Leistungsberechtigte / Vertreter der Interessen von Menschen mit Behinderung)

Kriterien:

- umfassend,
- interdisziplinär,
- lebenswelt-/sozialraumorientiert

Moderation/Leitung:

Fr. Viehmeier, Fr. Poth (BAR Frankfurt)

Teilnehmende

Fr. Vieweg (ISL), Fr. Bessenich (Caritas Behindertenhilfe),
Fr. Rink (Rheuma-Liga), Hr. Allmann (BDH Klinik Hess.
Oldendorf), Hr. Pötzsch (Bundesverband anthroposophisches Sozialwesen)

Ergebnis der Abfrage zur Relevanz der Kriterien

1. lebenswelt-/sozialraumorientiert (7)
2. umfassend (6)
2. interdisziplinär (6)

AG Leistungsberechtigte 1: umfassend, interdisziplinär, lebenswelt-/sozialraumorientiert

Für mich ist eine Bedarfsermittlung **umfassend**, wenn ...

- Wenn es nicht nur um die beantragte Leistung geht
- Nicht nur LTA = ganzheitlich ?
- „zu fassen, was ist“ -> überblicken
- Transparenz
- Zeitpunkt
- Bio-psycho-soziales-Modell
- Nicht nur in eigenen Zuständigkeiten denken
- Unabhängige Beratung (trägerunabhängig)
 - Umfassen
 - Vorgelagert und begleitet
 - Zugang zum System?
 - Unterstützung zur Durchsetzung von rechten
- Problem des wirtschaftlichen Denkens

Woran kann man praktisch erkennen, dass eine Bedarfsermittlung **umfassend** ist?

- Mitdenken von anderen möglichen Leistungen
- Kooperation mit anderen Trägern/Erbringern
- Partizipation/Befähigung zur Partizipation (Berater)
- Vertretung (wenn nötig) Bsp.: bei Schwerst- & Mehrfachbehinderungen
„Den Klienten da abholen, wo er steht“; vom Menschen aus Denken
„ich weiß, was für dich gut ist“
- Eigener Wille, Selbstbestimmung
- Teilhabe-Ziele
„Was will ich, was kann ich? Was brauche ich?“
- Zielvereinbarungen
- Teilhabeplan (ohne Ziele, aber mit Perspektiven)
- Ressourcen
- Motivation
- Recht auf Nicht-Wollen
- Recht auf Scheitern
- Flexibilisierung von Leistungen
- Ergebnisoffenheit

Für mich ist eine Bedarfsermittlung **interdisziplinär**, wenn ...

- Kooperation mit anderen Trägern
 - Zusammenarbeit zwischen Einrichtungen
- Zusammenarbeit verschiedener Disziplinen/alle Fachgruppen
 - Diskurs
- Verschiedene Gutachten -> ein Entscheider (unter Berücksichtigung des Wunsch- & Wahlrechts)
- Gemeinsamer Diskurs mit dem Leistungsberechtigten

AG Leistungsberechtigte 1: umfassend, interdisziplinär, lebenswelt-/sozialraumorientiert

- Ein Prozessverantwortlicher mit Entscheidungsfreiheit
 - Unabhängig

Woran kann man praktisch erkennen, dass eine Bedarfsermittlung **interdisziplinär** ist?

- Anknüpfung an bps-Modell
 - Arzt
 - Sozialarbeiter
 - Psychologe
 - Arbeitspädagoge
 - Heilmitteltherapeuten
 - Pädagogen

⇨ Wen ich brauche?
- Teilhabekonferenz
- Teilhabepanung
- ➔ Gemeinsamer Aushandlungsprozess
- ➔ Was will die Person?

Für mich ist eine Bedarfsermittlung **lebenswelt-/sozialraumorientiert**, wenn ...

- Lebenswelt ⇔ Lebenslagen
 - Konkrete Lebenssituation
 - Wo steht die Person?
- Kontextfaktoren des bps-Modell
- Welche Bedarfe ergeben sich aus einem „unpassenden“ Sozialraum?
 - Ansprüche ergeben sich aus dem Sozialraum, in dem ich mich bewege (Bsp.: KFZ-Hilfe)
- Sorge der Auslagerung von Leistungen in den Sozialraum, „Ersparnis“ aus dem Sozialraum
- Aktivierung von Sozialraum?
- Vom Einzelnen Menschen denken

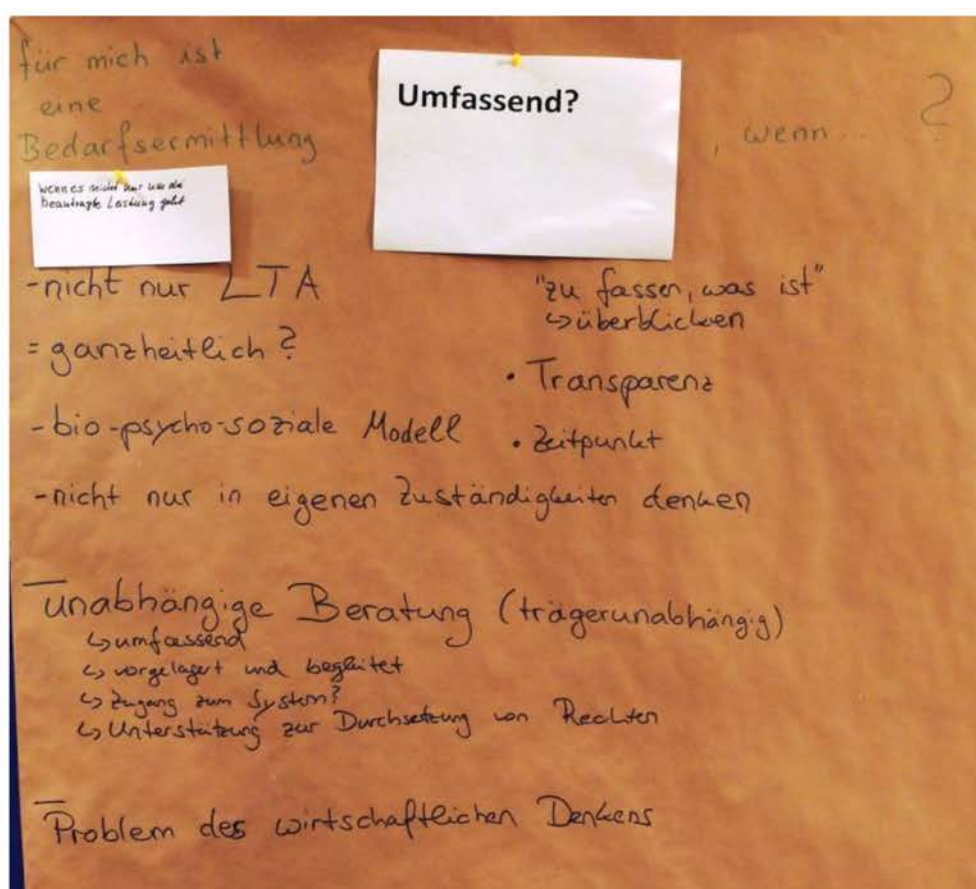
Woran kann man praktisch erkennen, dass eine Bedarfsermittlung **lebenswelt-/sozialraumorientiert** ist?

- Arbeitswelt/Teilhabe am Arbeitsleben (nicht nur Erwerbsfähigkeit, Weiterentwicklung der Persönlichkeit)
 - Tätigkeitsorientiert
 - Arbeitsplatzorientiert
 - Berufsfeldorientiert
 - Berufsbildorientiert
- Kontextfaktoren
- Gemeinwesen; ÖPNV -> Mobilität

AG Leistungsberechtigte 1: umfassend, interdisziplinär, lebenswelt-/sozialraumorientiert

Welche Schritte sind notwendig, um die Lücke zwischen dem Status Quo (heute) und den Anforderungen an eine verbesserte BE (Zukunft) zu schließen?

- Datenschutz regeln (Zustimmung des Betroffenen)
- Anpassung der Systeme (Software)
- Ein Basiskonzept, Baukastenprinzip
- Verfahrensweisen anpassen/abstimmen
- Bundesgesetzliche einheitliche Regelungen
 - Mit Verordnungen um regionale Unterschiede auszugleichen (abweichungsfest)
- Keine Doppelbegutachtung
- Konkrete Regelungen



AG Leistungsberechtigte 1: umfassend, interdisziplinär, lebenswelt-/sozialraumorientiert

für mich ist eine Bedarfsermittlung

Interdisziplinär? , wenn... ?

- Kooperation mit anderen Träger
↳ Zusammenarbeit zwischen Einrichtungen
- Zusammenarbeit verschiedener Disziplinen
alle Fachgruppen
↳ Diskurs
verschiedene Gutachten → ein Entscheider (unter Berücksichtigung des Wahl- & Wahlrechts)
gemeinsamer Diskurs mit dem Leistungsberechtigten
- ein Prozessverantwortlicher mit Entscheidungsfreiheit
↳ unabhängig

für mich ist eine Bedarfsermittlung

Lebenswelt-/ Sozialraumorientiert? , wenn... ?

- Lebenswelt \Leftrightarrow Lebenslagen
↳ konkrete Lebenssituation
↳ wo steht die Person?
- Kontextfaktoren des bps-Modell
- welche Bedarfe ergeben sich aus einem "unpassenden" Sozialraum?
↳ Ansprüche ergeben sich aus dem Sozialraum, in dem ich mich befinde (Bsp: KFZ-Hilfe)
- Sorge der Auslagerung von Leistungen in den Sozialraum
"Ersparnis" aus dem Sozialraum
- Aktivierung von Sozialraum?
- von Einzelnen Menschen denken

AG Leistungsberechtigte 1: umfassend, interdisziplinär, lebenswelt-/sozialraumorientiert

umfassend

- Mitdenken von anderen möglichen Leistungen
- Kooperation mit anderen Trägern/Erbringern
- Partizipation/
Befähigung zur Partizipation (Berater)
- Vertretung (wenn nötig)
Bsp: bei schwerst- & mehrfach Behinderungen
"den Klienten da abholen, wo er steht"; vom Menschen aus Denken
- ↳ "ich weiß, was für dich gut ist"
• eigene Wille, Selbstbestimmung
- Teilhabe-Ziele
was will ich, was kann ich? was brauche ich?
- Zielvereinbarungen
- Teilhabeplan (ohne Ziele, aber mit Perspektive)
- Ressourcen
- Ergebnisoffenheit
- Motivation
- Recht auf Nicht-wollen
Scheitern
- Flexibilisierung von Leistungen

AG Leistungsberechtigte 1: umfassend, interdisziplinär, lebenswelt-/sozialraumorientiert

interdisziplinär

• Anknüpfung an bps-Modell

- Arzt
- Sozialarbeiter
- Psychologe
- Arbeitspädagoge
- Heilmitteltherapeuten
- Pädagogen

} wen brauche ich?

- Teilhabekonferenz
- Teilhabeplanung

→ gemeinsamer Aushandlungsprozess

→ was will die Person?

lebenswelt- / sozialraumorientiert

- Arbeitswelt / Teilhabe am Arbeitsleben
 • Tätigkeitsorientiert (nicht nur Erwerbsfähigkeit;
 • Arbeitsplatz " Weiterentwicklung der Persönlichkeit)
 • Berufsfeld "
 • Berufsbild "

- Kontextfaktoren

- Gemeinwesen; ÖPNV ⇒ Mobilität

AG Leistungsberechtigte 1: umfassend, interdisziplinär, lebenswelt-/sozialraumorientiert

Abschlussdiskussion

Welche Schritte sind notwendig, um die Lücke zwischen dem Status Quo (heute) und den Anforderungen an eine verbesserte BE (Zukunft) zu schließen?

- Datenschutz regeln (Zustimmung des Betroffenen)
- Anpassung der Systeme (Software)

⇒ ein Basiskonzept; Baukastenprinzip

- Verfahrensweisen anpassen/abstimmen
- bundergesetzliche einheitliche Regelungen
→ keine Doppelbegutachtung, } mit Verordnungen um regionale Unterschiede auszugleichen (abweichungsfest)
VERPFLICHTEND!
- konkrete Regelungen

AG Leistungsberechtigte 2: partizipativ, kompetenzorientiert, zielorientiert

AG Leistungsberechtigte 2: partizipativ, kompetenzorientiert, zielorientiert

Arbeitsgruppe LB2

(Leistungsberechtigte / Vertreter der Interessen von Menschen mit Behinderung)

Kriterien:

- partizipativ,
- kompetenzorientiert,
- zielorientiert

Moderation/Leitung:

Hr. Wenzel, Fr. Bez (Hochschule Magdeburg-Stendal)

Teilnehmende

Fr. Henning (Bundesvereinig. Lebenshilfe), Hr. Ubrig (Lebenshilfe Berlin), Hr. Lehmler (BDH-Klinik Vallendar), Fr. Pauli (Selbsthilfe Saarland), Fr. Kirschbaum (Paritätischer Gesamtverband)

Ergebnis der Abfrage zur Relevanz der Kriterien

1. kompetenzorientiert (9)
2. partizipativ (8)
3. zielorientiert (3)

AG Leistungsberechtigte 2: partizipativ, kompetenzorientiert, zielorientiert

Für mich ist eine Bedarfsermittlung **partizipativ**, wenn ...

- ...Neigungen
- Jugendliche, Entscheidungen und Wünsche ins Zentrum (Unklarheiten)
- Informieren über Möglichkeiten
- Unabhängige Beratung und Aufklärung
- ...Fähigkeiten
- Bedarfsermittlung und (berufliche) Orientierung (sozpäd. Begleitung)
- Bei Gesprächen dabei sein
- Transparenz der Möglichkeiten
- ...Arbeitsmarkt
- Von Anfang an Berufsorientierung/Begegnung mit beruflicher Praxis, von Schule bis Betrieb, BBW, WfbM
- Zuhören
- Ernst nehmen
- Zeit nehmen
- Leichte Sprache
- Respekt vor und Wertschätzung von Wünschen und Träumen

Für mich ist eine Bedarfsermittlung **kompetenzorientiert**, wenn ...

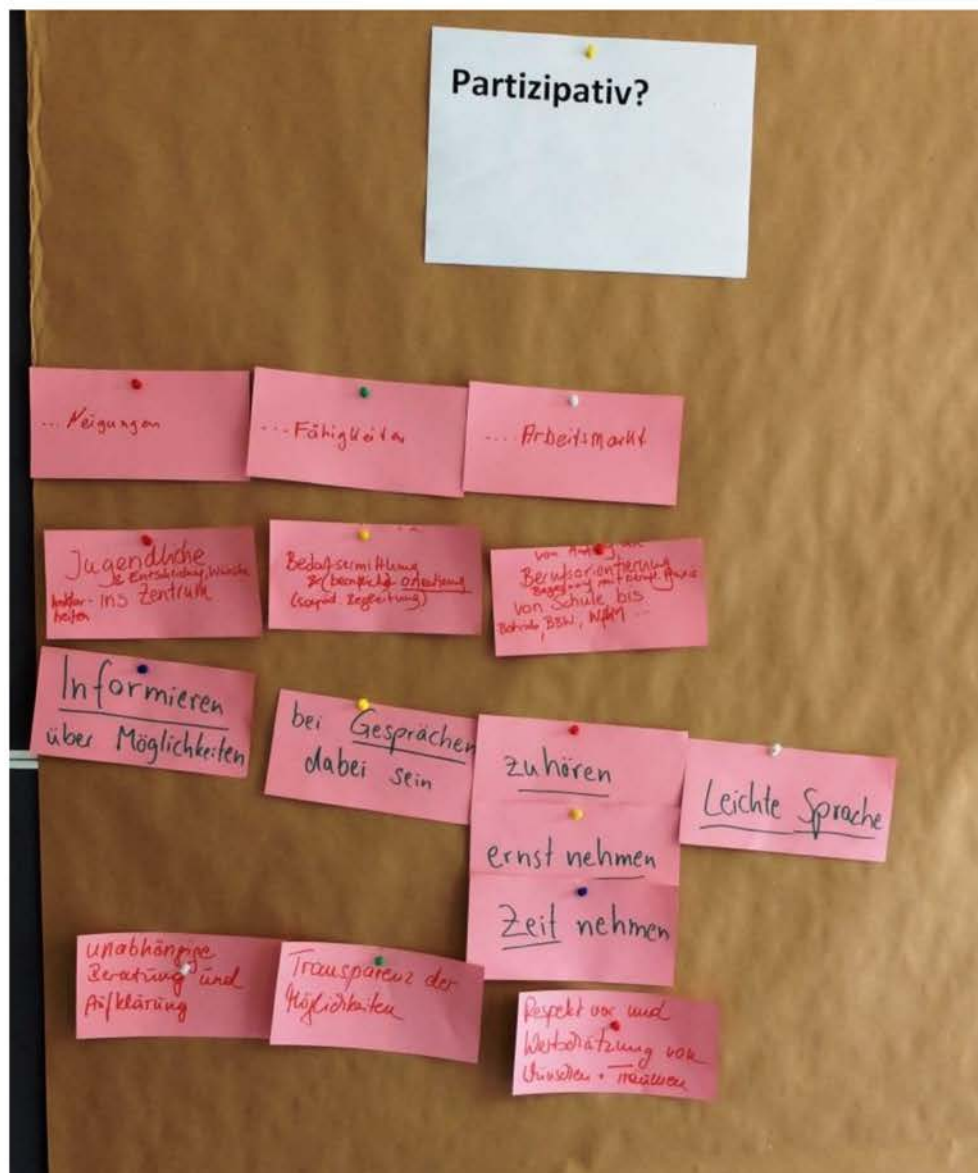
- Stärken/Schwächen/was man nicht will
- Wünsche
- Interessen ernst nehmen
- Nicht nur auf Bestehende schauen – auch Raum für die Entwicklung von Neuen
- Interessen/Neigungen, Fähigkeiten, Beweglichkeit
- ...nach festgelegten Standards getestet wurde
- Kreativität bei Fragenden
- Motivation
- Kompetenzorientierung braucht kompetente Fachkräfte, know-how (berufliche Vielfalt), „Plan A/Plan B“
- ...wenn psychische und physische Belastbarkeit stimmt
- Emotionale und soziale Kompetenzen
- Kompetenzerwerb/Bestätigung (Erfolgserebnisse)
- ...entsprechende praxisnahe Erprobung erfolgen

Für mich ist eine Bedarfsermittlung **zielorientiert**, wenn ...

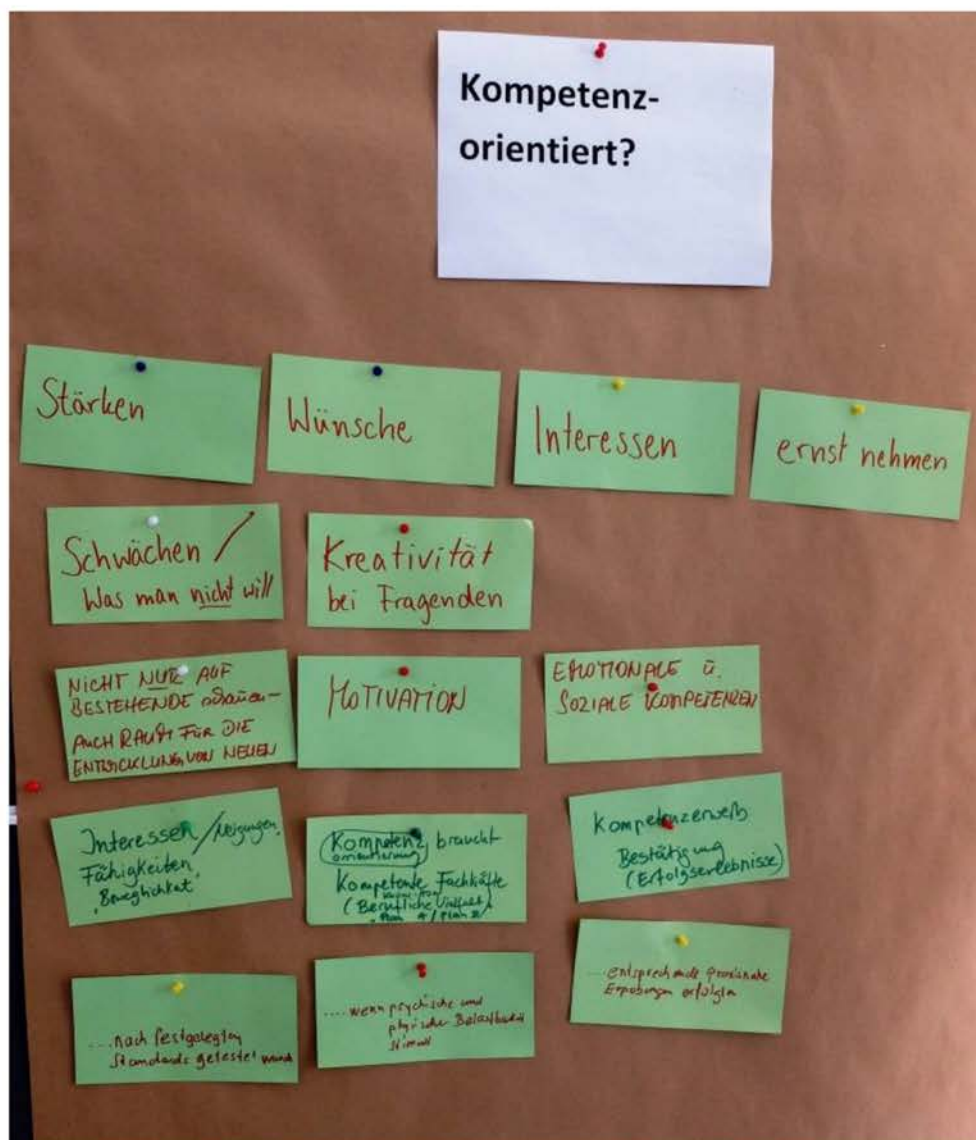
- Transparenz
- Jeder weiß, was die Ziele sind
- Realistisch/optional
- Schritteplanung/Rückkopplung/Überprüfung
- Partizipation bei Zielerstellung
- Aufeinander aufbauende Systeme (Wissen von jeweiligen vorhergehenden Zielen)
- Ziel und Zwischenziel

AG Leistungsberechtigte 2: partizipativ, kompetenzorientiert, zielorientiert

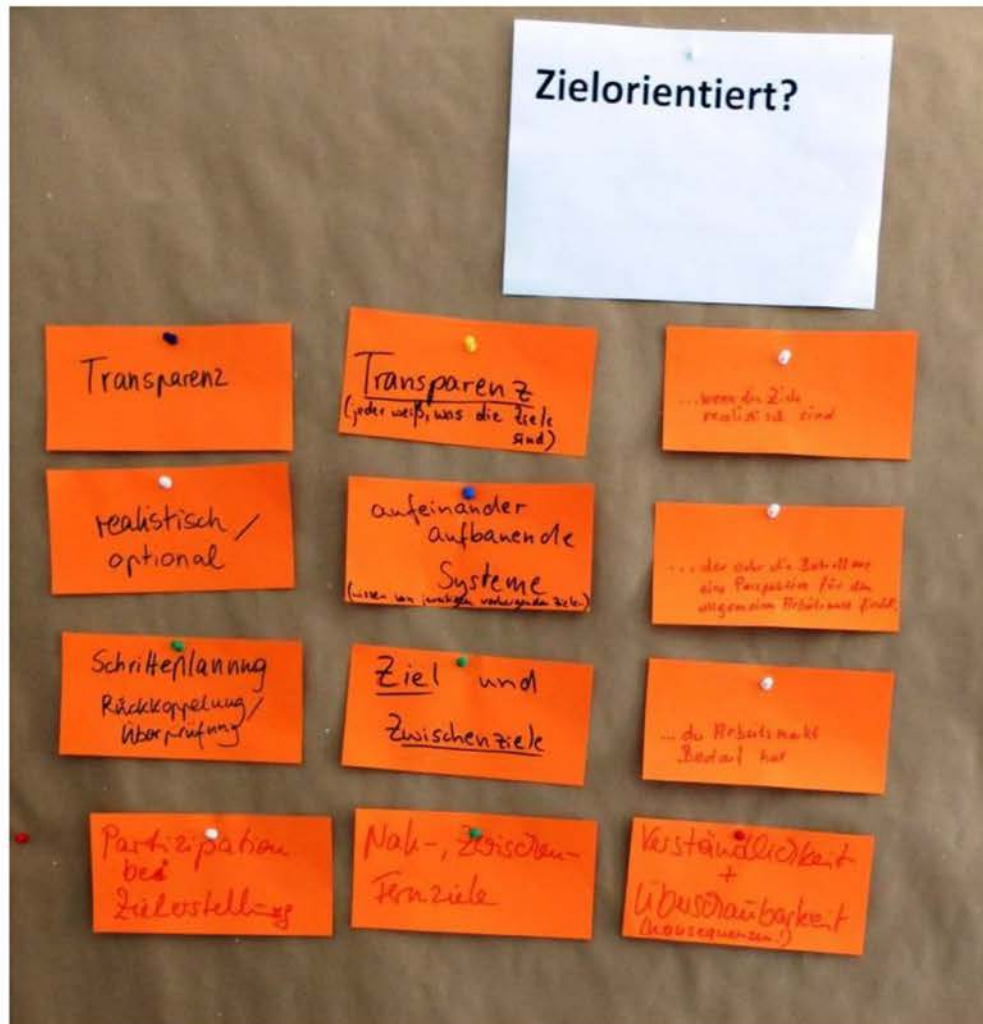
- Nah-, Zwischen- und Fernziel
- ...wenn die Ziele realistisch sind
- ...der oder die Betroffene eine Perspektive für den allgemeinen Arbeitsmarkt findet
- ...der Arbeitsmarkt Bedarf hat
- Verständlichkeit und Überschaubarkeit (Konsequenzen!)



AG Leistungsberechtigte 2: partizipativ, kompetenzorientiert, zielorientiert



AG Leistungsberechtigte 2: partizipativ, kompetenzorientiert, zielorientiert



AG Leistungsträger 1: umfassend, interdisziplinär, lebenswelt-/sozialraumorientiert

**AG Leistungsträger 1: umfassend, interdisziplinär, lebenswelt-
/sozialraumorientiert**

Arbeitsgruppe LT1

(Leistungsträger)

Kriterien:

- umfassend,
- interdisziplinär,
- lebenswelt-/sozialraumorientiert

Moderation/Leitung:

Dr. Schubert (BAR Frankfurt)

Teilnehmende

Fr. Backes (GKV), Prof. Dr. Rexrodt (DGUV), Fr. Kattner (DRV-Bund), Fr. Lotze-Wessel (Integrationsamt Hessen), Hr. Petersen (Bundesagentur für Arbeit), Hr. Lukas-Nuelle (ehem. LK Osnabrück),

AG Leistungsträger 1: umfassend, interdisziplinär, lebenswelt-/sozialraumorientiert

Für mich ist eine Bedarfsermittlung **umfassend**, wenn ...

- Das erstellte Leistungsbild Berücksichtigung findet/finden kann -> im beantragten Bereich
- Der Fokus auf dem Menschen liegt und nicht auf der Zuständigkeit
- Auf den gesetzlichen Auftrag bezogen erfolgt
- Orientiert am Teilhabeziel erfolgt
- Ziele und Wünsche berücksichtigt werden
- Gesellschaftlicher + arbeitsmarktlicher Kontext beachtet wird
- Gemeinsames Zusammen"spiel" aller Leistungsträger
- Das Problem danach gelöst ist (Teilhabe a. Al. Gesichert)
- Beschäftigungs- nicht nur arbeitsfähig
- Nachhaltige Lösungen gefunden
- Sie einen zeitlichen Bezug hat Sie Vielfalt zeigt
- Sie wesentliches zeigt
- Alle Aspekte des Menschen bekannt sind
- Medizinische, berufliche und soziale Aspekte ineinandergreifend betrachtet werden
- Weitere Teilhabebereiche nicht ausschließt
- Gemeinsames Trägerhandeln erfordert das „Mitnehmen“ des Versicherten
- Leistungsanspruch versus Bedarf einer Person
- Was ist der „optimale“ Erkenntnispunkt?
- Datenschutz

Woran kann man praktisch erkennen, dass eine Bedarfsermittlung **umfassend** ist?

- Abgestimmtes Trägerhandeln
- Trägerunabhängige Feststellung des Bedarfs der Person -> Leistungsunabhängig
 - Problem: gegliedertes System
- Umfassend in Bezug auf den Antrag
 - Habe ich dann eine „schlechtere“ BE gemacht?
- Sind die Strukturen/Professionen eigentlich so, das umfassende trägerunabhängige Gutachten möglich sind?

Für mich ist eine Bedarfsermittlung **interdisziplinär**, wenn ...

- Der Bedarf von einem Team von Experten ermittelt wird
- Kompetenzzentrum für Bedarfsfeststellung (Ärzte, Psych./Sozialarbeiter) ???
- „umfassend“ bedingt „interdisziplinär“
- Verschiedene Blickwinkel
- Gute Bedarfsermittlung (inhaltl.)
- Die Mehrdimensionalität der Menschen Berücksichtigung findet
- Assessment für den Menschen
- Medizinische , berufliche und soziale Aspekte ineinandergreifend betrachtet werden
- Positive Einschätzung: „Was kann der Mensch“
- Zuständigkeiten der verschiedenen Reha-Träger Berücksichtigung finden
- Verschiedenen Reha-Träger in Erbringung v. LTA-Zusammenarbeiten/sich ergänzen

AG Leistungsträger 1: umfassend, interdisziplinär, lebenswelt-/sozialraumorientiert

- Zusammenarbeit bei unterschiedlichen Bedarfslagen
- Bedarfs-/teilhabeorientiert; Fachkompetenzen im Einzelfall/bedarfsbezogen
- Übergreifende Qualifikation
- Hohe Fachlichkeit

Woran kann man praktisch erkennen, dass eine Bedarfsermittlung **interdisziplinär** ist?

- Hinzuziehung eines Experten
- ZT Austausch der Professionen
- ZT im Auftragsverhältnis
 - Integration versch. Vorgutachten bei der sozialmed. Begutachtung

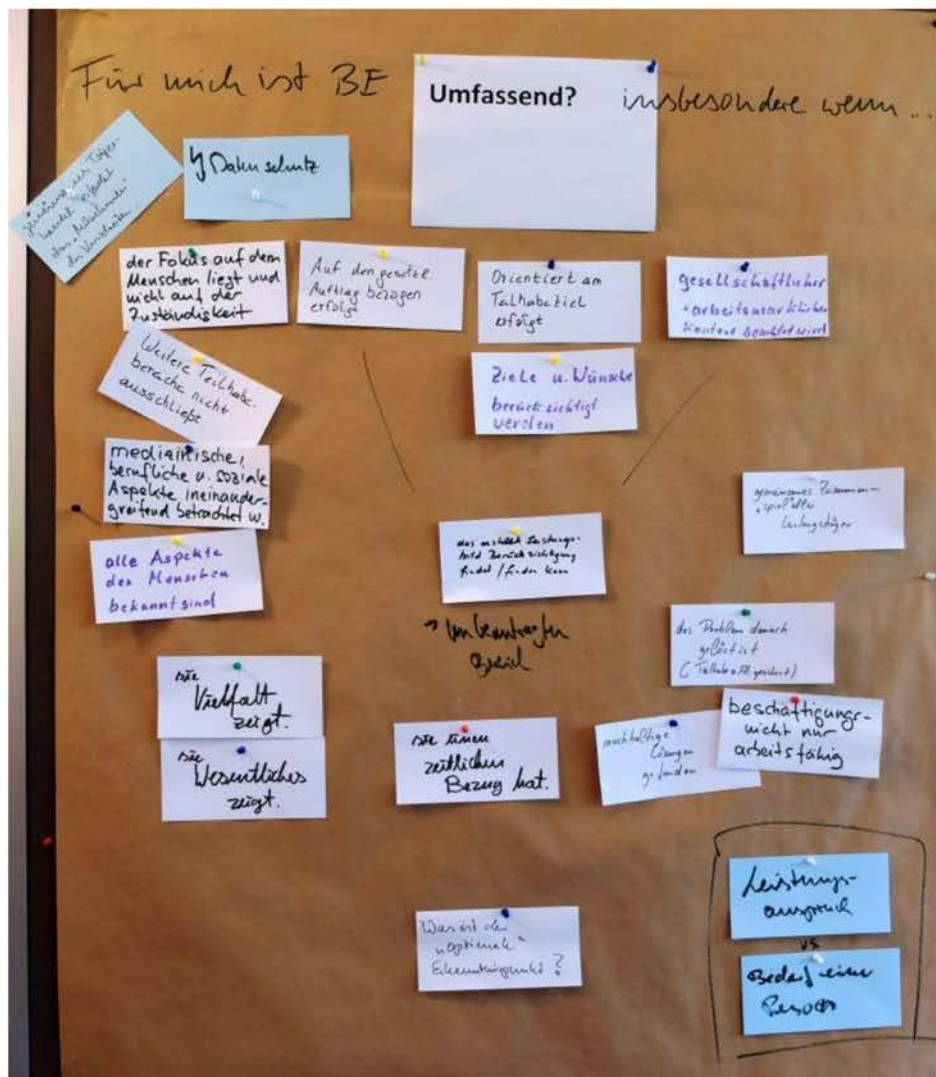
Für mich ist eine Bedarfsermittlung **lebenswelt-/sozialraumorientiert**, wenn ...

- Der Mensch im Sinne der ICF „betrachtet“ wird
- ICF orientiert
- Sie „ICF“ formuliert ist
- Nicht nur den Menschen betrachtet (E)
- Fördernde und hemmende Kontextfaktoren betrachtet werden
- Besondere familiäre/behinderungsspezifische (IFD einsch.) Einflussfaktoren werden berücksichtigt
- Das Lebensumfeld beachtet wird (systemische Beratung)
- Sie die persönlichen Lebensumstände des Rehabilitanden berücksichtigt
- Sie Ressourcen nennt
- Förderfaktoren und Barriere
- Gesellschaftliches Bewusstsein
- Univers. Design
- Selbstauskunftsbögen
- Was ist der richtige Begriff? Wäre nicht ICF Orientierung besser?
- ? Lebenswelt „Probl.“ als Handlungsauftrag?
- „Mitbearbeitung“ von Kontextfaktoren (Barriere)

Woran kann man praktisch erkennen, dass eine Bedarfsermittlung **lebenswelt-/sozialraumorientiert** ist?

- Individuell
- Bezug zum Teilhabeziel
 - Bedeutsamkeit
- Umwelt + Lebensbedingungen
- Abfrage nach Kategorien (gibt es etwas oder nicht?)
- Soziale Teilhabeaspekte sofern für LTA relevant „flankierende Maßnahmen“
- Relevanz von „Vorbefunden“/Gutachten etc.
 - „Brille“ für relevante Infos (1. Besorgen/ 2. Auswerten)
 - Auswertung
- Dokumentationsproblematik

AG Leistungsträger 1: umfassend, interdisziplinär, lebenswelt-/sozialraumorientiert



AG Leistungsträger 1: umfassend, interdisziplinär, lebenswelt-/sozialraumorientiert

Für mich ist BE Interdisziplinär? insb. Worum...

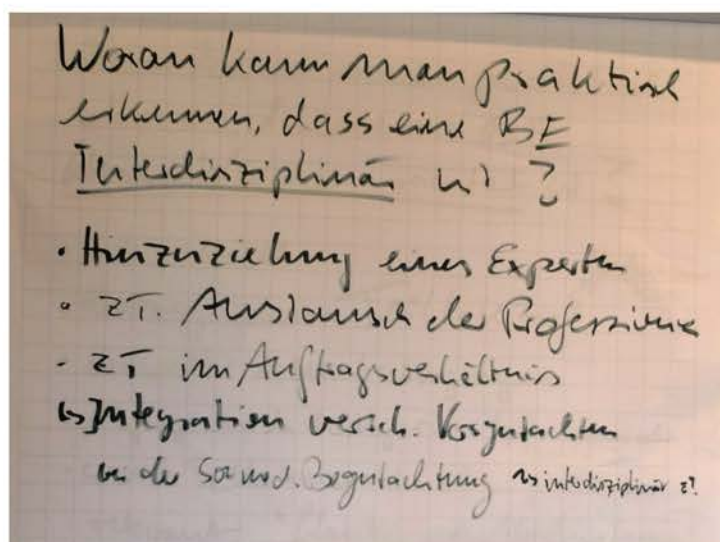
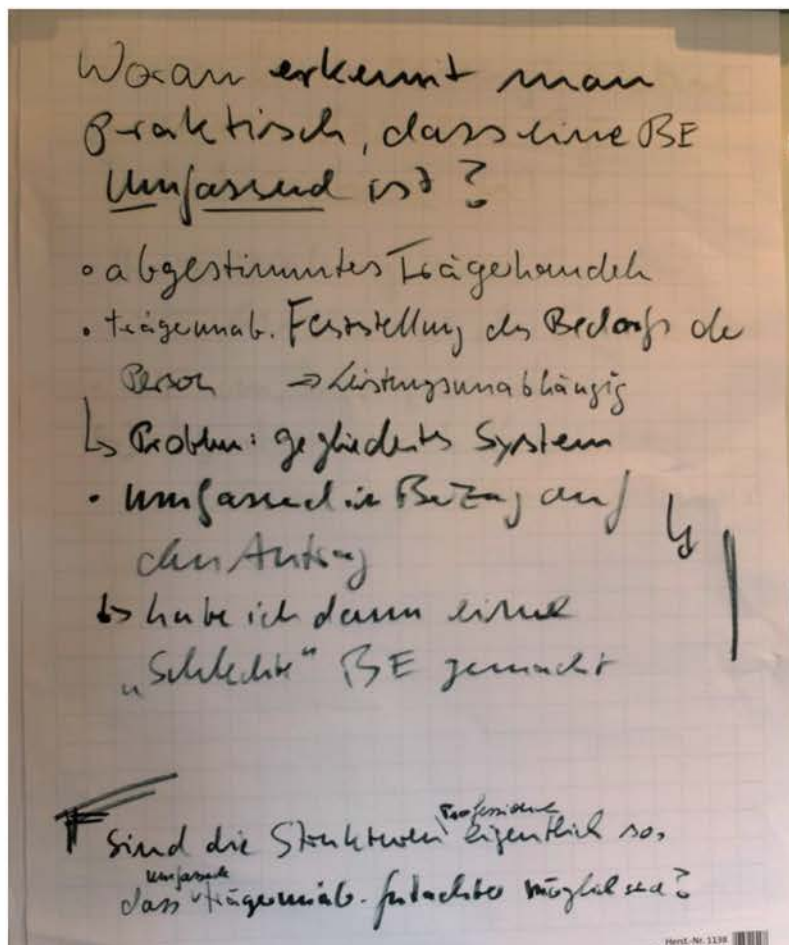
- der Bedarf von einem Team von Experten ermittelt wird
- Kompetenzsumme / Bedarfsermittlung (Arzt, Psych, Krank)
- Assessment ist die Basis
- medizinische berufliche u. soziale Aspekte ineinandergefasst betrachtet w.
- hohe Fachlichkeit
- übergeordnete Qualifikation
- bedarfstathab. orient. Fachkompetenz im Einzel-/Kollektiv
- Zusammenarbeit bei unterschiedl. Bedarfslagen
- Interdisziplinäre Zusammenarbeit der verschiedenen Bz. Gruppen Berücksichtigung für
- Verständnis der Fragen in Lösung - z.B. Kommunikation / etc.
- gute Bedarfsermittlung
- die Abwägsdimension des Menschen Berücksichtigung findet
- Umfeld bedingt interdisziplinär
- verschiedene Blickwinkel
- Trage
- Profession

Für mich ist BE Lebenswelt-/Sozialraumorientiert? insb. Worum...

- der Mensch im Sinne der ICF betrachtet wird
- ICF orientiert
- ICF formuliert
- Lebenswelt/Ber. als Handlungsraum
- Handlungskontext (Arbeits-/Lebens-/Räume)
- sozial. Bewußtsein
- univ. Design
- sozial. Anschlussfragen
- nicht nur der Mensch betrachtet (E)
- fördernde und hemmende Umweltfaktoren betrachtet werden
- ne Ressourcen mind.
- das Lebensumfeld beachtet wird (System. u. Beratung)
- Förderfaktoren + Barrieren
- in die persönliche Lebenswelt des Betroffenen einbezogen

Wird das der richtige Begriff?
Woher will ICF orientiert sein?

AG Leistungsträger 1: umfassend, interdisziplinär, lebenswelt-/sozialraumorientiert



AG Leistungsträger 1: umfassend, interdisziplinär, lebenswelt-/sozialraumorientiert

Woran kann man praktisch erkennen, dass eine BE lebenswelt-/sozialraumorientiert ist?

- individuell
- Bezug zum Teilhabeziel ^{Bedeutung}
- Umwelt + Lebensbedingungen
- Abfrage nach Kategorien (gibt es etwas oder nicht?)
- soziale Teilhabeaspekte sofern für LTA relevant "flankierende Maßnahmen"
- Relevanz von "Vorbestanden"/faktischen etc.
↳ 'Brikte' für relevante Infos (z.B. Bedarf / z. Auswertung)
↳ Auswertung

Y Dokumentationsproblematik

Soennecken AG
Soennecken Platz
33480 Overath
www.soennecken.de **Soennecken** Herst.-Nr. 1138
Bestell.-Nr. 155 0225 02

AG Leistungsträger 2: partizipativ, kompetenzorientiert, zielorientiert

AG Leistungsträger 2: partizipativ, kompetenzorientiert, zielorientiert

Arbeitsgruppe LT2

(Leistungsträger)

Kriterien:

- partizipativ
- kompetenzorientiert
- zielorientiert

Moderation/Leitung:

Hr. Sutorius (BAR Frankfurt)

Teilnehmende

Fr. Grotkamp (GKV – MdK Nds.), Prof. Dr. Wagener (DGUV), Hr. Schönberger (DRV Bund), Hr. Heinisch (DV - Deutscher Verein), Fr. Fels (EGH LK Osnabrück), Hr. Heydweiller (DGUV/VBG), Dr. Brahner (DRV Bund)

Ergebnis der Abfrage zur Relevanz der Kriterien

1. partizipativ (11)
2. zielorientiert (7)
3. kompetenzorientiert (6)

AG Leistungsträger 2: partizipativ, kompetenzorientiert, zielorientiert

Für mich ist eine Bedarfsermittlung **partizipativ**, wenn ...

- Nichts über uns ohne uns
- ohne Partizipation geht es nicht
- Der Mensch mit Behinderung soll im Mittelpunkt des Verfahrens stehen, bzw. muss im Mittelpunkt stehen, um akzeptable und nachhaltige Ergebnisse zu erzielen. (Allgemein)
- Der Begriff ist schwächer als selbstbestimmt (Einordnung)
- Transparenz, Barrierefreiheit und ein dialogisches Verfahren in Form eines Miteinanders sind zwingende Voraussetzungen für ein partizipatives Handeln der Verwaltung
- Solch ein Handeln erfolgt durch die Verwaltung und geschieht mittels der Berücksichtigung von Zielen, des Wunsch- und Wahlrechtes, die Beachtung der bisherigen beruflichen Entwicklung oder die Akzeptanz und Anerkennung der Eigenverantwortung.
- **Die Verwaltung hat Fragen zu stellen und zuzuhören**, der LB muss in Augenschein genommen werden. Es müssen Gespräche geführt, die Erwartungen müssen abgeklärt werden und die Gespräche sollen einem multiprofessionellen Ansatz folgen (Grundsätze)
- Die Partizipation müsste zudem in allen Lagen barrierefrei sein (Geht das?)
- Nicht jeder ist in der Lage von seiner Partizipation Gebrauch zu machen (Überforderung). Einige schaffen es nicht mal die erforderlichen Unterlagen zum Fortgang des Verfahrens einzureichen. Auch bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen kommt man mit zu starker Partizipation oft an seine Grenzen (Grenzen der Partizipation)
- Oft fehlt auch die rechtliche Grundlage den Betroffenen zu helfen. Gleichzeitig wird viel gefordert und verlangt und es fehlt die Zeit über Wahrheiten aufzuklären (Grenzen).
- Partizipation fordert auch ein Einlösen. Das wird oft auch nicht beansprucht. Selbst die Hinterfragung machen die wenigsten (Wer macht schon Gebrauch von seinem Recht auf Akteneinsicht oder Mitwirkung?).
- Aufgrund der Quantität ist es unmöglich eine Begutachtung partizipativ auszuüben (RV, KV).
- Für Partizipation sind oft auch Partner gefordert (z. B. die Arbeitgeber, die sagen, wo der Leistungsberechtigte landen soll). Oft scheitert die WE auch daran, dass nicht alle nötigen Partner am Tisch sitzen.
- Frage: Wie funktioniert Partizipation bei Entscheidungen nach Aktenlage?

Woran kann man praktisch erkennen, dass eine Bedarfsermittlung **partizipativ** ist?

- Im praktischen Handeln ist zu klären: Was sind die Probleme, Was sind die Ziele, Was sind die Wege und sieht die zielgerichtete Motivation aus?
- Leitlinien und Verfahrensgrundsätze sind zu veröffentlichen (Worüber wird in diesem Gutachten entschieden? Nach welchen Kriterien? Welchen Handlungsrahmen hat ein Gutachter? Welche Unterlagen hat er zur Verfügung?)
- Auch muss der LB wissen, wie der Verwaltungsweg läuft. Was passiert gerade. Was passiert im Anschluss. Wo kann er in welcher Form mitwirken? Offen ist die Frage, wer das wie leisten kann.
- Die Anzahl von Formularen und Vordrucken muss reduziert werden
- Unabhängige Beratung müsste ermöglicht werden (die GS waren da schon kein schlechtes Konstrukt). Hinter Beratung steht bisher immer ein Interesse.
- Es müssen weiträumig Fallkonferenzen durchgeführt werden und es sind die richtigen Leute an den Tisch zu holen.

AG Leistungsträger 2: partizipativ, kompetenzorientiert, zielorientiert

- Niedergelassene Ärzte und Sonstige, die direkten Zugang zu den LB haben sind verstärkt zu nutzen. Diese sind aufzuklären über das Verwaltungswissen (Wo stelle ich welche Anträge, was muss ich dazu tun? Wie kann ich bei der Entscheidungsfindung mitwirken? Wie geht das Verfahren von statten? etc.).
- Nach dem Antrag (Beginn des Verfahrens) ist der LB umfassend von der Verwaltung aufzuklären. Am besten mündlich, damit Rückfragen möglich sind

Für mich ist eine Bedarfsermittlung **kompetenzorientiert**, wenn ...

- Die Ressourcen der Betroffenen sind nach einer Analyse zu fördern, also sein Willen und seine Kompetenzen (was will er? Und was kann er?).
- Oft werden Kompetenzen auch vom Umfeld beeinflusst. Widerspruch in der Gruppe.
- Der SB muss über den Tellerrand schauen.
- Als Kompetenzen werden in der Gruppe: soziale Kompetenz, persönliche Kompetenz, Fachkompetenz und Methodenkompetenz angesehen (Konsens).
- Im Einzelnen gehören zu den Kompetenzen: Ressourcen, Fachkompetenzen, Schul- und Berufskompetenzen, Kommunikationsfähigkeit
- Kompetenzen sollte man immer breiter denken. Also neben Fähigkeiten, auch Defizite und den Kontext mit heranziehen.
- Das bio-psycho-soziale Modell bietet hier gute Ansätze.
- Für die Verwaltung bedeutet das, ein gesteigertes Kompetenzbewusstsein und die Fähigkeiten, Neigungen, Möglichkeiten bewusst zu suchen und berücksichtigen.
- **Umweltfaktoren lassen sich modellieren; das gilt nicht für personenbezogene Faktoren.**

Woran kann man praktisch erkennen, dass eine Bedarfsermittlung **kompetenzorientiert** ist?

- Im praktischen Handeln sollte eine Ist-Analyse über die Kompetenzen erfolgen. Dabei sind die individuellen Schlüsselkompetenzen herauszufiltern und diese sollten den Ansatz für die Teilhabe darstellen. Spezielle Kompetenzen sind mit Zielrichtung „individueller Teilhabe“ zu fördern (Gruppenkonsens)

Für mich ist eine Bedarfsermittlung **zielorientiert**, wenn ...

- Zielorientierung ist eine Investition in die Gesellschaft
- Zielorientiert ist für mich effektiv, messbar und nachprüfbar
- Wichtig ist hier die Zielerreichung und Wirksamkeit
- Die gesamte Unterstützung und Hilfe ist anhand der Ziele auszurichten
- SMART-Formel.
- Zielorientiert handeln bedeutet eine langfristige Lösung zu suchen und sicherzustellen. Dazu zählen auch die Berücksichtigung von Kontextfaktoren bei der Zielfindung
- Ziele sind individuell, spezifisch zu definieren. Sie sollten transparent sein und die individuellen Möglichkeiten berücksichtigen. **Es geht darum erreichbare und realistische Ziele gemeinsam zu definieren.**

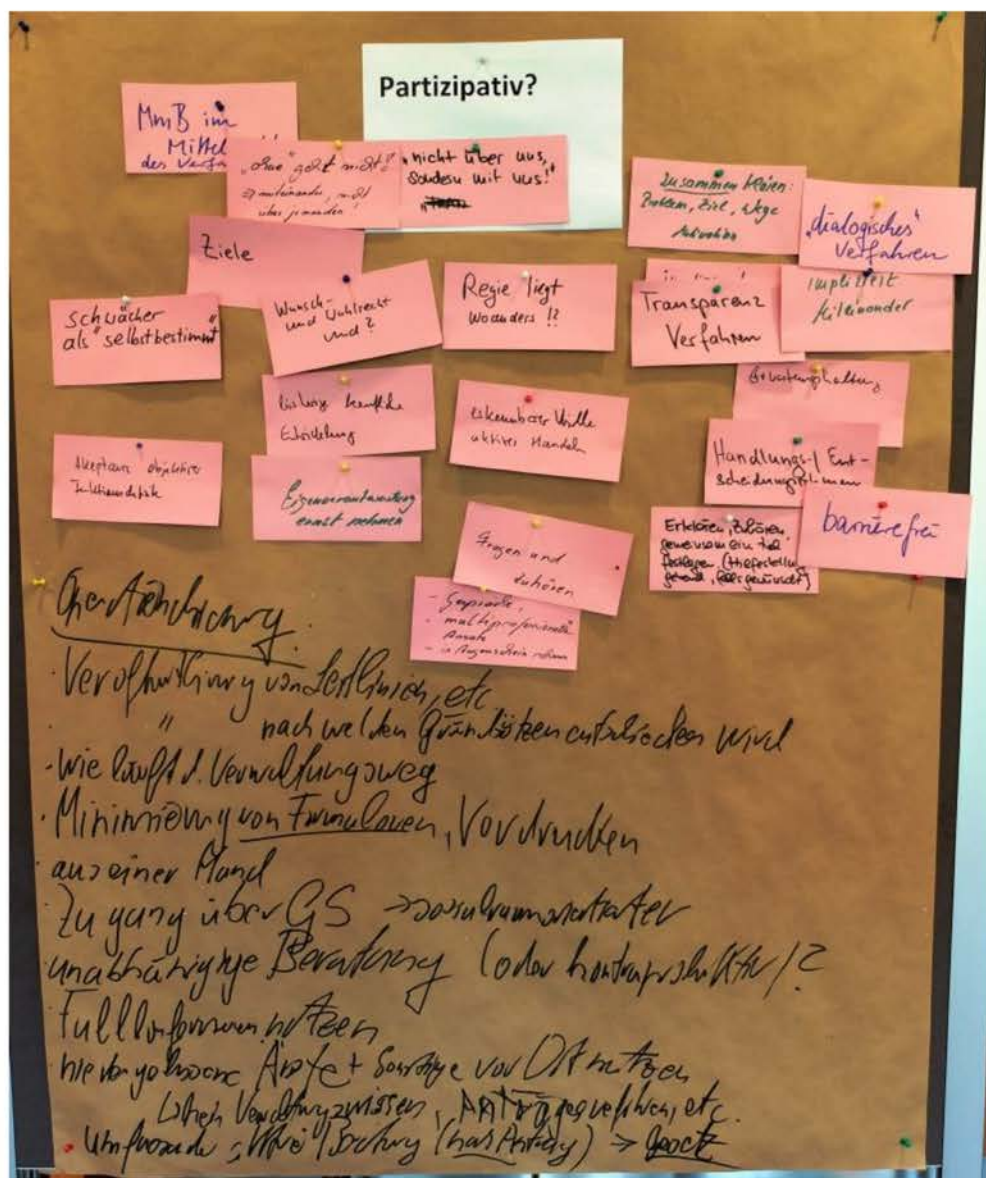
AG Leistungsträger 2: partizipativ, kompetenzorientiert, zielorientiert

- **Abgleich von Bedürfnissen und Bedarf und die Berücksichtigung des Arbeitsmarktes bei der Zieldefinition.**
- Nicht jeder spricht wirklich frei über seine Ziele. Oft sind die Ziele auch vorbestimmt (Eltern waren Finanzbeamter, Sohn soll auch Finanzbeamter werden).
- Oft sind die Menschen orientierungslos und stellen zwar einen Antrag auf LTA, wissen aber gar nicht was sie wollen und wohin es gehen könnte. Die sind zunächst über einen Vorschlag froh, brechen dann aber ab. Es ist schwer hier eine Lösung zu finden.
- Auch für die Reha-Berater ist zielorientiertes Handeln nicht einfach. Sie machen auch das, was ihnen am wenigsten Arbeit verschafft. So findet eine Überprüfung einer Selbstständigkeit in der Regel eher selten statt.
- Nur die wirklich Kranken wissen was sie wirklich wollen und was sie noch können.
- **Problem im Sozialsystem muss man seinen Antrag zielgerichtet auf eine Leistung stellen (Schaffung einer Motivation, Mein Antrag soll Erfolg haben).**

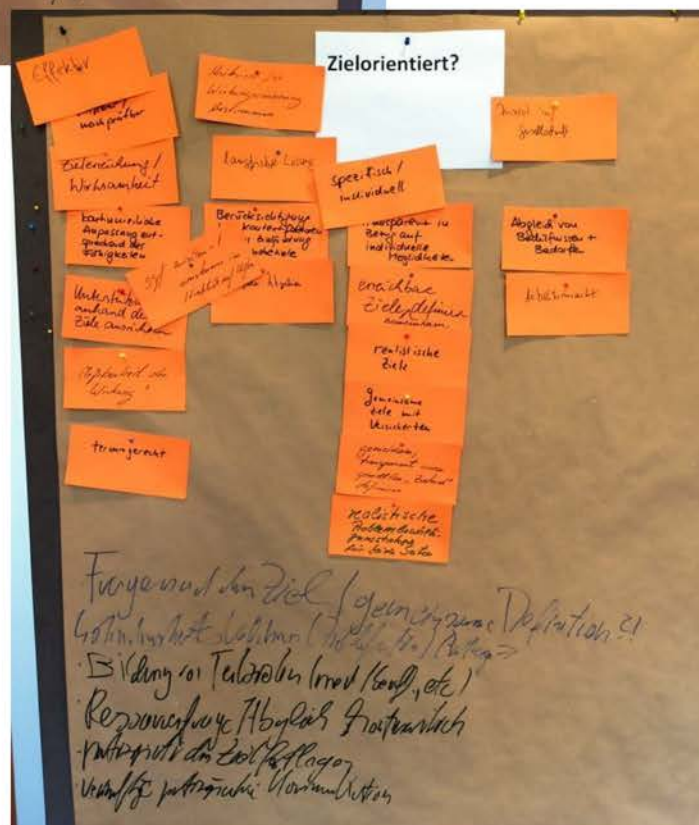
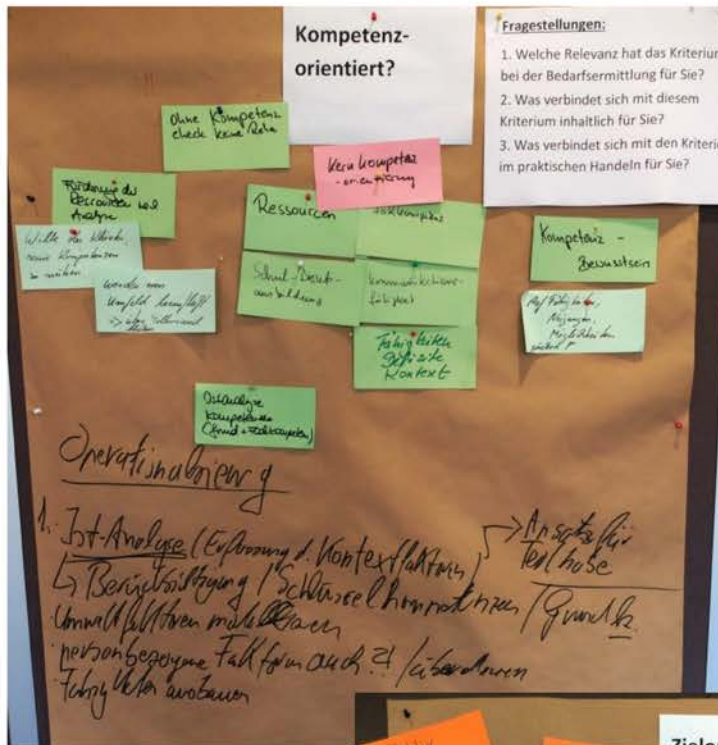
Woran kann man praktisch erkennen, dass eine Bedarfsermittlung **zielorientiert** ist?

- Ziele sind kontinuierlich an die Wirklichkeit anzupassen (Definition von Zwischenzielen, etc.). Die Frage „was ist ihr Ziel“ muss gestellt werden. Teilziele sind im Prozess zu definieren und abzustimmen.
- Ziele sind zu erfragen oder gemeinsam zu definieren nach Eingang des Antrags beim LT
- Ggf. sind Teilziele zu definieren, die auf das Gesamtziel ausgerichtet sind
- Zum wirtschaftlichen Vorgehen sind Ressourcen vorab abzufragen und diese sind mit den Anforderungen abzugleichen (Matching)
- Das Ziel ist partizipativ festzulegen / eine vernünftige (auf Gegenseitigkeit) angelegte Kommunikation ist dabei unerlässlich

AG Leistungsträger 2: partizipativ, kompetenzorientiert, zielorientiert



AG Leistungsträger 2: partizipativ, kompetenzorientiert, zielorientiert



AG Leistungsträger 2: partizipativ, kompetenzorientiert, zielorientiert

- Vergütung d. Erzieherinnen
- was ist ihr Ziel?
- Nicht jedergründlicher Weise diese Ziele
- Wie kann ich diese bewerkstelligen?
- Das mittelbrunnen wissen mehr als wollen
wird man höher
- Antrag → Ziel muss man wissen (geändert)
- Akteure: Arbeit, Betriebsräte, Personalleitung
- BA "Lern" anforderunglos?
- ↳ BA-Analyse (Kontext, Tätigkeiten, Stoffe)

- Daten dazu als Verhandlung von Leistungen?
- Betriebsrat muss mehr fordern?
- Schweizer Modell? → BEM Einsatz
↳ Fallkonferenzen
↳ TN die (AG) alle bet. Nohi-Träger...
- Unterlagen "schrecken ab"
- Rechtswert nicht die Richtigen?
- US "über den Tellerrand d. erzieherischen Trägers schauen"

AG Leistungsträger 2: partizipativ, kompetenzorientiert, zielorientiert

Existenzgründungen eher selten
 als auch als langfristige Beschäftigung (AG)

nicht jeder kommt mit der Autonomie
 klar → Überforderung,
 Rückkehroption für die IB
 ↳ Partner fehlt "AG"
 Partizipation für alle - Kinder?
 - junge Erwachsene

Partizipation "vor Ort"
 VSS Transparenz über Rahmenbedingungen
 Erkennen d. Erkrankung → ja
 ↳ aber rechtlicher Rahmen
 ↳ kein vollkommene GdG f. Anspruch

Partizipation ⇒ VSS ist barrierefrei?
 Partizipation muss auch eine Last werden
 ↳ Anerkennung

Wie funktioniert Partizipation bei
 Entscheidungen nach ALKlage?

Soennecken AG
 Soennecken Platz
 51475 Overath
 www.soennecken.de

Soennecken

Herst.-Nr. 1138
 Bestell.-Nr. 155 0225 02

AG Leistungserbringer 1: umfassend, interdisziplinär, lebenswelt-/sozialraumorientiert

**AG Leistungserbringer 1: umfassend, interdisziplinär, lebenswelt-
/sozialraumorientiert**

Arbeitsgruppe LE1

(Leistungserbringer)

Kriterien:

- interdisziplinär,
- umfassend,
- lebenswelt-/sozialraumorientiert

Moderation/Leitung:

Fr. Ommert, Fr. Pfülb (BAR Frankfurt)

Teilnehmende

Fr. Bartel (BV BFW), Fr. Helfrich (BAG BTZ), Fr. Keesen (BAG UB / IFD), Hr. Wiesner-Steiner (BAG WfbM), Hr. Dr. Keller (BAG RPK)

Ergebnis der Abfrage zur Relevanz der Kriterien

1. interdisziplinär (9,5)
2. lebenswelt-/sozialraumorientiert (5,5)
3. umfassend (5)

AG Leistungserbringer 1: umfassend, interdisziplinär, lebenswelt-/sozialraumorientiert

Für mich ist eine Bedarfsermittlung **umfassend**, wenn ...

- ..., wenn das Ergebnis der BE in Bezug zu den Wünschen/Zielen des Betroffenen gestellt wird
- Selbstbestimmung auch über die Daten gewährt ist
- ... die/alle Teilhabeziele der Menschen berücksichtigt
- Subjektive Wahrnehmung/Einschätzung ist inkludiert
- ...wenn Eingliederungsziele auch Teilziele enthalten
- ... wenn neben Fach- und Methodenkompetenz auch das Vorgehen zur Förderung der Persönlichkeitsentwicklung berücksichtigt wird
- ...wenn sie auch Änderungen/Anpassungen erlaubt (berufliche Bildung als Prozess)
- ...man über nicht operationalisierbare Dimensionen d. BE spricht
- ... (zunächst) ohne eine institutionelle Zielorientierung erfolgt
- Konkreter Lebensweltbezug vorhanden ist (Teilhabe in konkretem Kontext)
- ...wenn alle Aspekte erfasst sind
- Wesentliche Punkte werden berücksichtigt/bedacht
- ...nicht möglich, da nur ein Ausschnitt erfassbar
- ..., wenn möglichst viele Bedarfe aus verschiedenen Lebensbezügen des Betroffenen Berücksichtigung finden

Woran kann man praktisch erkennen, dass eine Bedarfsermittlung **umfassend** ist?

- „umfassend“ ist nicht möglich, nur Teilaspekte können berücksichtigt werden
- Anlassbezogene (bei RPK und IFD) BE
 - Bei allen anderen ist der Bedarf bereits festgestellt
- Bedarfsermittlung LT versus LE
- Wenn Gutachten/Begutachtung aller Fachrichtungen berücksichtigt werden
- Funktionsfähigkeit in einem zeitlichen Kontext
- Alte Gutachten fließen nicht mehr ein
- Wann vergisst ein System?
 - Recht auf vergessen!
- Festlegen von Mindeststandards
- Fallmanagement/Casemanagement (positive/negative Aspekte)
- Anlassbezogene und Mindestanforderungen und Erweiterungsbausteine
- Aktive Beteiligung der Menschen unter Berücksichtigung seiner Möglichkeiten
- Teilhabe aus Betroffenenansicht sehen
- Reha-Ziel des Betroffenen
 - Wünsche und Interessen

Für mich ist eine Bedarfsermittlung **interdisziplinär**, wenn ...

- Gemeinsame Reahypothese/Teilhabeypothese
- ...unter Beteiligung des Betroffenen und anderer relevanter Institutionen Maßnahmen abgeleitet werden
- Gemeinsame Zielfindung
- ...gemeinsame Reha-Ziele festgelegt werden

AG Leistungserbringer 1: umfassend, interdisziplinär, lebenswelt-/sozialraumorientiert

- ...system-Grenzen bei der Umsetzung ermittelter Bedarfe/abgeleiteter Ziele überwunden werden können (i.S. des Betroffenen)
- ...wenn die Definitionsmacht nicht bei einer Disziplin liegt
- Konsensprinzip
- „externe“ Professionen werden berücksichtigt
- ...wenn zwischen Disziplinen/Professionen nicht aneinander vorbei geredet wird
- ...wenn verschiedenen Berufsgruppen beteiligt sind
- ...wenn sich auch interdisziplinär/multiprofessionell realisiert wird!
- ...alle relevanten Berufsgruppen beteiligt sind
- ...keine Hierarchien zwischen den Professionen vorherrschen (Gleichberechtigung)
- Wesentliche Änderungen werden gemeinsam reflektiert

Woran kann man praktisch erkennen, dass eine Bedarfsermittlung **interdisziplinär** ist?

- Partizipativ/oder Interdisziplinär
 - Zwei getrennte Begrifflichkeiten?
- Wenn der Betroffene Teil des Prozesses ist
- Besprechungsstruktur/Kultur
- Organisiertes Austauschforum
- Reha-Konferenz
- Mind. 2 Berufsgruppen
- Jeder sammelt Informationen, dann werden die Blickwinkel interdisziplinär ausgetauscht und der Bedarf festgestellt
- Die interdisziplinäre BE ist ein Prozess
- Unterschiedliche Professionen in der Dokumentation
- Erhöhtes kommunikatives Aufkommen hat
- Wenn die Zielkonflikte von der multiprofessionellen Fachkraft reflektiert werden

Für mich ist eine Bedarfsermittlung **lebenswelt-/sozialraumorientiert**, wenn ...

- Individuelles Interesse und Vorlieben/Einstellungen berücksichtigt werden
- ...die Umweltfaktoren (ICF) erhoben werden
- ...den Erzählstrukturen d. Befragten folgt
 - Und daraus „kritische“ Momente etc. generiert werden
- ...die Interpretation im Team erfolgt (und erlernt wird)
- Vernetzung ins Gemeinwesen stattfindet (wenn regional)
- ...wenn Wunsch + Wahlrecht z.B. hinsichtlich des Ortes der Teilhabe berücksichtigt wird
- ...wenn Bedarfe sich auch auf den Kontext jenseits der WfbM beziehen
- Konkrete Umwelt berücksichtigt wird
- ...Angehörige mit einbezogen werden
- ...biografische Aspekte berücksichtigt werden (Lebensspanne)
- Wahlmöglichkeiten offen sind (wo/mit wem will ich Leben?)
- ...die Lebenswelt „im Leben“ der Menschen erschlossen wird
- ...das Instrument der BE die „Sprache“ des Betroffenen spricht

AG Leistungserbringer 1: umfassend, interdisziplinär, lebenswelt-/sozialraumorientiert

Woran kann man praktisch erkennen, dass eine Bedarfsermittlung **lebenswelt-/sozialraumorientiert** ist?

- Verschiedene Zugänge/Instrumente wählen
- Persönlichkeitsentwicklung und soziale Kompetenzen berücksichtigen
- Narration versus vergessendes System
- Kontextabhängigkeit von Aktivitäten und Teilhabe wahrnehmen
 - Herausfinden durch probieren
 - Beziehungsstrukturen
 - Interesse und Neigungen des Betroffenen
- Umfeld/Umwelt berücksichtigen
- Sozialraumbefähigung
- Fachkräfte reflektieren was Sozialraum bedeutet
- Professionalisierung
- Vernetzung zum Sozialraum
- „Netzwerkkarte“
- Selbsthilfesystem
 - Unzuverlässig?
- Angehörige/Familien einbeziehen
 - wenn gewollt

Welche Schritte sind notwendig, um die Lücke zwischen dem Status Quo (heute) und den Anforderungen an eine verbesserte BE (Zukunft) zu schließen?

- Einheitliches Konzept, wie Bedarf festgestellt wird
- Erfahrungswissen meets Wissenschaft
- Konkreter Teilhabewunsch als Dreh- und Angelpunkt
- Gefahr der Grobkörnigkeit bei einem einheitlichem Konzept
- Gefahr den Fokus vom Menschen zu verlieren, hin zu einem Verfahren
- Die Teilhabe des Menschen soll im Mittelpunkt stehen
- Der Aufbau von Erfahrungswissen (Prozess) braucht Zeit und sollte offen sein
- Begriffe klar definieren und voneinander abgrenzen
- Kostenträger mit einbeziehen
- Bessere Finanzierung der BE
- BE muss transparent und nachvollziehbar sein
- BE als eigenständige Leistung

AG Leistungserbringer 1: umfassend, interdisziplinär, lebenswelt-/sozialraumorientiert

Umfassend?

man über nicht operationalisierbare Dimensionen d. IE spricht.

wenn das Ergebnis der BE in Bezug zu den Wünschen/Bed. der Betroffenen gestellt wird.

die volle Bl. bezieht d. Menschen berücksichtigend.

Subjektive Einm. (Einschätzung) ist subjektiv ist Individualität.

wenn Anforderungsebene auch Teilziele enthalten.

Kontrolle (Rückmeldung) ist (z.B. in Kontrolle (Kontrolle)).

Zurückst. ohne eine interaktive Zielorientierung erfolgt.

wenn mehrere Fach + Methodenkompetenz auch das Vorhaben zur Erreichung des Bedarfsbestimmungspunktes beinhalten.

Wenn mit Reihe Punkte werden berücksichtigt/bedacht.

... wenn alle Aspekte erfasst werden.

nicht möglich, da nur ein Ausschnitt erfassbar.

wenn mehrere Aspekte/Bed. auf verschiedenen Ebenen der Bedarfsbestimmung liegen.

wenn die mit Anleitungen/Anpassungen erlaubt (Beispiel: Behinderung oder Prozess).

→ Woran kann man praktisch erkennen, dass eine Bedarfsermittlung umfassend ist?

→ Umfassend ist nicht möglich, nur Teilaspekte können berücksichtigt werden.

→ Anfallbezogene Bedarfsermittlung bei RPK + IFD
↳ bei allen anderen ist der Bedarf bereits festgestellt

→ Bedarfsermittlung LT versus LE

→ Wenn ~~alle~~ ^{Bezugnahmen} Gutachten aller Fachrichtungen berücksichtigt werden

AG Leistungserbringer 1: umfassend, interdisziplinär, lebenswelt-/sozialraumorientiert

- ⇒ Funktionsfähigkeit in einem zeitlichen Kontext
- ⇒ alte Gutachten fließen nicht mehr ein
- ⇒ Wann vergisst ein System?
↳ Recht auf vergessen!
- ⇒ Festlegen von Mindeststandards
- ⇒ Fallmanagement / Casemanagement
(positive/negative Aspekte)
- ⇒ Anlagbezogen + Mindestanforderungen + Erweiterungsbausteinen
- ⇒ aktive Beteiligung der Menschen unter Berücksichtigung seiner Möglichkeiten
- ⇒ Teilhabe aus Betroffenenansicht sehen
- ⇒ Reharziel des Betroffenen
↳ Wünsche + Interessen

AG Leistungserbringer 1: umfassend, interdisziplinär, lebenswelt-/sozialraumorientiert

Interdisziplinär?

Spannende Frage
Rechtsprechung /
Teilhabepolitik

... wenn die
Defunktionsmacht
nicht bei einer
Disziplin liegt

Konvergenzprinzip
„erhobene“ Professionen
werden legitimiert

... unter Beteiligung der
Beruflichen und anderer
relevanter Institutionen
Kaufmann, organisiert werden

... wenn zentralen
Disziplin / Funktionen
nicht vorhanden,
verteilt werden wird

... wenn verschiedene
Berufsgruppen be-
teiligt sind

gemeinsame
Zielfindung

gemeinsame
Ziel-Ziele
festlegen

... wenn es um
Umsetzung einzelner Bedarfe /
spezifischer Ziele geht, werden
Kaufmann, (z.B. in der
Rehabilitation)

... wenn
es auch
interdisziplinär
wahrnehmbar
wird

... alle relevanten
Berufsgruppen beteiligt
sind

... keine Hierarchien
zwischen d. Professionen
vorhanden
(Gleichberechtigung)

... wenn alle
Anliegen
von gemeinsam
reflektiert

Woran kann man praktisch
erkennen, dass eine Bedarfs-
ermittlung interdisziplinär ist?

→ Partizipativ / oder Interdisziplinär
↳ zwei getrennte Begrifflichkeiten?

⇒ Wenn der Betroffene Teil des Prozesses
ist

⇒ Besprechungsstruktur / Kultur

⇒ organisiertes Austauschforum

⇒ Reha-Konferenz

⇒ mind. 2 Berufsgruppen

AG Leistungserbringer 1: umfassend, interdisziplinär, lebenswelt-/sozialraumorientiert

- ⇒ jeder sammelt Informationen, dann werden die Blickwinkel interdisziplinär ausgetauscht und der Bedarf festgestellt
- ⇒ die interdisziplinäre Bedarfsermittlung ist ein Prozess
- ⇒ unterschiedliche Professionen in der Dokumentation
- ⇒ erhöhtes kommunikatives Aufkommen hat
- ⇒ Wenn die Zielkonflikte von ^{der} multiprofessionellen Fachkraft reflektiert werden
- ⇒

AG Leistungserbringer 1: umfassend, interdisziplinär, lebenswelt-/sozialraumorientiert

Lebenswelt-/ Sozialraumorientiert?

Fragestellungen:

1. Welche Relevanz hat das Kriterium bei der Bedarfsermittlung für Sie?
2. Was verbindet sich mit diesem Kriterium inhaltlich für Sie?
3. Was verbindet sich mit den Kriterien im praktischen Handeln für Sie?

in der individuellen Interaktion... Verhalten / Einlassungen berücksichtigen

... die Umweltfaktoren (EM) einbezogen werden

... Umwelt... sozial... wichtig... wird

... durch... auf... übertragen werden

... biografische Aspekte berücksichtigen (Lebensspanne)

den Erkenntnisraum... zu übertragen hilft... (z.B. durch...)

... die Lebenswelt im Leben... zu verstehen und

... die Interaktion im Team... (und erbt sie)

... Verantwortung im gemeinsamen Schritt... (Lernprozess)

... Welche... Möglichkeiten... offen sind... (was... ist...)

... wenn... +... z.B. ... des... des... werden

... wenn... /... auf... des... des... werden

... den... der... "..."... "..."... des... spricht

Woran kann ich praktisch erkennen, dass eine Bedarfsermittlung lebens- und sozialraumorientiert ist?

- ⇒ verschiedene Zugänge / Instrumente wählen
- ⇒ Persönlichkeitseutwickelung + soziale Kompetenzen berücksichtigen
- ⇒ Narration versus vorgeordnetes System
- ⇒ Kontextabhängigkeit von Aktivitäten + Teilhabe wahrnehmen
- ⇒
 - ↳ Herausfinden durch probieren
 - ↳ Beziehungsstrukturen
 - ↳ Interessen + Neigungen des Betroffenen

AG Leistungserbringer 1: umfassend, interdisziplinär, lebenswelt-/sozialraumorientiert

- ⇒ Umfeld / Umwelt berücksichtigen
- ⇒ Sozialraum befähigung
- ⇒ Fachkräfte reflektieren was Sozialraum bedeutet
- ⇒ Professionalisierung
- ⇒ Vernetzung zum Sozialraum
- ⇒ „Netzwerkarte“
- ⇒ Selbsthilfesystem
- ⇒ ↳ unzuverlässig?
- ⇒ Angehörige / Familien einbeziehen
- ⇒ ↳ wenn gewollt!

AG Leistungserbringer 1: umfassend, interdisziplinär, lebenswelt-/sozialraumorientiert

Abschlussrunde

Welche Schritte sind aus Ihrer Sicht erforderlich, um die Lücke zwischen dem Status Quo (heute) und den Anforderungen an eine verbesserte Bedarfsermittlung (in der Zukunft) zu schließen?

- ⇒ einheitliches Konzept, wie Bedarf festgestellt wird
- ⇒ Erfahrungswissen meets Wissenschaft
- ⇒ konkreter Teilhabewunsch als Dreh- und Angelpunkt
- ⇒ Gefahr der Grobtypigkeit bei einem einheitlichem Konzept
- ⇒ Gefahr den Fokus vom Menschen zu verlieren, hin zu einem Verfahren
- ⇒ die Teilhabe des Menschen soll im Mittelpunkt stehen
- ⇒ der (Prozess) braucht Zeit und sollte offen sein
- * der Aufbau von Erfahrungswissen

- ⇒ Begriffe klar definieren und voneinander abgrenzen
- ⇒ Kostenträger mit einbeziehen
- ⇒ Bessere Finanzierung der Bedarfsermittlung
- ⇒ Bedarfsermittlung muss transparent + nachvollziehbar sein
- ⇒ Bedarfsermittlung als eigenständige Leistung
- ⇒

AG Leistungserbringer 2: partizipativ, kompetenzorientiert, zielorientiert

AG Leistungserbringer 2: partizipativ, kompetenzorientiert, zielorientiert

Arbeitsgruppe LE2

(Leistungserbringer)

Kriterien:

- kompetenzorientiert
- partizipativ
- zielorientiert

Moderation/Leitung:

Hr. Lentz, Fr. Haak (BAG BBW)

Teilnehmende

Hr. Dings (BFW), Hr. Emmermacher (BBW), Fr. Kress (RPK), Fr. Neugebauer (WfbM), Fr. Riedel (Phase II), Fr. Weber (BTZ), Fr. v.Raison (FH)

Ergebnis der Abfrage zur Relevanz der Kriterien

1. partizipativ (13)
2. zielorientiert (11)
3. kompetenzorientiert (4)

AG Leistungserbringer 2: partizipativ, kompetenzorientiert, zielorientiert

Für mich ist eine Bedarfsermittlung **partizipativ**, wenn ...

Inhaltlich:

- Das Gegenteil von „Aktenlage“
- Mitbestimmung/Einbezug des „Bedürftigen“ gegeben sind
- Transparenz/Informationsfluss gegeben sind
- Partizipativ geht nicht ohne Bezug zum Teilhabeziel
 - Grenzen?
- Mitreden ist nicht mitentscheiden; kein Olympiamotto
- Gesprächshaltung:
 - Partnerschaftlich
 - Ergebnisoffen
 - Rollenklarheit im System
 - Interessenklarheit
- Partizipativ meint nicht alleine den Menschen mit Behinderung (Betrieb?)
- Trennung Partizipation
 - Mit der BE
 - Mit der Durchführung
- Wenn der/die Adressaten seine „Bedarfe“ definiert; seine „Kompetenzen“ bewertet
 - Selbsteinschätzung vor Fremdeinschätzung
 - Helfer(system) begleitet und beantwortet Fragen
- Auf Augenhöhe
- Gestaltungsmacht liegt beim TN
- Dem Leistungsempfänger Einfluss ermöglicht wird
- Einflussmöglichkeiten verschriftlicht sind
- Zufriedenheit operationalisiert und gemessen wird
- Stärkung der Selbstreflexion

Praktisch:

- Beteiligung an Einstellung MA
- Zufriedenheitsbefragung
- Selbsteinschätzung TN
- Transparente Vereinbarungen
- Inkl. Abweichende Äußerungen

Für mich ist eine Bedarfsermittlung **kompetenzorientiert**, wenn ...

- Haltung der MA

Inhaltlich:

- Ressourcen gefördert und genutzt werden (kognitiv + physisch+ persönlich...)
- bezogen auf die betroffene Person –
- Berufswegeplanung nicht von Defizit-Slalom dominiert ist
- Stärkung bei der Förderplanung im Vordergrund steht

AG Leistungserbringer 2: partizipativ, kompetenzorientiert, zielorientiert

- Individuelle Potenziale entdeckt und gefördert werden
- ... die individuellen Stärken einer Person hinreichend Berücksichtigung finden (ergebnisoffen)
- Wenn die Stärken erkannt werden können
- Nicht ausgehen vom Defizit
- ...bezugnehmende und wertschätzende Berücksichtigung von Vorerfahrungen, Bsp. im Job, in der Alltagsbewältigung
- Wenn alle am Prozess Beteiligten mit einbezogen werden (Umweltfaktoren, A-geber, Angehörige, Leistungserbringer...)
- ...Stärken/Kompetenzen/Ressourcen breit gefächert/aus verschiedenen Perspektiven betrachtet werden
- ... sich daraus konkrete nächste Schritte ableiten (Empfehlungen)
- ... vorhandene Ressourcen gestärkt werden/genutzt werden (Erfolgserlebnisse)
- Erkennt Kontextfaktoren die kompetentes Handeln für die jeweilige Person ermöglicht
- Rahmen der Aneignung von Kompetenzen mitdenken
- Begriffsverständnis der Kompetenz -> Lebenssituation i.S. de Nubag von Kompetenzen teilhabeorientiert gestalten
- ... wenn fachliche, soziale und persönliche Fähigkeiten explizit im Reha-Plan auftauchen und in der geplanten Maßnahme aktiv einbezogen werden
- Wenn das Instrument/Verfahren zur BE Kompetenzen (d.h. Kombi aus „Fertigkeiten“ + „Fähigkeiten“/„Qualifikation“) erfragt – was noch nicht heißt, dass das Instrument /Verfahren ressourcenorientiert ist

Praktisch:

- Gestaltung kompetenzorientierter Assessments -> mehr als Eignungsdiagnostik
- Welche Zeit stelle ich für diesen Prozess zur Verfügung...? Wie schnell können Bedarfe ermittelt werden?
- Anforderung an Umgebung definieren

Für mich ist eine Bedarfsermittlung **zielorientiert**, wenn ...

Inhaltlich:

- Wenn das Teilhabeziel klar ist. Partizipativ?
- Wenn die Zielformulierung vor der Bedarfsermittlung liegt
- Ein gemeinsames Ziel formuliert wurde
- Eine Zielvereinbarung wurde ge- und unterschrieben
- Kein Bedarf ohne Ziel
- Übereinstimmung Bedarf und Angebot
- Das Ziel muss
 - Klar/eindeutig definiert sein
 - Realistisch/umsetzbar sein
 - Operationalisierbar/überprüfbar sein

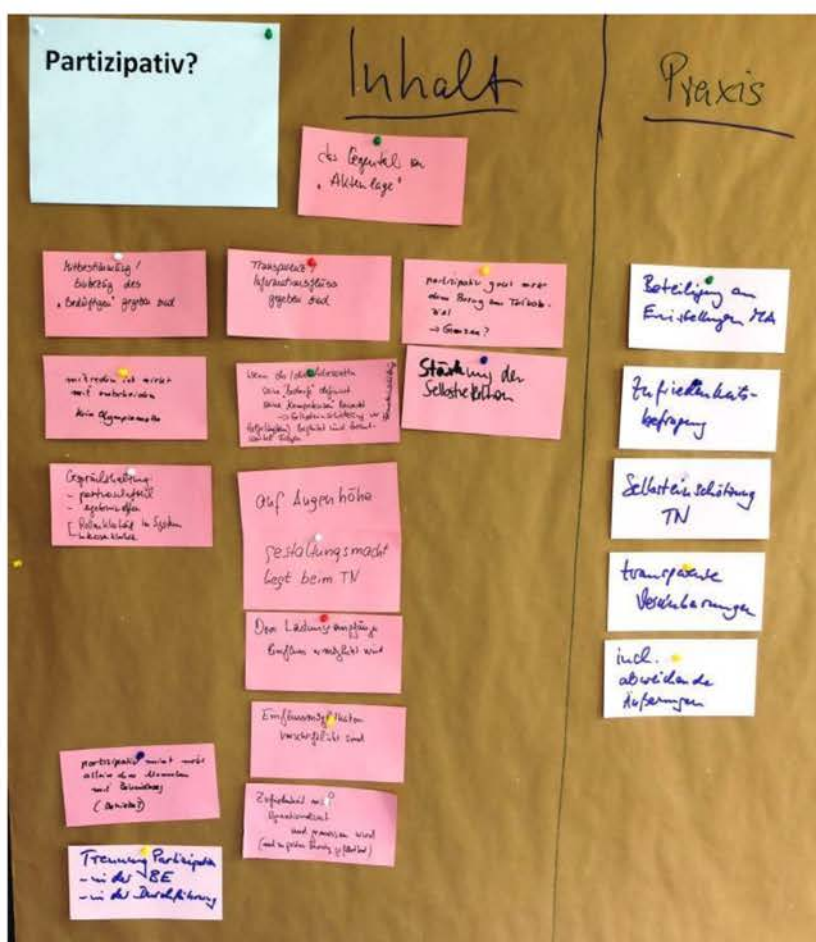
AG Leistungserbringer 2: partizipativ, kompetenzorientiert, zielorientiert

Praktisch:

- Bedarfserkennung -> dann...
- Kompetenz unabl. vom Kontext?
- Verhältnis von Ressourcen/Stärken zu Kompetenzen
- Lücken – weiße Flecken
- Teilhabeziel
 - durch LT
 - partizipativ

Wunsch/Bedürfnis / ?

- „Kompetenzanalyse“ zur Nutzung der Bedarfsermittlung
- Zieldef.
- Bedarfsermittlung



AG Leistungserbringer 2: partizipativ, kompetenzorientiert, zielorientiert

Kompetenzorientiert?

Inhalt Haltung der MA aktivisch

- Personen gefördert werden und gesund werden (Körper + psychisch + persönlich) - Betragen auf die Bedürfnisse hin
- Wann alle die Trüben bestehen mit anderen werden (Unterstützung / gegenseitige Hilfe / ...)
- Beitragende in der Gruppe -> Teilhaber / ...
- Bestandteile des Kompetenzorientierten Ansatzes -> mehr als Ertragsgeschichte
- Welche Ziel sollte ich für diesen Prozess setzen (Vorfahrung) ... 2. Wie schnell können Bedarf ermittelt werden?
- Anforderung an Kompetenz definieren
- Wann alle die Trüben bestehen mit anderen werden (Unterstützung / gegenseitige Hilfe / ...)
- Beitragende in der Gruppe -> Teilhaber / ...
- Bestandteile des Kompetenzorientierten Ansatzes -> mehr als Ertragsgeschichte
- Welche Ziel sollte ich für diesen Prozess setzen (Vorfahrung) ... 2. Wie schnell können Bedarf ermittelt werden?
- Anforderung an Kompetenz definieren
- Wann alle die Trüben bestehen mit anderen werden (Unterstützung / gegenseitige Hilfe / ...)
- Beitragende in der Gruppe -> Teilhaber / ...
- Bestandteile des Kompetenzorientierten Ansatzes -> mehr als Ertragsgeschichte
- Welche Ziel sollte ich für diesen Prozess setzen (Vorfahrung) ... 2. Wie schnell können Bedarf ermittelt werden?
- Anforderung an Kompetenz definieren

Zielorientiert?

- Wann alle die Trüben bestehen mit anderen werden (Unterstützung / gegenseitige Hilfe / ...)
- Beitragende in der Gruppe -> Teilhaber / ...
- Bestandteile des Kompetenzorientierten Ansatzes -> mehr als Ertragsgeschichte
- Welche Ziel sollte ich für diesen Prozess setzen (Vorfahrung) ... 2. Wie schnell können Bedarf ermittelt werden?
- Anforderung an Kompetenz definieren
- Wann alle die Trüben bestehen mit anderen werden (Unterstützung / gegenseitige Hilfe / ...)
- Beitragende in der Gruppe -> Teilhaber / ...
- Bestandteile des Kompetenzorientierten Ansatzes -> mehr als Ertragsgeschichte
- Welche Ziel sollte ich für diesen Prozess setzen (Vorfahrung) ... 2. Wie schnell können Bedarf ermittelt werden?
- Anforderung an Kompetenz definieren
- Wann alle die Trüben bestehen mit anderen werden (Unterstützung / gegenseitige Hilfe / ...)
- Beitragende in der Gruppe -> Teilhaber / ...
- Bestandteile des Kompetenzorientierten Ansatzes -> mehr als Ertragsgeschichte
- Welche Ziel sollte ich für diesen Prozess setzen (Vorfahrung) ... 2. Wie schnell können Bedarf ermittelt werden?
- Anforderung an Kompetenz definieren

Kein Bedarf
Über den Sinn und Zweck
Beitrag + Angebot

Ein gemeinsames Ziel formuliert wird

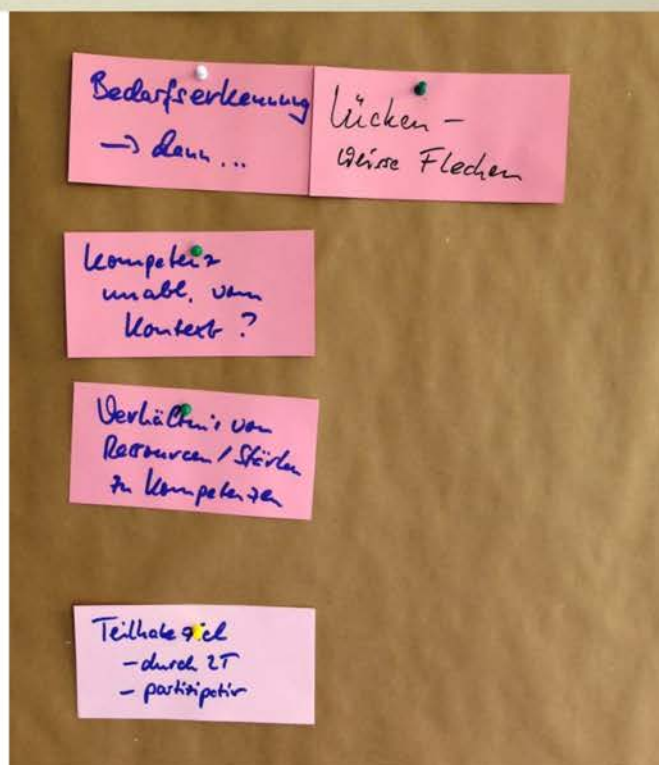
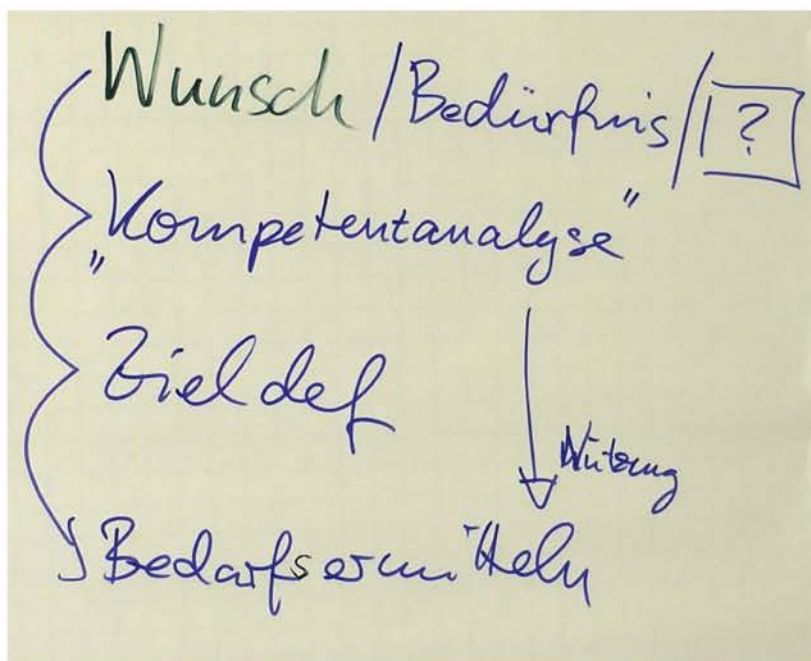
Kein Bedarf
Über den Sinn und Zweck
Beitrag + Angebot

Ein gemeinsames Ziel formuliert wird

Kein Bedarf
Über den Sinn und Zweck
Beitrag + Angebot

Ein gemeinsames Ziel formuliert wird

AG Leistungserbringer 2: partizipativ, kompetenzorientiert, zielorientiert



Ausblick

Ausblick

Die Arbeitstagung hat aufgezeigt, dass hinsichtlich der einzelnen Begriffe auf Seiten der Akteure ein sehr breites, differenziertes Verständnis besteht. Hierfür dürften auf Seiten der professionellen Akteure vor allem die unterschiedlichen beruflichen Rollen und Aufgaben wie auch das jeweilige professionelle Selbstverständnis ausschlaggebend sein. Diese Haltungen der professionellen Akteure treffen heute auf Leitbilder wie Selbstbestimmung und Partizipation, deren Umsetzung von den Betroffenen selbst sowie deren Vertretungsorganen eingefordert werden (UN-BRK).

Als ein Ergebnis wurde in mehreren Arbeitsgruppen die Bedeutsamkeit der Berücksichtigung des jeweiligen individuellen Kontextes für die Bedarfsermittlung durch Leistungsträger sowie bei der anschließenden beruflichen Rehabilitationsleistung herausgearbeitet. So ließen sich passgenaue und zielführende Leistungen ermitteln und ausgestalten. Zudem wurde unterstrichen, dass das der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit (ICF) zu Grunde liegende bio-psycho-soziale Modell sowohl eine allgemein anerkannte Grundlage als auch eine gute konzeptionelle Basis zur systematischen Beschreibung von Teilhabebeeinträchtigungen und für eine „umfassende“ Bedarfsermittlung darstelle. Hierin könnten auch individuell bedeutsame Aspekte der Lebenswelt sowie des Sozialraums ihren angemessenen Platz finden.

Der individuelle Kontext ist dabei aber nicht nur im Blick auf die Person, sondern auch auf die Teilhabechancen am Arbeitsmarkt relevant: betrachtet man die hohe Bedeutung von Kompetenzen im Bereich der Arbeitswelt, dann sind isolierte Kompetenzprofile ohne Berücksichtigung des Kontextes (u.a. Arbeitsplatzangebot, spezifische Rahmenbedingungen sowie berufliche Anforderungen) bei der Bedarfsermittlung wenig aussagekräftig und daher kaum zielführend.

Im Rahmen einer partizipativ orientierten Bedarfsermittlung und insbesondere bei der Formulierung von Teilhabezielen sei auch und gerade die subjektive Sicht der Betroffenen gefragt. Hier seien Transparenz, Barrierefreiheit, adressatengerechte Sprache sowie dialogische Verfahren wichtige Schlüssel für eine erfolgreiche Beteiligung von Leistungsberechtigten.

Die vielfältigen Ergebnisse fließen nun in die weitere Arbeit des übergreifenden Projektes b3 ein. Hier ist es Aufgabe des Projektes, die Ergebnisse der einzelnen Arbeitsgruppen im Hinblick auf die jeweiligen Grundanforderungen weiter aufzubereiten und zusammenzuführen sowie anschließend übergreifend Bezüglichkeiten und Interdependenzen herauszuarbeiten.

Mit Beginn des b3-Projektes erfolgte zunächst durch eine systematische Literaturrecherche eine theoretische Annäherung an die festgelegten Grundanforderungen. Diese wird nun durch die Ergebnisse aus den Arbeitsgruppen sowie weitere empirische Befunde ergänzt und verdichtet. In unterschiedlichen Konstellationen wurden bereits im Vorfeld der Arbeitstagung eine Reihe von weiteren Experteninterviews sowie Gruppendiskussionen zum jeweiligen Verständnis der Grundanforderungen an die Bedarfsermittlung geführt. Die unterschiedlichen Beteiligten eint in diesem Prozess der Zusammenarbeit das Ringen um ein gemeinsames Verständnis von Anforderungen und Zielen des Handelns professioneller Akteure in der beruflichen Rehabilitation. Auf Basis dieses konstruktiven Miteinanders kann und wird nun der Dialog auch in den kommenden Monaten weiter produktiv und über Systemgrenzen hinweg fortgesetzt, insbesondere im Rahmen der projektbegleitenden Arbeitsgruppen und des Projektbeirates.

Anhang

Anhang**Teilnehmendenliste 31.05.16**

	Name	Organisation
1.	Allmann, Jürgen	BDH-Klinik Hessisch Oldendorf
2.	Backes, Irmgard	GKV-Spitzenverband
3.	Bartel, Susanne	Bundesverband Deutscher Berufsförderungswerke e.V.
4.	Bessenich, Janina	CBP - Caritas Behindertenhilfe und Psychiatrie e.V.
5.	Bez, Rabia	Hochschule Magdeburg-Stendal
6.	Brahner, Dr. med. Volker	Deutsche Rentenversicherung Bund
7.	Dings, Wolfgang	BFW Bad Wildbad
8.	Emmermacher, Gerhard	BBW Hannover
9.	Fels, Anja	Landkreis Osnabrück
10.	Grotkamp, Dr. med. Sabine	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung Niedersachsen
11.	Haak, Lina	BAG BBW e.V.
12.	Habekost, Doris	Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV)
13.	Heinisch, Daniel	Dt. Verein f. öffentliche u. private Fürsorge
14.	Helfrich, Susann	BAG BTZ / BTZ Hannover
15.	Henning, Andrea	Bundesvereinigung Lebenshilfe
16.	Heydweiller, Dominik	Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV) / VBG
17.	Hofmann, Markus	DGB-Bundesvorstand
18.	Kattner, Angela	DRV Bund
19.	Keesen, Sabrina	Bundesarbeitsgemeinschaft für Unterstützte Beschäftigung e.V.
20.	Keller, Dr. Klaus	BAG RPK / Herzogsägmühle
21.	Kress, Dr. med. Sabine	Vitos RPK Frankfurt
22.	Kirschbaum, Almut	Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband - Gesamtverband e. V.
23.	Lehmler, Lothar	BDH-Klinik Vallendar
24.	Lentz, Rainer	BAG BBW e.V.
25.	Lotze-Wessel, Doris	Integrationsamt Hessen
26.	Lukas-Nülle, Werner	

Anhang

27.	Morfeld, Prof. Dr. Matthias	Hochschule Magdeburg-Stendal
28.	Neugebauer, Vera	BAG WfbM / Hannoversche Werkstätten gGmbH
29.	Ommert, Judith	BAR e.V.
30.	Pauli, Annette	Landesvereinigung Selbsthilfe e.V., Saarland
31.	Petersen, Jens	Bundesagentur für Arbeit (Zentrale)
32.	Pfülb, Julia	BAR e.V.
33.	Polczyk, Alfons	Bundesministerium für Arbeit und Soziales
34.	Poth, Ann-Kathrin	BAR e.V.
35.	Pöttsch, Stefan	Bundesverband anthroposophisches Sozialwesen
36.	Raison, Bia von	Fachhochschule Potsdam
37.	Rexrodt, Prof. Dr. Christian	Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV)
38.	Riedel, Kirstin	BAG Phase II / NRZ Magdeburg
39.	Rink, Marion	Deutsche Rheuma-Liga Bundesverband e.V.
40.	Robinson, Dr. Katja	BAR BBW e.V.
41.	Schäfers, Prof. Dr. Markus	Hochschule Fulda
42.	Scheuermann, Dr. Antonius	Berufsförderungswerk Friedehorst gGmbH
43.	Herr Schönberger	Deutsche Rentenversicherung Bund
44.	Schubert, Dr. Michael	BAR e.V.
45.	Seel, Dr. Helga	BAR e.V.
46.	Soggeberg, Claudia	Josefs-Gesellschaft Köln
47.	Sutorius, Mathias	BAR e.V.
48.	Ubrig, Sascha	Lebenshilfe Berlin
49.	Viehmeier, Sarah	BAR e.V.
50.	Vieweg, Barbara	Interessenvertretung Selbstbestimmt Leben in Deutschland e.V. (ISL)
51.	Wagener, Prof. Dr. Bert	Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV)
52.	Weber, Sandra	BTZ Berufliche Bildung Köln GmbH
53.	Wenzel, Tobias-Raphael	Hochschule Magdeburg-Stendal
54.	Wiesner-Steiner, Dr. Andreas	Bundesarbeitsgemeinschaft der Werkstätten für behinderte Menschen e.V. (BAG WfbM)

XII.9. Tagungsdokumentation zur Arbeitstagung 2017



b3 – Arbeitstagung

„Auf dem Weg zum Basiskonzept – Handlungsanforderungen für die Akteure“

23. Mai 2017
10:30 bis 16:00 Uhr
Langenbeck-Virchow-Haus, Berlin

Herausgeber:
Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e. V.
Solmsstraße 18/Gebäude E
60486 Frankfurt am Main

Telefon: 069.60 50 18-24
Telefax: 069.60 50 18-28
E-Mail: bedarfsermittlungskonzept@bar-frankfurt.de
www.bar-frankfurt.de



Gefördert durch:



aus Mitteln des Ausgleichsfonds

Anmeldung

Organisation

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V.
Lara-Cathrin Racky
Solmsstr. 18 / Gebäude E
60486 Frankfurt am Main
Tel.: 069 605018 - 49
Fax: 069 605018 - 59
E-Mail: bedarfsermittlungskonzept@bar-frankfurt.de

Anmeldeschluss: 21. April 2017

Ihre Anmeldung ist verbindlich und wird per E-Mail bestätigt. Reise-, Übernachtungs- und sonstige Kosten können leider nicht übernommen werden.

Frau Herr Titel _____

Name _____

Institution _____

Straße/Nr. _____

PLZ/Ort _____

E-Mail _____

Ich benötige folgende Assistenz:

Datum _____ Unterschrift _____

Die Angaben zu Name und Institution werden in die Liste der Teilnehmenden aufgenommen. Die Veranstaltung wird ggf. in Bild und Ton dokumentiert. Für die dokumentarische Nutzung erteilen Sie mit der Anmeldung eine Freigabe.

Einladung

Was?

Arbeitstagung des b3-Projektes
„Basiskonzept für die Bedarfsermittlung in der beruflichen Rehabilitation“

Wann?

am Dienstag, 23. Mai 2017
von 10:30 Uhr – 16:00 Uhr

Wo?

Lungenbeck-Virchow-Haus
Luisenstr. 58/59
10117 Berlin

Wie?

Das Lungenbeck-Virchow-Haus ist vom Hauptbahnhof mit dem TXL-Bus in wenigen Minuten gut zu erreichen (Fahrzeit: 4 Minuten). Die Haltestelle unmittelbar vor dem Haus ist Campus Charité Mitte. Der TXL-Bus mit dem Ziel Alexanderplatz verkehrt alle 5-10 Minuten von Berlin Hauptbahnhof.

Wer?

VertreterInnen von Leistungsträgern, -erbringern und Interessenverbände von Menschen mit Behinderungen



Einladung zur b3-Tagung am 23. Mai 2017
Thema: Auf dem Weg zum Basiskonzept –
Handlungsanforderungen für die Akteure

Kurzbeschreibung

Mit der Verabschiedung des Bundeserziehungs- und Beschäftigungsgesetzes (BTHG) Ende letzten Jahres hat der Gesetzgeber wesentliche Impulse zur Weiterentwicklung von Leistungen zur Teilhabe für Menschen mit Behinderung gesetzt. Durch neue Regelungen wurde dabei u. a. die Bedeutung der Bedarfsermittlung gesetzlich gestärkt und unterstrichen.

Im Rahmen der Zielstellung des b3-Projektes, ein übergreifendes Basiskonzept für die Bedarfsermittlung bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben zu entwickeln, gilt es, diese und weitere Regelungen aufzugreifen. Zudem spielen für die fachliche Erarbeitung des Konzeptes weitere Aspekte eine wesentliche Rolle.

Die b3-Arbeitstagung 2017 widmet sich dabei zum einen der Position, Perspektive und Partizipation der Leistungsberechtigten im Rehabilitationsprozess. Denn es ist ihr individueller Weg der Rehabilitation, welcher durch sozialstaatliche Leistungen mit dem Ziel der Teilhabe am Arbeitsleben unterstützt und begleitet wird.

Zum anderen ist fachlich unbestritten: Behinderung ist kein individuelles Merkmal einer Person, sondern Ergebnis von Wechselwirkungen zwischen Person und Umwelt. Bei der Teilhabe am Arbeitsleben ist dabei auch, aber nicht nur die Arbeitswelt von wesentlicher Bedeutung.

Eingebettet in den Erarbeitungsprozess des Bedarfsermittlungskonzeptes will die Arbeitstagung eine Diskussionsplattform bieten, auf der unterschiedliche Akteure miteinander ins Gespräch kommen.

Wir freuen uns auf Ihre Teilnahme!

Programm

10:30 Uhr Grußworte

Dr. Helga Seel, BAR
Alfons Polczyk, BMAS

11:00 Uhr Ein Blick von Außen: Subjektperspektive und Partizipation von Leistungsberechtigten im Lichte der ICF bei Bedarfsermittlung LTA

Prof. Dr. Marianne Hirschberg,
Hochschule Bremen
mit anschließender Diskussion

11:45 Uhr Das Bedarfsermittlungskonzept: Wo kommen wir her, wo stehen wir und wo wollen wir hin?

Dr. Michael Schubert, BAR

12:15 Uhr Mittagspause

13:00 Uhr Arbeitsgruppen zur

- Rolle der Leistungsberechtigten bei der Bedarfsermittlung
- Bedeutung von Umweltfaktoren bei der Bedarfsermittlung

15:30 Uhr Gemeinsamer Ausklang

bei Kaffee und Kuchen
mit Prof. Dr. Mathias Morfeld,
Hochschule Magdeburg-Stendal,
Dr. Katja Robinson, BAG BBW,
Dr. Helga Seel, BAR

16:00 Uhr Veranstaltungsende

Arbeitsgruppen

In vier Arbeitsgruppen mit unterschiedlichen inhaltlichen Schwerpunkten geht es um folgende Fragestellungen:

Die Rolle der Leistungsberechtigten:

AG 1: Wie kann im Verlauf der Bedarfsermittlung die Partizipation der Leistungsberechtigten gewährleistet und damit auch die Berücksichtigung deren subjektiver Perspektive sichergestellt werden?

AG 2: Wie erfolgt eine Abstimmung bzw. Aushandlung über konkrete Rehabilitationsziele?

Bedeutung und Berücksichtigung von Umweltfaktoren: Welche Rolle spielt die soziale und materielle Umwelt bei der Bedarfsermittlung? Welche Einflussmöglichkeiten auf spezifische Umweltfaktoren gibt es in der Praxis?

AG 3: Welche Umweltfaktoren in der konkreten Lebenswelt, im Sozialraum sind in der beruflichen Rehabilitation besonders wesentlich?

AG 4: Welche Umweltfaktoren in der Arbeitswelt bzw. im Betrieb sind bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben besonders wesentlich?

In den Arbeitsgruppen wird, ausgehend von der heute gängigen Praxis, zu diskutieren sein, welche Anforderungen in welcher Form künftig an die Bedarfsermittlung zu stellen sind, um eine stringente Ausrichtung am Leistungsberechtigten sowie eine zielführende Berücksichtigung relevanter Umweltfaktoren zu sichern.



Inhaltsverzeichnis

Einführung.....	5
Grußwort von Frau Dr. Helga Seel (Geschäftsführerin der BAR)	6
Grußwort von Alfons Polczyk (Bundesministerium für Arbeit und Soziales)	8
Wie können behinderte Menschen partizipieren? – Subjektperspektive und Partizipation von Leistungsberechtigten im Lichte der ICF bei Bedarfsermittlung LTA Prof. Dr. Marianne Hirschberg (Hochschule Bremen).....	12
Das Bedarfsermittlungskonzept: Wo kommen wir her? Wo stehen wir? Wo wollen wir hin? Dr. Michael Schubert (BAR).....	20
Arbeitsgruppe 1: Subjektperspektive und Partizipation	33
Arbeitsgruppe 2: Rehabilitationsziele	35
Arbeitsgruppe 3: Umweltfaktoren (Schwerpunkt: Sozialraum/Lebensraum)	38
Arbeitsgruppe 4: Arbeitswelt als Umweltfaktor	40
Anhang	44
Teilnehmendenliste.....	



Einführung

Die zweite Arbeitstagung des leistungsträger- und leistungserbringerübergreifenden Projekts „Basiskonzept für die Bedarfsermittlung in der beruflichen Rehabilitation“ am 23. Mai 2017 stand unter dem Thema „Auf dem Weg zum Basiskonzept – Handlungsanforderungen für die Akteure“. Die fast 70 Teilnehmenden von Seiten der Leistungsträger, -erbringer sowie von Menschen mit Behinderungen (Leistungsberechtigte) wurden von Frau Dr. Seel, Geschäftsführerin der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e. V. (BAR) im Langenbeck-Virchow-Haus an der Charité in Berlin begrüßt.

Nach der Arbeitstagung 2016, bei der sozialrechtliche und sozialpolitisch geprägte Grundanforderungen an die Bedarfsermittlung im Mittelpunkt standen, ging es bei der diesjährigen Tagung um die Handlungsanforderungen für die Akteure. Im Sinne des Leitbildes der Personenzentrierung, sollten insbesondere Position, Perspektive und Partizipation der Leistungsberechtigten im Rehabilitationsprozess im Fokus stehen. Denn es ist ihr individueller Weg der Rehabilitation, welcher durch sozialstaatliche Leistungen mit dem Ziel der Teilhabe am Arbeitsleben unterstützt und begleitet wird.

So war der Vormittag durch Vorträge, Diskussionen sowie eine kurze Darstellung zum aktuellen Projektstand gekennzeichnet. Der Nachmittag stand im Zeichen des Austausches und Dialogs zwischen den Akteuren in heterogen zusammengesetzten Arbeitsgruppen: Dort wurde, ausgehend von der heute gängigen Praxis, diskutiert, in welcher Form die Bedarfsermittlung auszugestaltet ist, um eine stringente Ausrichtung am Leistungsberechtigten sowie eine zielführende Berücksichtigung relevanter Umweltfaktoren zu sichern. In Übereinstimmung mit dem BTHG sind alle Projektakteure der Überzeugung, dass Behinderung kein individuelles Merkmal einer Person darstellt, sondern vielmehr das Ergebnis von Wechselwirkungen zwischen einer Person und ihrer Umwelt ist. Bei der Teilhabe am Arbeitsleben ist dabei auch, aber nicht nur, die Arbeitswelt von wesentlicher Bedeutung.



Grußwort von Dr. Helga Seel

Geschäftsführerin der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V. (BAR)

Frau Dr. Seel begrüßte die Teilnehmenden, verbunden mit der Einladung, diese Arbeitstagung intensiv als Diskussionsplattform zwischen den unterschiedlichen Akteuren zu nutzen, um auf dem Hintergrund des Bedarfsermittlungskonzeptes, welches derzeit im Projekt erstellt wird, miteinander ins Gespräch zu kommen und sich fachlich auszutauschen.

In ihrer Einführung betonte sie die wesentliche fachliche Bedeutung der Bedarfsermittlung bei den Leistungen zur Teilhabe: Ihrer Auffassung nach seien passgenaue Leistungen maßgeblich für die individuellen Teilhabechancen des Einzelnen. Die Bedarfsermittlung sei hierbei ein zentrales Element und müsse sich vom Prinzip „so viel wie nötig und so wenig wie möglich“ leiten lassen.

In einem kurzen Exkurs zur vorhergehenden Machbarkeitsstudie erinnerte sie daran, dass bei der Bedarfsermittlung für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben insgesamt 429 teils sehr verschiedene Instrumente/Verfahren eingesetzt werden. Bei deren Nutzung könne davon ausgegangen werden, dass nicht selten

- ein mehrfacher Einsatz von Instrumenten der Bedarfsermittlung erfolgt,
- Doppelerhebungen zulasten von Menschen mit Behinderungen durchgeführt werden,
- für alle Beteiligten (kosten-)aufwändige Verfahrensschritte erforderlich sind sowie
- eine mangelnde Passung von Ergebnissen besteht.

Auf diesem Hintergrund sei ein übergreifender fachlicher Entwicklungsprozess von gemeinsamen Grundlagen erforderlich. Auf diesen hätten sich die Akteure mit dem b3-Projekt verständigt, da die Bedarfsermittlung im gegliederten System einheitliche und übergreifend angewandte Grundlagen benötige.

Anschließend skizzierte Frau Dr. Seel, dass nicht alleine wegen der empirischen Ergebnisse der Machbarkeitsstudie, sondern aus einem weiteren Grund das Thema „Teilhabebedarf von Menschen mit Behinderung“ und dessen Ermittlung mehr als aktuell sei: Das im Dezember 2016 verabschiedete Bundesteilhabegesetz (BTHG) zeige allen Akteuren deutlich auf, wie wichtig die Bedarfsermittlung sei und welche Bedingungen bei der Bedarfsermittlung künftig zu beachten seien:

1. Verpflichtung zur Erarbeitung gemeinsamer, trägerübergreifender Grundsätze zu Instrumenten der Bedarfsermittlung (§ 13 Abs. 1 i. V. m. § 39 Abs. 2 Nr. 2 SGB XI-neu.)
2. Definition von (Mindest-)Anforderungen, was die Instrumente der Bedarfsermittlung nachprüfbar zu leisten haben (§ 13 Abs. 2 SGB XI-neu).
3. Bei Vorliegen eines konkreten Leistungsbegehrens ist der Bedarf an Teilhabeleistungen im Ergebnis umfassend, d.h. leistungsgruppen- und rehaträgerübergreifend, zu prüfen und festzustellen (§ 14 Abs.2 SGB IX-neu).
4. Teilhabebedarfe, die zu mehreren Leistungen führen können, müssen im Rahmen der Bedarfsermittlung identifiziert werden (Teilhabeplanverfahren nach § 19 ff. SGB IX-neu).
5. Der „leistende“ Reha-Träger kann künftig als „ultima ratio“ auch für andere Reha-Träger Bedarfe feststellen und kostenwirksam über Leistungen aus deren Zuständigkeitsbereich entscheiden (§ 15 SGB IX-neu).

Grußwort von Dr. Helga Seel



Nach Auffassung von Frau Dr. Seel unterstrichen diese Regelungen im BTHG auch, wie wichtig gemeinsame und einheitliche Grundlagen für die Bedarfsermittlung bereits heute, aber insbesondere in naher Zukunft seien. Genau hier setze das b3-Projekt an: Ziel des Projektes sei ein übergreifendes Basiskonzept zur Bedarfsermittlung, welches der Vielzahl der heute eingesetzten Instrumente/Verfahren einen übergreifenden Bezugsrahmen zur Verfügung stelle.

Konkret sollten Handlungsprozesse ebenso wie Arbeitsmittel mit diesem Basiskonzept eine gemeinsame fachliche Grundlage erhalten. Darüber hinaus solle dieses Konzept perspektivisch auch als Rahmen für Weiterentwicklungen von Bedarfsermittlungsprozessen, Instrumenten und Verfahren im Feld der beruflichen Rehabilitation dienen können.

Frau Dr. Seel führte aus, dass mit einem Konzept, welches gemeinsame Anforderungen beschreibe, insbesondere die praktische Durchführung von Bedarfsermittlungsprozessen unterstützt werde. Dies werde zu einem effektiven Informationsaustausch sowie zu einer Passgenauigkeit von Leistungen beitragen. Nach ihrer Auffassung seien mit einem derartigen trägerübergreifenden Basiskonzept zur Bedarfsermittlung in der beruflichen Rehabilitation eine ganze Reihe von Vorteilen und Chancen verbunden:

- Instrumente/Verfahren erhalten eine gemeinsame Referenz,
- Vorgaben werden akteursübergreifend umgesetzt,
- die Auswahl bei den Instrumenten/Verfahren zur Bedarfsermittlung wird transparenter,
- eine einheitlichere Strukturierung von Informationen und Ergebnissen wird möglich,
- es werden Grundlagen für eine einheitliche Dokumentation gelegt,
- die Ergebnisse werden anschlussfähiger,

was insgesamt auch zu einer Stärkung der Partizipation der Leistungsberechtigten führt.

Partizipation von Menschen mit Behinderung sei ein Thema, das die Rehabilitationsträger bewege und auch in der Arbeit der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation in verschiedenen Zusammenhängen ihren Platz habe. So habe auch das vergangene BAR-Fachgespräch im Jahr 2016 unter der Überschrift „Rehabilitationsträger treffen Rehabilitanden – Personenzentrierung und Partizipation im Rehabilitationsprozess“ gestanden. Der dort geführte Dialog zeigte einmal mehr die Chancen auf, die sich aus einem Perspektivwechsel ergäben. Hier und heute stünde nun der Themenkreis der Bedarfsermittlung im Mittelpunkt, mit dem sich ebenfalls Fragen der Position, Perspektive und Partizipation der Leistungsberechtigten verbanden.

Der heutigen Arbeitstagung sei dabei eine fruchtbare, kritisch-konstruktive Debatte mit tragfähigen Ergebnissen und hilfreichen Impulsen für die Arbeit des b3-Projektes, sowie darüber hinaus, zu wünschen.

Grußwort von Alfons Polczyk

Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS)

Meine sehr geehrten Damen und Herren,
liebe Frau Dr. Seel,
lieber Herr Dr. Schubert,

ich danke Ihnen für die Gelegenheit anlässlich der heutigen Fachtagung des Förderprojektes "b3 - Das Bedarfsermittlungskonzept", das aus Mitteln des Ausgleichsfonds durch das BMAS gefördert wird und an die ebenfalls durch das BMAS geförderte, Machbarkeitsstudie „Prüfung von aktuellem Stand und Potential der Bedarfsermittlung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben unter Berücksichtigung der ICF“ anknüpft, nochmals mich mit einem Grußwort an Sie und die Tagungsgäste wenden zu dürfen.

Vor fast genau einem Jahr leitete ich mit Herrn Markus Hofmann, dem alternierenden Vorsitzenden der BAR schon einmal mit einem Impulsreferat in die Diskussion ein, die später in den Arbeitsgruppen fortgeführt wurde. Der Arbeitstitel meiner damaligen Ausführungen lautete „Bedarf – was ist das?“.

Keine Sorge, ich werde mein Impulsreferat nicht noch einmal wiederholen, denn nichts ist so langweilig wie die Wiederholung eines Viertelfinalspiels der deutschen Nationalmannschaft bei der zurückliegenden Fußball-Weltmeisterschaft oder die Wiederholung von Pointen in Grußworten.

Zudem sind wir in der Diskussion um Fragen der Bedarfsermittlung ein Stück weiter vorangerückt – wenn auch noch nicht am Ziel.

Bevor ich mich zu dem Ziel oder der Zielerreichung äußere, lassen Sie uns noch einmal an den Diskussionstand April/Mai 2016 anknüpfen.

Damals standen wir mitten in der Diskussion um das Bundesteilhabegesetz (BTHG). Die Anhörungen unter Beteiligung

- a) der Länder und Spitzenverbände
- b) der Betroffenenverbände und
- c) der Ressorts

waren gerade abgeschlossen und wir mussten uns im BMAS mit teilweise heftiger Kritik an dem Gesetzesentwurf zum BTHG auseinandersetzen und das trotz einem ganz außergewöhnlichen zeitlich und inhaltlich umfangreichen Beteiligungsprozess, an dem u.a. die obersten Sozialbehörden der Bundesländer, Vertreter der kommunalen Ebene, Experten der Betroffenenverbände, der Fachverbände der Leistungserbringer, der Leistungsträger, Bundesministerien und die Beauftragten für die Belange von Menschen mit Behinderungen teilnahmen. Angesichts der Größe dieser Gruppe (durchschnittlich 50 Personen) war den Teilnehmern schnell klar, dass es bei ihren sehr unterschiedlichen Ausgangspositionen nicht Aufgabe der Arbeitsgruppe sein konnte, ein Reformkonzept herauszuarbeiten, das dann von allen mitgetragen werden würde. Vielmehr ging es darum, zentrale Fragestellungen zu bestimmen, die verschiedenen Standpunkte herauszuarbeiten, Gemeinsames zu identifizieren und letztlich die politisch entscheidenden Konfliktpunkte zu beschreiben.

Grußwort von Alfons Polczyk



Die Fragestellungen und Konfliktpunkte der Beteiligten betrafen auch die Regelungen der trägerübergreifenden Zusammenarbeit und Verfahrensabläufe.

Heute sind wir gesetzgebungstechnisch ein gutes Stück weiter vorangekommen. Das BTHG wurde Ende vergangenen Jahres durch den Bundesrat und Bundestag verabschiedet.

Aus den neuen Vorschriften zu Kapitel 4 ff. des SGB IX Teil 1, das zum 1.1.2018 in Kraft treten wird, leitet sich für die Leistungsträger die Notwendigkeit ab, trägerübergreifend nach möglichst einheitlichen Maßstäben der Ermittlung des Rehabilitationsbedarfs zusammenzuarbeiten.

Auf den ersten Blick mag das noch nicht so revolutionär erscheinen, denn zur Zusammenarbeit und Bestimmung des individuellen Teilhabebedarfs waren die Träger bereits im SGB IX von 2001 aufgefordert.

Mit dem Bundesteilhabegesetz hat der Gesetzgeber aber eine umfassende Weiterentwicklung des Teilhaberechts auf den Weg gebracht, die zu mehr Verbindlichkeit führt.

So ist mit Inkrafttreten des SGB IX, Teil 1 ab 01.01.2018 das Verfahren zur Teilhabeplanung bundeseinheitlich geregelt. Der Gesetzgeber hat von der Möglichkeit des Grundgesetzes in Art. 84 Abs. 1 mit Zustimmung des Bundesrates auch abweichungsfeste Regelungen vorzusehen, von denen – selbst im Verfahrensrecht – Länder nicht abweichen können, in Kapitel 4 des SGB IX, Teil 1 Gebrauch gemacht.

Der nach § 14 SGB IX-neu leistende Rehabilitationsträger stellt unverzüglich und umfassend den Rehabilitationsbedarf fest und erbringt die Leistung.

Hinsichtlich der Instrumente zur Bedarfsermittlung gibt es einheitliche Anforderungen in der Eingliederungshilfe und in den allgemeinen Regelungen für das Rehabilitationsrecht, ist ein Prozess der Konvergenz über die Regelungen des § 13 SGB IX-neu angelegt. Danach trifft die Träger u.a. die Verpflichtung zur Erarbeitung gemeinsamer, trägerübergreifender Grundsätze und zu Instrumenten der Bedarfsermittlung und zur Erfassung, welche Ziele mit Leistungen zur Teilhabe nachprüfbar erreicht werden sollen.

Wie notwendig die Erarbeitung gemeinsamer trägerübergreifender Grundsätze zu Instrumenten der Bedarfsermittlung ist, um Leistungsberechtigten passgenaue Hilfe für die individuelle Teilhabe und eine nahtlose Leistungserbringung und effektive Durchführung zu erbringen, möchte ich mit nachfolgendem Beispiel erläutern.

Lassen sie mich an dieser Stelle Ihr Kopfkino bemühen: Stellen Sie sich vor, Sie sind Vater/Mutter eines, sagen wir mal, achtjährigen Kindes. Die Sonne scheint, es ist warm, trocken, nicht zu heiß – ein aus unserer Sicht wunderschöner Frühsommertag. Ihr Kind tobt auf dem Schulhof herum, der mit einem Bolzplatz, Tischtennisplatten und einem Abenteuerspielplatz ausgestattet ist. Der Schulhof der Grundschule ist mit Steinplatten pflegeleicht und schön anzusehen gefliest. Auf den Steinplatten hat sich jedoch hier und da eine dünne Schicht Quarz-Spielsand mittlerer Körnung angesammelt.

Sie ahnen vielleicht schon, was jetzt in meiner Beschreibung kommt: Das Kind rutscht beim Herumtoben aus und fällt hin! Folgen:

Grußwort von Alfons Polczyk

Das rechte Knie zeichnen Abschürfungen, es blutet ein wenig und am Kopf sieht man förmlich stirnseitig eine Beule wachsen. Das Kind schluchzt, Tränen kullern aus dem Gesicht und es hat offenbar ein Bedürfnis nach Fürsorge, Schutz und Trost.

Ich hoffe, Sie spüren als aufmerksame Zuhörer die aufkommende Dramatik und einige fragen sich: Was hat das eigentlich mit unserer Tagung zu tun?

Nun, ich bin noch nicht am Ende mit meiner Geschichte. Jetzt kommen nämlich die Eltern ins Spiel! Wie könnte der Vater reagieren?

„Ach, ist ja nicht so schlimm! Pass das nächste Mal eben besser auf! Das heilt schon alles wieder“, und er reicht dem Kind ein Taschentuch und tröstet es.

Wie könnte die Mutter reagieren?

Sie zeigt große Empathie: Sie nimmt das Kind in den Arm. Sie fragt wo und was alles weh tut. Sie kümmert sich um die Abschürfungen und kühlt die wachsende Beule, streichelt das Kind und wischt ihm die Tränen ab. Dabei überlegt sie, ob sie nicht vielleicht noch zu der örtlichen Rettungsstelle des nahegelegenen Klinikums fahren sollte. Die Beule wächst in der Zwischenzeit nach außen und sieht fürchterlich aus, weshalb die Mutter sich entschließt, neben der Kühlkomresse doch noch zur Rettungsstelle zu fahren. Das Kind schreit daraufhin und sagt: „Nein, nein nicht ins Krankenhaus!“

Warum habe ich dieses Drama in drei Akten erzählt?

Nun, wir haben es hier im übertragenen Sinne mit Aspekten der Bedarfsermittlung und Bedarfsfeststellung zu tun. Die Eltern kommen bei einheitlichem Lebenssachverhalt zu unterschiedlichen Feststellungen und Handlungen. Das Kind sehnt sich nach individueller Hinwendung und möchte in die Handlungen und Entscheidungen der Eltern einbezogen werden.

Übertragen auf die Bedarfserkennung und Bedarfsermittlung haben wir auf Seiten der Rehabilitationsträger immer noch uneinheitliche Prozesse und Instrumente. Dies ist nicht im Sinne der Leistungsberechtigten und nicht im Sinne eines effizienten Leistungssystems.

Die Koalitionsparteien CDU, CSU und SPD haben sich im Koalitionsvertrag für die 18. Legislaturperiode darauf verständigt, dass sich die Leistungen am persönlichen Bedarf orientieren und entsprechend eines bundeseinheitlichen Verfahrens personenbezogen ermittelt werden sollen. Hierfür haben wir mit dem BTHG die Grundlage gelegt.

Sepp Herberger wird das Zitat zugeschrieben: „Nach dem Spiel ist vor dem Spiel“. In den letzten Wochen habe ich dieses Zitat leicht abgewandelt in Bezug auf das BTHG gehört: „Nach dem Gesetz ist vor dem Gesetz“ ... und das ist auch so angelegt.

Schon das über mehrere Jahre verteilte Inkrafttreten der unterschiedlichen Regelungen und die verschiedenen Wirkungs- und Finanzevaluationen im BTHG machen deutlich, dass die während der Erarbeitung des Gesetzes besonders intensiv und kritisch diskutierten Regelungen fortwährend im Fokus des BMAS bleiben, um dort, wo es notwendig wird, nachzusteuern.

Auch in Bezug auf die Instrumente der Ermittlung des Rehabilitationsbedarfs wird das BMAS eine Wirkungsstudie bzw. Implementationsstudie in wenigen Wochen ausschreiben und in Auftrag geben.

Grußwort von Alfons Polczyk



Die von mir eingangs erwähnte Machbarkeitsstudie aus 2013 hat ergeben, dass im Bereich Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben derzeit über 400 unterschiedliche Verfahren/Instrumente von den Leistungsträgern und -erbringern genutzt werden, um Rehabilitationsbedarfe zu ermitteln. Durch das BTHG wird eine Vereinheitlichung in diesem Bereich angestrebt. Die Umsetzung der neuen Regelung soll nach § 13 Abs. 3 SGB IX-neu wissenschaftlich begleitet werden.

Unter „Instrumenten“ i.S.v. § 13 SGB IX-neu, sind systematische Arbeitsprozesse und standardisierte Arbeitsmittel zu verstehen, die von den Rehabilitationsträgern eingesetzt werden, um den Bedarf an Teilhabeleistungen für Menschen mit Behinderungen feststellen zu können. Bis zum 31. Dezember 2019 sollen die Untersuchungsergebnisse veröffentlicht werden.

Die Untersuchung betrifft grundsätzlich alle Sozialversicherungsträger, die Leistungen an Menschen mit Behinderungen erbringen. Eine Einbeziehung der Kinder- und Jugendhilfeträger sowie der Eingliederungshilfeträger in die Untersuchung ist mit Zustimmung der Bundesländer möglich (§ 13 Abs. 4 SGB IX-neu), aber nicht zwingend erforderlich.

Die Eingliederungshilfe ist nach § 118 SGB IX-neu ebenfalls verpflichtet, eine Bedarfsermittlung durch ein entsprechendes Instrument durchzuführen.

Um eine Doppelung der Forschungsinhalte zu vermeiden und das Auftragsvolumen auf ein sinnvolles Maß zu begrenzen, soll sich der Schwerpunkt der Untersuchung nach § 13 SGB IX-neu auf die Sozialversicherungsträger beschränken und die Träger der Jugendhilfe und der Eingliederungshilfe nur stichprobenartig zum Zwecke einer vergleichenden Betrachtung mit einbeziehen.

Wichtige Anforderungen an die Bedarfsermittlung sind und bleiben: Diese muss

1. umfassend,
2. funktionsbezogen,
3. individuell und
4. zielorientiert

erfolgen. Der mehrfache Einsatz von Instrumenten, Doppelerhebungen zulasten von Menschen mit Behinderungen und weitere kostenaufwändige Verfahrensschritte sind zu vermeiden.

Mit diesen Thesen möchte ich an dieser Stelle mein Grußwort schließen. Ich danke für Ihr Interesse und Ihre Aufmerksamkeit und wünsche Ihnen für die heutige Arbeitstagung anregende Diskussionen und gutes Gelingen.

Meine Damen und Herren, ich wünsche uns allen eine anregende Diskussion und fruchtbare Gespräche – gerne auch und das sage ich natürlich mit einem Augenzwinkern – beim Essen.

Ich bedanke mich für Ihr Zuhören!

Wie können behinderte Menschen partizipieren? – Subjektperspektive und Partizipation von Leistungsberechtigten im Lichte der ICF bei Bedarfsermittlung LTA

Prof. Dr. Marianne Hirschberg (Hochschule Bremen)

Wie können behinderte Menschen partizipieren? –

Subjektperspektive und Partizipation von Leistungsberechtigten im Lichte der ICF bei Bedarfsermittlung LTA

**Arbeitstagung des b3-Projektes
Basiskonzept für die
Bedarfsermittlung in der
beruflichen Rehabilitation**

Berlin 23. Mai 2017

Prof. Dr. Marianne Hirschberg
Hochschule Bremen

1

Gliederung

1. Menschenrechte als Analyse-Instrument und normative Grundlage für Politik
2. Behinderung gemäß ICF und BRK für LTA
3. Partizipation des Subjekts in LTA?
4. Barrierefreiheit und Angemessene Vorkehrungen
5. Schlussfolgerungen

Prof. Dr. Marianne Hirschberg
Hochschule Bremen

2

BRK und ICF im Zusammenhang

- UN-Behindertenrechtskonvention in Deutschland seit 26.03.2009 verbindlich
- Entstehungszusammenhang
 - Menschenrechte als Antwort auf strukturelle Unrechtserfahrungen
- ICF als Klassifikation mit dem Ziel der Ermöglichung von Teilhabe
(WHO 2001, Welti 2005, Hirschberg 2009)
- Behinderung als Ergebnis der Wechselwirkung mehrerer Komponenten zwischen individuellen Gesundheitsbeeinträchtigungen und Umwelt- und Einstellungsbedingten Barrieren
(WHO 2001: 212f., Art. 1, Art. 2, Präambel e BRK)

Prof. Dr. Marianne Hirschberg
Hochschule Bremen

3

Behinderung als Potentialität

- **Alle Menschen** haben eine (chronische) Erkrankung, Störung oder Behinderung zu einer **bestimmten Zeit** ihres Lebens
(WHO/World Bank 2011)
- Verletzlich zu sein (physisch, psychisch oder sozial), Schmerzen zu empfinden und abhängig von anderen zu sein, ist **charakteristisch** für alle Menschen – in je unterschiedlicher Intensität
(Good et al. 1992, Nussbaum 1999, Levinas 1995)

Folgerungen:

- Menschen sind "temporarily or momentarily able-bodied"
(Davis 2002, Zola 1993)
- **Spektrum** von Gesundheit und Funktionsfähigkeit; keine Dichotomie zwischen Normalität und Abweichung (Gesundheit und Krankheit, Funktionsfähigkeit und Behinderung) (Hirschberg 2009)
- **Verletzlichkeit** und **Abhängigkeit** sind menschliche **Charakteristika** (Hirschberg 2017)

Prof. Dr. Marianne Hirschberg
Hochschule Bremen

4

LTA: am Subjekt orientiert?

- Inwiefern orientiert sich die Bedarfsermittlung LTA am Subjekt? (vgl. subjektwiss. Theorie Holzkamp 1988)
 - Wie werden die **Interessen des Subjekts** aufgenommen?
 - Wie wird die **Perspektive des Subjekts** bei den angebotenen Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben berücksichtigt?
- Inwieweit ist es für das Subjekt möglich, menschenrechtsbasiert gleichberechtigt am Arbeitsleben mit anderen (nichtbehinderten) Menschen teilzunehmen? (vgl. Art. 27 BRK)
 - Wie können behinderte Menschen über ihre LTA **mitbestimmen**, also **selbst bestimmt teilhaben**?
 - Oder werden sie eher **unter das wohlfahrtsstaatliche Regime** der LTA **unterworfen**? (vgl. Foucault 1978)

Prof. Dr. Marianne Hirschberg
Hochschule Bremen

5

Partizipation in der LTA: Wie ermöglicht?

- Inwiefern orientiert sich die Bedarfsermittlung LTA am Menschenrechtsgrundsatz der Partizipation? (Art. 3c BRK, Hirschberg 2010)
- Inwieweit wird es behinderten Menschen durch LTA ermöglicht, „ihren Lebensunterhalt durch Arbeit zu verdienen, die in einem **offenen, inklusiven** und für Menschen mit Behinderungen **zugänglichen** Arbeitsmarkt und Arbeitsumfeld **frei gewählt** oder **angenommen** wird“? (Art. 27 BRK)
 - Wie sind die Arbeits- und Beschäftigungsbedingungen gestaltet, z.B. Arbeitnehmervertretung und Schutz vor Gewalt und Belästigungen? (Art. 27b, c BRK)
 - Wie werden die MR-Prinzipien der Barrierefreiheit, Nicht-Diskriminierung und Einbeziehung in die Gemeinschaft bei LTA verwirklicht? (Art. 3b, c, f BRK)

Prof. Dr. Marianne Hirschberg
Hochschule Bremen

6

LTA als Instrument für wen, von wem?

- Wie kann LTA behinderten Menschen Partizipation ermöglichen, die diese wirklich mitbestimmen lässt und nicht nur (passiv oder nachrangig) be-teiligt?
 - Jahrzehntelange Separationsstrukturen behinderter Menschen reflektieren und abbauen
 - Jahrzehntelange strukturelle Geringschätzung und fehlende Förderung der behinderten (höchst diversen) Bevölkerung reflektieren und ändern
 - **Behinderung und Nichtbehinderung als Teil der menschlichen Vielfalt** begreifen (Art. 3d BRK, Degener 2015)
 - LTA an den Wünschen, Fähigkeiten und Lern-/ Ausbildungsinteressen der **behinderten Menschen als gleichberechtigter Menschenrechtssubjekte** ausrichten

Prof. Dr. Marianne Hirschberg
Hochschule Bremen

7

MR-Charakteristika von Barrierefreiheit

In Bezug auf LTA, mit dem Ziel der Umsetzung des Rechts auf Zugang zum allg. Arbeitsmarkt (Art. 26, 27 BRK)

Entscheidung des Ausschusses für Umsetzung des **Zwei-Sinne-Prinzips** in ÖPNV, Einzelfallbeschwerde (F gg. Austria, CRPD/C/14/D/21/2014)

- **„Zur Förderung der Gleichberechtigung und zur Beseitigung von Diskriminierung** unternehmen die Vertragsstaaten **alle** geeigneten Schritte, ...“
(Art. 5, Abs. 3, in Verb. mit Art. 2 Uäbs. 3&4)
- **Besondere Maßnahmen zur „Herbeiführung der tatsächlichen Gleichberechtigung** gelten nicht als **Diskriminierung**“ (Art. 5 Abs. 4)
- **Zugänglichkeit von IKT**: **Beschilderungen in Braille** und in leicht lesbarer und verständlicher Form in öffentlichen Einrichtungen (Art. 9 Abs. 1b, Abs. 2d)
- **Zugang zu Informationen**: **„rechtzeitig und ohne zusätzliche Kosten in zugänglichen Formaten und Technologien“** für unterschiedliche Behinderungen geeignet (Art. 21 a)

Prof. Dr. Marianne Hirschberg
Hochschule Bremen

Prof. Dr. Marianne Hirschberg: Wie können behinderte Menschen partizipieren? – Subjektperspektive und Partizipation von Leistungsberechtigten im Lichte der ICF bei Bedarfsermittlung LTA

Möglicher Barrierenabbau... I

Physischer Barrieren:



Rollstuhlfahrerin
vor einer Treppe



Seicht ansteigende Rampe

Prof. Dr. Marianne Hirschberg
Hochschule Bremen

Möglicher Barrierenabbau... II

Visueller Barrieren:



Buch in Schwarzschrift



Tastplan Innenstadt Flensburg



Buch in Brailleschrift

Prof. Dr. Marianne Hirschberg
Hochschule Bremen

Prof. Dr. Marianne Hirschberg: Wie können behinderte Menschen partizipieren? – Subjektperspektive und Partizipation von Leistungsberechtigten im Lichte der ICF bei Bedarfsermittlung LTA

Möglicher Barrierenabbau... III

Akustischer Barrieren:



Referentin vor Publikum ohne
Gebärdensprachdolmetschung



Gebärdensprachdolmetscher
auf einem Bildschirm

Prof. Dr. Marianne Hirschberg
Hochschule Bremen

Anforderungen an barrierefreie Räume

Erreichbarkeit

- Ebenerdiger** Zugang, in höheren Etagen: **mind. 2 Fahrstühle**
- Automatische Türen oder Türen mit Zuziehstange

Ausstattung

- Handlaufinformationen an den Rampengeländern
- Abgesenkte Raumbeschilderung, Türklinken und Lichtschalter
- Stühle mit Aufstehhilfen (Armlernen)
- Videoprojektion für **Gebärdendolmetschereinsatz**
- Stationäre **Induktionsschleifen** in mehreren Räumen
- Taktile und visuelle** Bodeninformationen im Innen- und Außenbereich
- Taktile und visuelle** Raumbeschilderung und Übersichtspläne
(vgl. Veranstaltungszentrum Der kleine Prinz, Duisburg)

Prof. Dr. Marianne Hirschberg
Hochschule Bremen

Prof. Dr. Marianne Hirschberg: Wie können behinderte Menschen partizipieren? – Subjektperspektive und Partizipation von Leistungsberechtigten im Lichte der ICF bei Bedarfsermittlung LTA

Angemessene Vorkehrungen

Ergänzung zu **struktureller** Barrierefreiheit (Art. 9)

Ziel: Förderung der Gleichberechtigung und Beseitigung von Diskriminierung (Art. 5)

Definition: (Art. 2 Abs. 4)

- angemessene Vorkehrungen im **Einzelfall**
- notwendige** und **geeignete** Änderungen und Anpassungen
- keine unverhältnismäßige** oder unbillige Belastung
- **Hinsichtlich LTA** mit dem **Ziel** der Verwirklichung des Rechts auf Arbeit, des diskriminierungsfreien Zugangs zum Arbeitsplatz und -bedingungen (Art. 27a)
- Versagung angemessener Vorkehrungen als eigenständiger Diskriminierungstatbestand (am Arbeitsplatz) (Art. 27 i. V.m. Art. 2 Abs. 3)

Prof. Dr. Marianne Hirschberg
Hochschule Bremen

13

Strukturelle Umsetzung auch bei LTA?

Vier Strukturelemente des Rechts auf **Arbeit**

- Verfügbarkeit**
 - **Inklusiver** Arbeitsmarkt und **inklusive** Fachpersonal
- Zugänglichkeit**
 - insbesondere **Barrierefreiheit**
- Akzeptierbarkeit**
 - **Barrierefreie** Arbeits- und Beschäftigungsangebote
- Anpassungsfähigkeit**
 - **Inklusion** als internationaler Standard

(General Comment Nr. 14, Committee on Economic, Social and Cultural Rights 2000)

Prof. Dr. Marianne Hirschberg
Hochschule Bremen

14

Prof. Dr. Marianne Hirschberg: Wie können behinderte Menschen partizipieren? – Subjektperspektive und Partizipation von Leistungsberechtigten im Lichte der ICF bei Bedarfsermittlung LTA

Schlussfolgerungen

- Subjektorientierung gegeben?
- Partizipation als Mitbestimmung umgesetzt?
- Barrieren gegenüber der Teilhabe am Arbeitsleben abgebaut?

Ziel bis 2019 erreicht?!

- Behinderten Menschen als Menschenrechtssubjekten Leistungen bieten, mit denen diese gleichberechtigt am allgemeinen Arbeitsleben teilhaben können
- Abbau separierender Arbeits- und Beschäftigungsstrukturen

Prof. Dr. Marianne Hirschberg
Hochschule Bremen

15

Ich danke Ihnen für
Ihre Aufmerksamkeit!

Prof. Dr. Marianne Hirschberg
Hochschule Bremen

16

**Das Bedarfsermittlungskonzept: Wo kommen wir her? Wo stehen wir?
Wo wollen wir hin?**

Dr. Michael Schubert (BAR)

**Wo kommen wir her?
Wo stehen wir?
Wo wollen wir hin?**

Basiskonzept für die
Bedarfsermittlung
in der beruflichen Rehabilitation

18.08.2017

Gefördert durch:
Bundesministerium
für Arbeit und Soziales
aus Mitteln des Ausgleichsfonds

Ergebnisse der Machbarkeitsstudie

- Vielzahl im Kontext der Bedarfsermittlung eingesetzter Instrumente und Verfahren
- Entwicklungspotenziale
 - Kommunikation im Rehabilitationsprozess
 - Konvergenz von Instrumenten und Verfahren
 - Passgenauigkeit von Leistungen
- Keine einheitliche Grundlagen für Instrumente und Verfahren der Bedarfsermittlung

18.08.2017

BAR
Berufsbildungsgesellschaft
für Rehabilitation

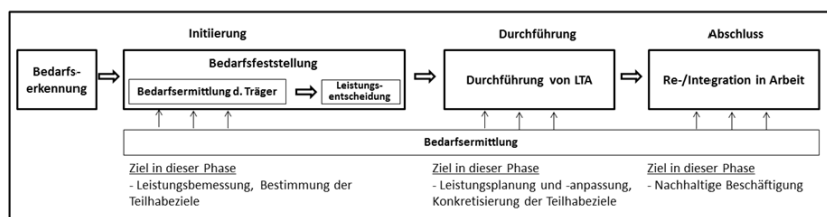
h²
Hochschule
Magdeburg-Cottbus

Die Berufsbildungswerke
als Koordinierungsstelle für insgesamt acht
Arbeitsgemeinschaften zur beruflichen Rehabilitation

1

Dr. Michael Schubert: Das Bedarfsermittlungskonzept: Wo kommen wir her? Wo stehen wir? Wo wollen wir hin?

Bedarfsermittlung im Kontext eines idealisierten Rehabilitationsprozesses



18.08.2017



Die Berufsbildungswerke
als Koordinierungsstelle von insgesamt acht
Arbeitsgemeinschaften zur beruflichen Rehabilitation



3



- Fachliche Bedeutung der Bedarfsermittlung
- Sozialpolitische und -rechtliche Bedeutung

18.08.2017



Die Berufsbildungswerke
als Koordinierungsstelle von insgesamt acht
Arbeitsgemeinschaften zur beruflichen Rehabilitation



4

Dr. Michael Schubert: Das Bedarfsermittlungskonzept: Wo kommen wir her? Wo stehen wir? Wo wollen wir hin?

Einheitliche Grundlagen der Bedarfsermittlung durch das BTHG?



- Pflicht zur Verwendung systematischer Arbeitsprozesse und standardisierter Arbeitsmittel (Instrumente) zur einheitlichen und überprüfbaren Ermittlung des individuellen Rehabilitationsbedarfs
- Verpflichtung der Erarbeitung gemeinsamer, trägerübergreifender Grundsätze zu Instrumenten der Bedarfsermittlung (§ 13 (1) i. V. m. § 26 (2) Nr. 7 und § 39 (2) Nr. 2 SGB XI-neu)
- formulierte Mindestanforderungen, was die Instrumente der Bedarfsermittlung nachprüfbar zu leisten haben. (§ 13 (2) SGB IX-neu)
- Kommende „Wirkungsuntersuchung/Implementationsstudie“ zu Instrumenten im Auftrag des Bundes (§ 13 (3) SGB IX-neu)

18.08.2017



Die **Berufsbildungswerke**
als Koordinierungsstelle von insgesamt acht
Arbeitsgemeinschaften zur beruflichen Rehabilitation



5

Zielstellung: b3 – das Bedarfsermittlungskonzept



- Ziel des Projektes ist ein Bedarfsermittlungskonzept, das der Vielzahl der Instrumente/Verfahren einen übergreifenden Bezugsrahmen gibt.
- Konkret soll das Konzept unter Nutzung des bio-psycho-sozialen Modells der WHO Handlungsprozessen und Arbeitsmitteln eine gemeinsame Grundlage geben.
- Perspektivisch soll das Bedarfsermittlungskonzept als gemeinsame Grundlage für Weiterentwicklungen von Bedarfsermittlungsprozessen, Instrumenten und Verfahren im Feld der beruflichen Rehabilitation dienen.

18.08.2017



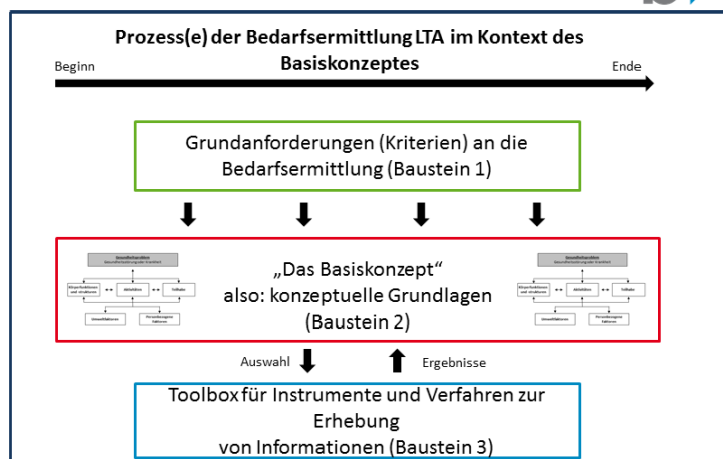
Die **Berufsbildungswerke**
als Koordinierungsstelle von insgesamt acht
Arbeitsgemeinschaften zur beruflichen Rehabilitation



6

Dr. Michael Schubert: Das Bedarfsermittlungskonzept: Wo kommen wir her? Wo stehen wir? Wo wollen wir hin?

Wie ist das Basiskonzept eingebettet?



18.08.2017



Die Berufsbildungswerke
als Koordinierungsstelle von insgesamt acht
Arbeitsgemeinschaften zur beruflichen Rehabilitation



7

Grundanforderungen der Bedarfsermittlung - Fragen



- Welche Grundanforderungen sind an die Bedarfsermittlung bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben zu stellen?
- Was bedeuten diese Grundanforderungen jeweils praktisch für das Handeln der Akteure und für die Ausgestaltung von Leistungsprozessen?
- Wie sind die Grundanforderungen praktisch umzusetzen?

18.08.2017



Die Berufsbildungswerke
als Koordinierungsstelle von insgesamt acht
Arbeitsgemeinschaften zur beruflichen Rehabilitation



8

Dr. Michael Schubert: Das Bedarfsermittlungskonzept: Wo kommen wir her? Wo stehen wir? Wo wollen wir hin?

Grundlagen für Handlungsprozesse - Fragen



- Ausgangsfragen für die Handlungsprozesse der Reha-Fachkräfte sind:
- Welche Aspekte sind grundlegend?
- Welche Informationen (Inhalte) sind relevant?
- Wie können diese erhoben werden?

18.08.2017

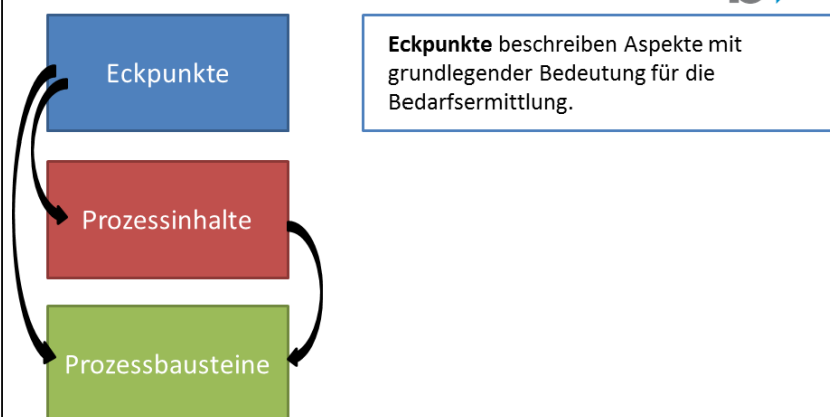


Die **Berufsbildungswerke** als Koordinierungsstelle von insgesamt acht Arbeitsgemeinschaften zur beruflichen Rehabilitation



9

Konzeptuelle Grundlagen



18.08.2017

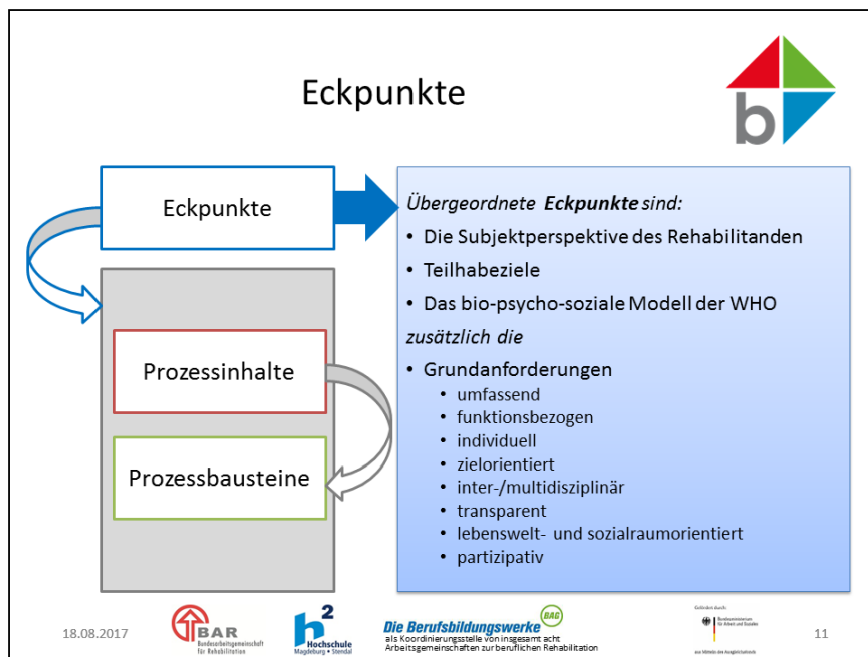


Die **Berufsbildungswerke** als Koordinierungsstelle von insgesamt acht Arbeitsgemeinschaften zur beruflichen Rehabilitation




10

Dr. Michael Schubert: Das Bedarfsermittlungskonzept: Wo kommen wir her? Wo stehen wir? Wo wollen wir hin?



Dr. Michael Schubert: Das Bedarfsermittlungskonzept: Wo kommen wir her? Wo stehen wir? Wo wollen wir hin?



Das Bedarfsermittlungskonzept
Basiskonzept - Bedarfsermittlung - Berufliche Rehabilitation



Umfassend

- Erfassung des Teilhabebedarfs einer Person in seiner Gesamtheit
- Bezogen auf den individuellen Bedarf und somit unabhängig von Zuständigkeiten und Leistungen
- Die im Einzelfall weiteren relevanten Akteure sind zu informieren und zu beteiligen



Funktionsbezogen

- Nutzung des bio-psycho-sozialen Modells
- Ausgehend von einem Gesundheitsproblem einer Person werden Informationen zu
 - Körperfunktionen und –strukturen
 - Aktivitäten und Teilhabe
 - Umweltfaktoren und personbezogene Faktoren
 sowie die Wechselwirkung zueinander erfasst


18.08.2017

Die Berufsbildungswerke
als Koordinierungsstelle von insgesamt acht Arbeitsgemeinschaften zur beruflichen Rehabilitation

13



Das Bedarfsermittlungskonzept
Basiskonzept - Bedarfsermittlung - Berufliche Rehabilitation



Individuell

- Ausrichtung aller Handlungsschritte an der einzelnen Person
- Ausgangspunkt ist das Individuum mit seinen jeweiligen Kompetenzen und Unterstützungsbedarfen
- Wünsche, Vorstellungen und Bedürfnisse sind zu ermitteln und im weiteren Verlauf zu berücksichtigen



Zielorientiert

- Auf Grundlage eines übergeordneten Teilhabeziels entsprechende Teilziele zu dessen Erreichung festgelegt werden
- Ziele sind gemeinsam auszuhandeln, festzulegen und so genau wie möglich zu konkretisieren

18.08.2017





Die Berufsbildungswerke
als Koordinierungsstelle von insgesamt acht Arbeitsgemeinschaften zur beruflichen Rehabilitation

14

Dr. Michael Schubert: Das Bedarfsermittlungskonzept: Wo kommen wir her? Wo stehen wir? Wo wollen wir hin?









Interdisziplinär

- Berufsgruppenübergreifende Zusammenarbeit bei
 - Einholung von Befunden/Informationen
 - Beurteilung der vorliegenden Ergebnisse
 - Ausgestaltung der Leistungen
- Gemeinsamer Austausch aller an der Bedarfsermittlung beteiligten Disziplinen zur Feststellung des Teilhabebedarfs

Transparent

- Das Verfahren ist für alle Beteiligten verständlich, klar und nachvollziehbar
- Es herrscht Klarheit über
 - Inhalte der Bedarfsermittlung
 - Die einzelnen Verfahrensschritte/den Verlauf
 - Das methodische Vorgehen
- Alle Beteiligten verfügen über den gleichen Sachstand der ermittelten und erhobenen Daten

18.08.2017      15








Lebenswelt-/ sozialraumorientiert

- Berücksichtigung der individuellen Lebensbedingungen als auch der sächlichen und personalen Umwelt
- Fokussierung und Mobilisierung der Ressourcen des Menschen mit Behinderung und seines sozialen Umfeldes
- Einbezug von Möglichkeiten der Veränderung der Umwelt (nicht nur Betrachtung der Person)

Partizipativ

- Aktive Beteiligung von Menschen mit Behinderungen am Rehabilitationsprozess
- Ermöglichung von Mitwirkung und Mitbestimmung in den einzelnen Prozessschritten
- Austausch auf Augenhöhe

18.08.2017      16

Dr. Michael Schubert: Das Bedarfsermittlungskonzept: Wo kommen wir her? Wo stehen wir? Wo wollen wir hin?

Das „was“ und „warum“ - die Prozessinhalte



Die Prozessinhalte umfassen die Inhalte, die für die Bedarfsermittlung von Bedeutung und damit zu ermitteln sind.

Bestandteil jedes Prozessinhaltes:

- inhaltlichen Konturierung (**Was?**)
- Formulierung einer Relevanzbegründung (**Warum?**)
- Beschreibung von **Ergebnisparametern** zur Erfüllung (Zielerreichung)
- Indikatorgestützte Untersetzung von insb. inhaltlichen Grundanforderungen: umfassend, funktionsbezogen, individuell, zielorientiert, multi-/interdisziplinär, sozialraum-/lebensweltorientiert.
- Bezugnahme zum bio-psycho-sozialen Modell
- Bezugnahme zu § 13 SGB IX-E (Arbeitsmittel)

18.08.2017




17

Inhalte der Bedarfsermittlung

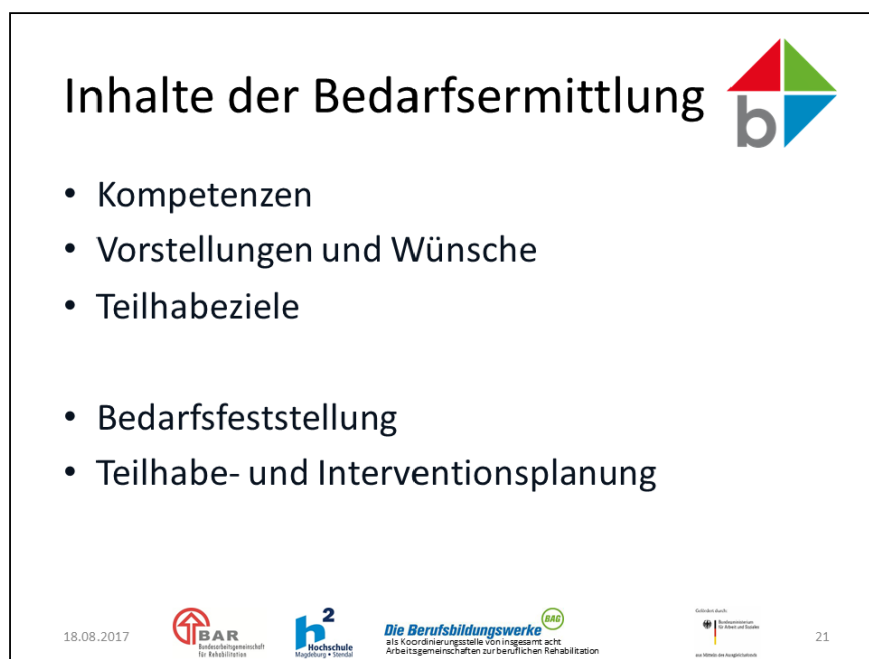
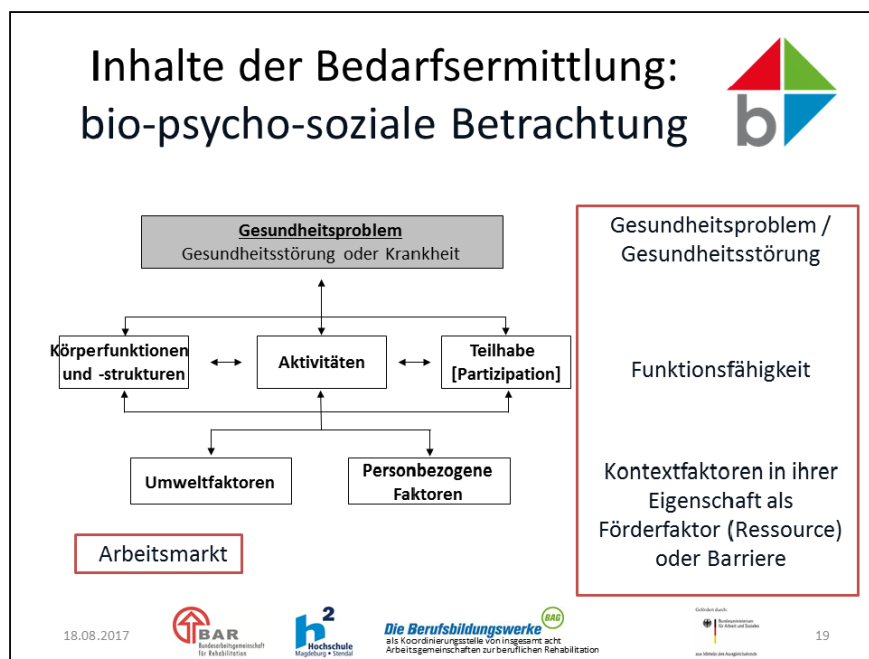
- Persönliche Grunddaten
 - Daten zur Person
 - Schulischer Werdegang
 - Berufsbiographische Angaben

18.08.2017

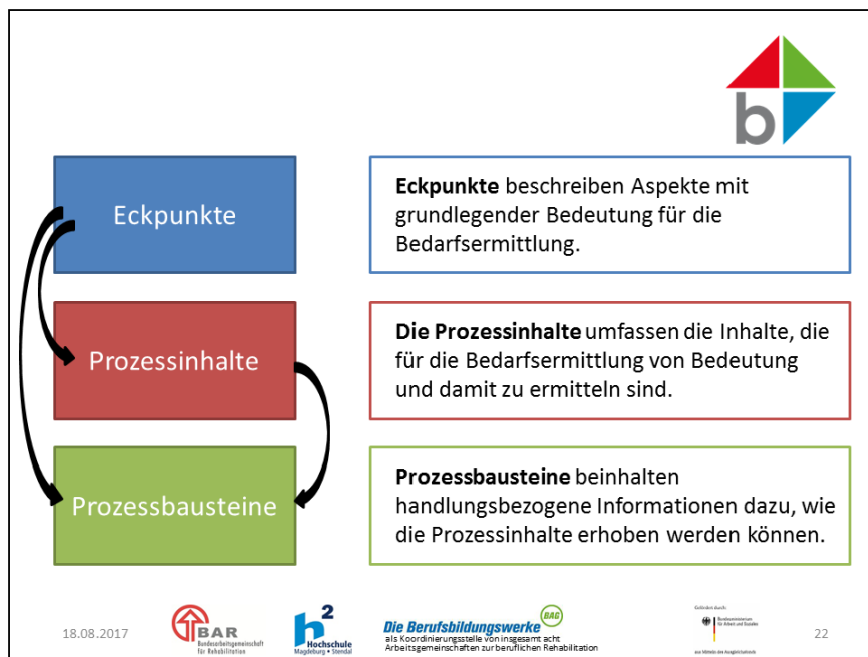


18

Dr. Michael Schubert: Das Bedarfsermittlungskonzept: Wo kommen wir her? Wo stehen wir? Wo wollen wir hin?



Dr. Michael Schubert: Das Bedarfsermittlungskonzept: Wo kommen wir her? Wo stehen wir? Wo wollen wir hin?



Instrumentenanalyse – Ziele

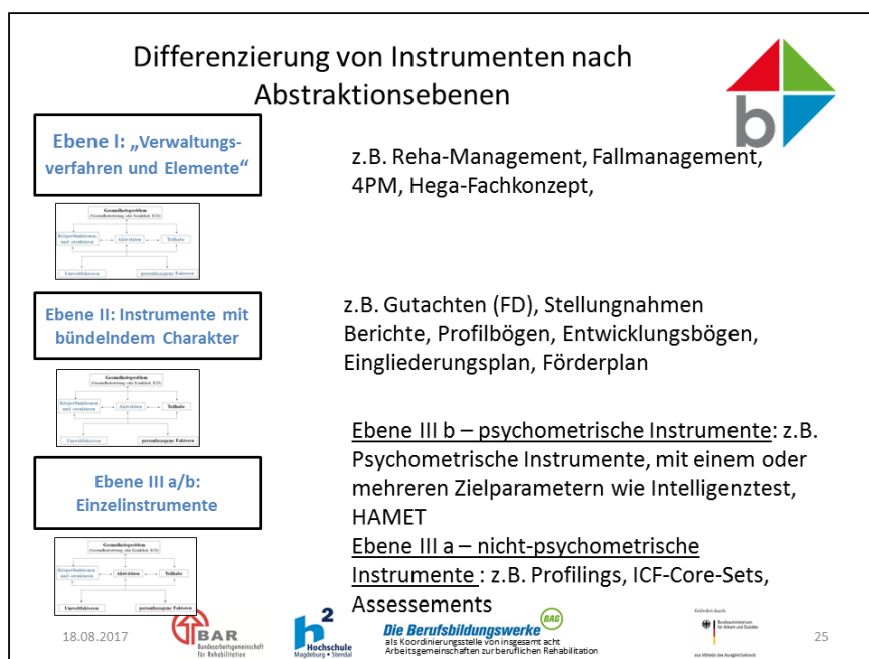
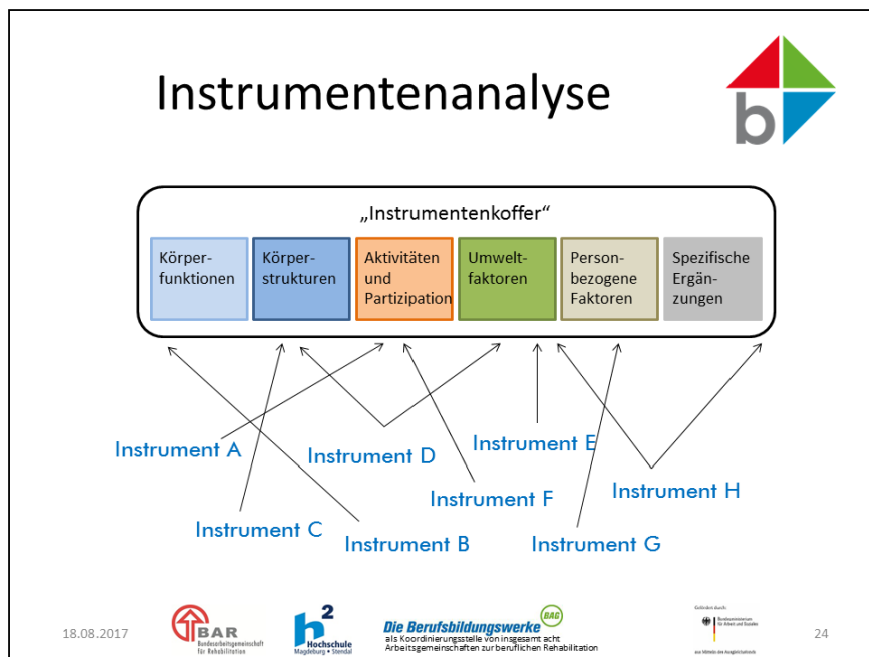
- systematische Zuordnung eingesetzter Instrumente und Verfahren zu den Komponenten des bio-psycho-sozialen Modells der WHO.
- Systematisierung der Vielzahl aktuell eingesetzter Instrumente und Verfahren der Bedarfsermittlung
- Zusammenfassung aktuell eingesetzter Instrumente in einer übersichtlichen Datenbank (Toolbox), die Zuordnungen der Instrumente zum bio-psycho-sozialen Modell enthält.

18.08.2017

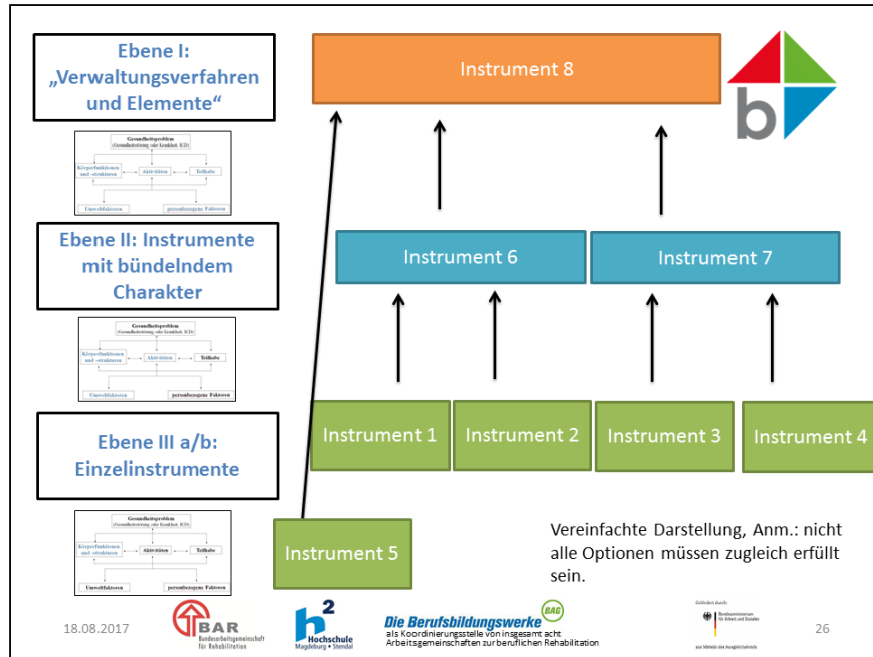


23

Dr. Michael Schubert: Das Bedarfsermittlungskonzept: Wo kommen wir her? Wo stehen wir? Wo wollen wir hin?



Dr. Michael Schubert: Das Bedarfsermittlungskonzept: Wo kommen wir her? Wo stehen wir? Wo wollen wir hin?





Arbeitsgruppenphase

AG 1: Subjektperspektive und Partizipation

Moderation: Sarah Viehmeier und Martina Gassel (Wissenschaftliche Mitarbeiterinnen b3)

Leitfrage

Wie kann im Verlauf der Bedarfsermittlung die Partizipation der Leistungsberechtigten gewährleistet und damit auch die Berücksichtigung von deren subjektiver Perspektive sichergestellt werden?

Einführung

Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft von Menschen mit Behinderung sind – verbunden mit dem Leitparadigma der Inklusion – seit Langem wichtige gesellschaftliche Zielstellungen. Zur Erreichung dieser Zielsetzung werden insbesondere Leistungen zur Teilhabe erbracht.

Damit das Ziel der gesellschaftlichen Teilhabe bestmöglich erfüllt werden kann, müssen Leistungen zur Teilhabe passgenau ausgestaltet werden. Hierfür ist eine aktive Einbeziehung des Menschen mit Behinderung maßgeblich. Da das Recht auf gleichberechtigte Teilhabe zeit- und ortsunabhängig besteht, ist es selbstverständlich, dass auch bei der Bedarfsermittlung in der beruflichen Rehabilitation sowohl den Rechten als auch der Perspektive des Individuums über den gesamten Prozess angemessenen Rechnung zu tragen ist.

Ziel der Diskussion ist es herauszuarbeiten, wie in der zukünftigen Praxis der Bedarfsermittlung die Anforderungen von Partizipation und die Berücksichtigung der Subjektperspektive erfolgreich implementiert und anhand welcher Merkmale deren Umsetzung überprüft werden können.

Bearbeitete Fragestellungen in der Arbeitsgruppe

1. Was zeichnet eine aktive Einbindung der leistungsberechtigten Person in den Prozess der Bedarfsermittlung aus?
2. In welchen Phasen der Bedarfsermittlung kann eine aktive Beteiligung bewerkstelligt werden? Gibt es Bereiche, bei denen eine Beteiligung nur eingeschränkt möglich ist?
3. Was sind wesentliche Elemente der Subjektperspektive des/der Leistungsberechtigten und wie können diese innerhalb der Bedarfsermittlung erhoben werden?

Ergebnisse

In der Diskussion um die **Subjektperspektive** werden im Wesentlichen zwei Aspekte deutlich: Zum einen beinhaltet die Subjektperspektive die Betrachtung der persönlichen Lebenssituation sowie des Kontextes einer Person. Zum anderen ist die Selbsteinschätzung und Selbstwahrnehmung der Person – insbesondere in Bezug auf die individuellen Fähigkeiten – von zentraler Bedeutung.

Herausforderungen in der Praxis der Bedarfsermittlung liegen nach Auffassung der Teilnehmenden in der konkreten Erhebung der Subjektperspektive. Die Frage, wie (und mit welchen Mitteln) diese Perspektive erhoben werden kann, blieb in der Arbeitsgruppe offen. Bestehende Instrumente lassen wenig Raum für detaillierte Dokumentationen. Dabei wird von einigen Teilnehmenden herausgestellt, dass es immer einer qualitativen Komponente im Sinne einer Interpretation erhobener Befunde

Arbeitsgruppenphase

de bedarf, um die Person adäquat beschreiben bzw. einordnen zu können. Als Herausforderung wird in diesem Zusammenhang auch die Zusammenführung von subjektiven Einschätzungen und „objektiven“ Befunden gesehen.

Probleme in der Praxis entstehen zudem, wenn es betroffenen Personen schwer fällt, ihre eigenen Neigungen/Interessen erkennen und äußern zu können. Hier ist die Reha-Fachkraft aufgefordert – durch entsprechende Sensibilisierung – zu reagieren, beispielsweise durch die Bereitstellung

Grundsätzlich gilt Transparenz als Voraussetzung für jegliche **Partizipation** innerhalb der Bedarfsermittlung. Erst durch eine verständliche Informationsvermittlung und die gleiche Kenntnis des Sachstandes kann eine aktive Beteiligung in Form eines Austauschs auf Augenhöhe gewährleistet werden. Auf Seiten der Professionellen bedarf es vor allem ausreichender zeitlicher Ressourcen sowie einer wertschätzenden Haltung gegenüber der leistungsberechtigten Person.

Die Einbindung der leistungsberechtigten Person erfolgt überwiegend über Gespräche. In der Diskussion wurden drei Phasen bzw. Prozessschritte genannt, in denen die aktive Einbindung von besonderer Relevanz ist:

- Zu Beginn der Bedarfsermittlung (Aufnahme- bzw. „Erstgespräch“),
- bei der gemeinsamen Festlegung von Teilhabezielen,
- bei der Teilhabeplanung.

Zu Beginn einer Bedarfsermittlung ist zunächst der Rahmen abzustecken. In einem persönlichen Gespräch gilt es zu klären, wozu die Bedarfsermittlung dient und wie der institutionelle Kontext beschaffen ist („Was kommt alles auf mich zu und wozu?“). Leistungsträger sollten hier den rechtlichen Rahmen, der ihre Handlungsmöglichkeiten im Wesentlichen vorgibt, darstellen: Gegenüber der leistungsberechtigten Person ist insbesondere hervorzuheben, dass sich Bedarfsermittlung in einem Spannungsfeld zwischen individuellen Erwartungen und Wünschen und rechtlichen Vorgaben/Grenzen bewegt.

Eine große Bedeutung kommt der gemeinsamen Festlegung von Teilhabezielen zu. Nur wenn diese Ziele im Sinne einer Vereinbarung gemeinsam entwickelt werden und alle Beteiligten das gleiche Ziel verfolgen, kann die Rehabilitation gelingen. Bei der sich an die Bedarfsermittlung anschließenden Teilhabeplanung ist die Mitbestimmung der leistungsberechtigten Person ebenfalls wesentlich. Durch eine gemeinsame Übersetzung des Bedarfs in konkrete Hilfeleistung(en) und Teilhabeplanung können die richtigen, d.h. passgenauen, Leistungen ausgewählt werden.

Partizipation ist – über die oben genannten drei Prozessschritte hinaus – in allen Phasen der Bedarfsermittlung wichtig. Die gesamte Bedarfsermittlung ist als Aushandlungsprozess mit dem Ziel der Konsensfindung zu verstehen. So sind die einzelnen Schritte der Bedarfsermittlung mit dem Leistungsberechtigten zu besprechen und abzustimmen. Weiterhin stellt die gemeinsame Ergebnisbewertung bezüglich erhobener Befunde einen zentralen Aspekt der Partizipation dar. Die Leistungsberechtigten gelten dabei als „Experten“ ihres Bedarfs, wobei wiederum eine Offenheit bezüglich diverser Beeinträchtigungen seitens der Professionellen notwendig ist, um diesen Bedarf auch adäquat erfassen und berücksichtigen zu können.

Eine weitere Facette der Partizipation betrifft den Aspekt praktischer Erfahrungen innerhalb der Bedarfsermittlung. Einige Teilnehmende weisen darauf hin, dass es einer angemessenen „Fehlerkultur“ bedarf, d.h., dass gerade innerhalb praktischer Erprobungsphasen die Möglichkeit gegeben sein muss, sich auszuprobieren und letztlich auch scheitern zu dürfen.

Arbeitsgruppenphase



Ausblick

Die Berücksichtigung der Subjektperspektive sollte sich durchgehend und ausreichend deutlich in der Bedarfsfeststellung sowie Teilhabeplanung wieder finden. Die Herausforderung hierbei ist, wie die Subjektperspektive nachvollziehbar und handlungsleitend in die Struktur des Basiskonzeptes Bedarfsermittlung integriert werden kann (Frage nach der Operationalisierung).

Wesentliche Einzelaspekte hierbei bilden:

1. Bedeutung einer barrierefreien Kommunikation im Prozess der Bedarfsermittlung (auf dem Hintergrund von Personenzentrierung und Individualität des Leistungsberechtigten);
2. Partizipation bei der Bedarfsermittlung verfolgt das übergeordnete Ziel, im besten Falle einen Konsens über Teilhabeziele und Teilhabeplanung herzustellen („Aushandlungsprozess“);
3. Wie kann eine Zusammenführung und Bewertung subjektiver und objektiver Befunde gewährleistet werden? (hier auch: Umgang mit abweichenden Einschätzungen);
4. Bedeutsamkeit und „Notwendigkeit einer Fehlerkultur“ bei der Teilhabeplanung, was ggf. die Modifikation von Leistungen beinhaltet.

AG 2: Rehabilitationsziele

Moderation: Dr. Michael Schubert (Projektleiter b3)

Leitfrage

Wie erfolgt eine Abstimmung bzw. Aushandlung über konkrete Rehabilitationsziele?

Einführung

Transparenz über Ziele und Wege der Rehabilitation sind Voraussetzungen für eine aktive Mitwirkung von Menschen mit Behinderung an „ihrer“ Rehabilitation. Die Weichen hierfür werden bereits bei der Bedarfsermittlung gestellt.

In vielen Sektoren der Rehabilitation werden daher heute entsprechende Zielvereinbarungen mit den Leistungsberechtigten abgeschlossen, sowohl auf Seiten der Leistungsträger wie auch Leistungserbringer.

Doch wie gelangt man eigentlich zu derartigen Vereinbarungen? Was geht dem voraus? Und um welche Ziele geht es dabei genau?

In der AG 2 wollen wir den Blick schärfen auf Teilhabeziele, die zwischen dem übergeordneten Leitziel „Integration in Arbeit/Beschäftigung“ und möglichen Handlungs- bzw. Interventionszielen stehen.

In der AG 2 steht der Prozess zur Abstimmung bzw. Aushandlung derartiger Teilhabeziele im Mittelpunkt. Ziel der Diskussion ist es herauszuarbeiten, wie die zukünftige Praxis der Bedarfsermittlung den Anforderungen an Partizipation und Selbstbestimmung einerseits sowie an die Formulierung realistischer Ziele andererseits genügen kann. Wo besteht hierbei weitgehend ein Konsens, wo liegen mögliche Differenzen bei den Akteuren?

Arbeitsgruppenphase

Bearbeitete Fragestellungen in der Arbeitsgruppe

1. Woran sollten sich konkrete Rehabilitations- bzw. Teilhabeziele generell orientieren?
2. Welche Ziele mit Leistungsberechtigten werden heute konkret in den unterschiedlichen Organisationen vereinbart? (Inhalt, Form)
3. Wann ist ein Ziel aus ihrer Sicht realistisch?
4. Welche Voraussetzungen sollten aus ihrer Sicht gegeben sein, damit Teilhabeziele zwischen der Person und der Organisation vereinbart werden können?

Ergebnisse der Arbeitsgruppe

Die Diskussion in der Arbeitsgruppe drehte sich um folgende Aspekte:

1. Zielentwicklung

Die Wechselwirkung aus „Diagnostik“ und Ziel wurde deutlich hervorgehoben. Demnach bedinge das eine immer das andere; dies insbesondere, da über die „Diagnostik“ Sachverhalte konkretisiert werden könnten, was wiederum zu konkreten Zielen führt. Andersherum gibt das Ziel die Ausrichtung der „Diagnostik“ vor. Damit ist der Prozess der Zielkonkretisierung ein iterativer. Konkret wurde ferner genannt, dass sich die Zielfindung und -entwicklung an den individuellen Stärken (Ressourcen, Fähigkeiten) ausrichten sollte.

2. Zielebenen

Aus diversen Nennungen konnte eine Zielpyramide entwickelt werden. Eine Dreistufigkeit bot sich dabei an, welche anhand von Beispielen konkretisiert wurden.

- Zielebene 1: Teilhabe am Arbeitsleben; aber auch Selbstständigkeit
- Zielebene 2: Ausbildungsabschluss; Steigerung der Leistungsfähigkeit; Fachkonzepte; Herstellen der Ausbildungsreife; Erlangen der Berufsreife; Leistungsziel
- Zielebene 3: Personale Kompetenzen; Soziale Aspekte; Teilziele/Einzelziele (berufl. und/oder allgemeine); weitere Teilziele wie Basiskompetenzen, Förder-/Stützunterricht; Einzelmaßnahme als Konsequenz eines Ziels

3. Realistische Ziele

Hinsichtlich der Frage, wie sich aus Zielvorstellungen realistische, und damit erreichbare Ziele filtern oder ableiten lassen, wurden verschiedene Facetten eingebracht und gemeinsam diskutiert. Verdichtend lassen sich drei Betrachtungsaspekte zusammenfassen:

- Möglichkeiten und Grenzen des Arbeitsmarktes, als Ort und Rahmen individueller Teilhabe
- Erreichbarkeit von Zielen aus der aktuellen individuellen Situation heraus, womit – im Sinne eines Zeitlichkeitsaspektes – die Frage nach der zielführenden Reihung von (Sub-) Zielen, aufbauend auf die jeweiligen Voraussetzungen, zu beantworten ist: Was ist wann erreichbar?
- Bildung und Beurteilung von Zielen unter Berücksichtigung der gesundheitlichen Situation, gesundheitlichen Ausschlussgründen, individuellen Fähigkeiten sowie der Eignung und Neigung.



4. Voraussetzungen und Bedingungen der Entwicklung und Festlegung von Teilhabezielen

Hier wurde eine Reihe von Punkten diskutiert, die für eine gute „Zielarbeit“ bedeutsam sind:

- Zeit und Aufwand für die „Zielarbeit“
- Persönlicher Austausch und professionelle Beratung bei der „Zielarbeit“
- „Zielarbeit“ ist Kommunikationsarbeit: das individuell Machbare vermitteln, das Ziel besprechen und den Weg dahin erörtern
- Transparenz über Ziele
- Ziele müssen „getragen“ werden. Bei der Zieldefinition müssen alle Beteiligten „Zutrauen“ haben; Commitment.
- Überprüfbarkeit von Zielen
- Ziele brauchen Spielraum (Anpassungsmöglichkeiten, Korridore des Erreichens)
- Nachjustierbarkeit von Zielen (Veränderlichkeitsaspekt)
- Die Erreichung von Zielen erfordert Ressourcen sowie persönliche Unterstützung: Ziele zu erreichen ist Arbeit, die im Rehabilitationsprozess unterstützt werden muss → dieser Aspekt reicht über die Bedarfsermittlung hinaus bis hin zum Umsetzungsprozess.

5. Weitere Einzelaspekte/Facetten

- Die Zielarbeit unterscheidet sich bei der Erst- und Wiedereingliederung.
- Der Zielentwicklung liegt ein Aushandlungsprozess zu Grunde; die mit Zielen verbundenen Chancen bilden hierbei ein zentrales Element.
- Eine Frage bei der Zielarbeit ist: Wo differieren die Perspektiven der beteiligten Akteure?
- Vor der Festlegung von Zielen sind die Vor- und Nachteile zu erarbeiten/abzuwägen.
- Nicht zuletzt: LTA hat auch Grenzen! Es sind nicht alle Wünsche realisierbar.
- Plädoyer fürs Ausprobieren (Fehlertoleranz): Nach der Bedarfsermittlung ist ein Scheitern nicht auszuschließen.

Ausblick

Die Verständigung auf und die Vereinbarung über realistische Ziele zwischen Leistungsberechtigten und professionellen Akteuren (von Seiten der Leistungsträger und –erbringer), bildet eine wesentliche Grundlage für die Bedarfsermittlung und die damit verbundene Reha- bzw. Teilhabeplanung. Aus Zielen können sich Ansätze zur Bedarfsermittlung und aus Ergebnissen der Bedarfsermittlung können sich Ziele ergeben.

Da „die Wirklichkeit komplizierter ist als jedes Modell“, ist die Aushandlung und Festlegung konkreter Ziele methodisch wie auch inhaltlich häufig eine sehr komplexe Aufgabe und stellt kommunikativ an alle Beteiligten hohe Anforderungen.

Arbeitsgruppenphase

AG 3: Umweltfaktoren: Schwerpunkt Sozialraum/Lebensraum

Moderation: Rainer Lentz, Bia von Raison (Projektmitarbeiter b3)

Leitfrage

Welche Rolle spielt die soziale und materielle Umwelt bei der Bedarfsermittlung? Welche Einflussmöglichkeiten auf spezifische Umweltfaktoren gibt es in der Praxis?

Einführung

Beeinträchtigungen der Teilhabe einer Person können – nach dem der ICF zugrundeliegenden bio-psycho-sozialen Modell – als Ergebnis der Wechselwirkung zwischen dem gesundheitlichen Problem einer Person einerseits und jeweiligen Kontextfaktoren andererseits angesehen werden. Zum Kontext zählen maßgeblich Faktoren der Umwelt. Denn die soziale wie auch materielle Umwelt kann die Teilhabesituation einer Person positiv wie negativ beeinflussen (Förderfaktor bzw. Barriere) und ist damit – neben anderen Faktoren – ein mögliches Handlungsfeld für eine wirksame Rehabilitation.

In der AG 3 soll der Frage nachgegangen werden, welche Umweltfaktoren in der konkreten Lebenswelt bzw. im Sozialraum eines Menschen (mit Teilhabebeeinträchtigung) besonders wesentlich sind?

- Wie können derartige Umweltfaktoren praktisch identifiziert und erhoben werden?
- Woran ist im Rahmen einer Bedarfsermittlung zu erkennen, ob es sich im Einzelfall um eine Barriere oder ggf. um einen Förderfaktor handelt?
- Wie werden potentielle Einflussmöglichkeiten auf diese Faktoren eingeschätzt? Welche Erfahrungen gibt es dazu?
- Welche Faktoren haben bei der Bedarfsermittlung im Kontext der beruflichen Rehabilitation eine herausragende Rolle und sollten daher in jedem Falle betrachtet werden?

Es ist davon auszugehen, dass viele derartige Umweltfaktoren bereits heute bei der Bedarfsermittlung betrachtet werden, auch wenn sie nicht explizit als Umweltfaktoren im Sinne der ICF gekennzeichnet sind.

In der Arbeitsgruppe sollen auf Basis der heutigen Reha-Fachpraxis derartige Umweltfaktoren exemplarisch unter den genannten Fragestellungen bearbeitet und analysiert werden.

Neben diesem gegenseitigen Austausch wollen wir – im Lichte des Konzeptes der Umweltfaktoren der ICF – gemeinsam einen Blick in die Zukunft der Bedarfsermittlung wagen: Was wäre, wenn die Lebenswelt und der Sozialraum einer Person als potentielles Handlungsfeld von Interventionen künftig im Mittelpunkt stehen würde und sich damit zusätzliche Interventionsmöglichkeiten auf tun? Wie würden sich die Arbeitsweisen der Reha-Fachkräfte hierdurch verändern?

Bearbeitete Fragestellungen in der Arbeitsgruppe

1. Was macht Räume (im Umweltsinne) bedeutsam für mich/uns? Wie muss ein „Raum“ beschaffen sein, dass ich mich gut betätigen kann bzw. Entwicklung stattfinden kann?
2. Konkrete, für LTA bedeutsame Umweltfaktoren sind ...
3. Methodik zur Identifizierung bzw. zur Erfassung relevanter Umweltfaktoren (Operationalisierung)

Arbeitsgruppenphase



Ergebnisse der Arbeitsgruppe

Neben der materiellen und sozialen Umwelt wurde von den Teilnehmenden insbesondere die Bedeutung von Werten und Haltungen als Umweltfaktor hervorgehoben. Diese Sicht auf Werte und Haltungen schließt insbesondere die Rolle, welche die professionellen Reha-Akteure (fachlich/überfachlich) einnehmen, mit ein.

Bei der Frage nach relevanten Umweltfaktoren stellten die Teilnehmenden zunächst heraus, dass zwischen der real vorhandenen Umwelt einer Person und einer potentiell förderlichen/optimalen Umwelt zu unterscheiden sei.

Wenn es dementsprechend im Einzelfall um „verschiedene“ Umwelten gehe, so sei auch der Übergang von einer Umwelt in eine andere in den Blick zu nehmen.

Konkret wurden folgende **Umweltfaktoren** benannt (Zusammenfassung der ersten und zweiten Fragestellung der Arbeitsgruppe):

- Wohnmöglichkeiten und –formen
- die Reha-Einrichtung inkl. Personal als Umweltfaktor
- med.-therapeutische Infrastruktur
- finanzielle Absicherung
- Beziehungen und soziales Netz
- Einstellungen/Haltungen z.B. von Arbeitgebern
- passendes Anforderungsprofil bei Arbeitsplätzen, z.B. auch für geringer Qualifizierte
- Fachlichkeit und Kooperation bei komplexen Anforderungen bzw. komplexen Leistungen
→interdisziplinär/Steuerfunktion: Case Management
- kulturelle Herkunft und kulturelle Teilhabemöglichkeiten

Hierbei gab es im Rahmen der Diskussion unterschiedliche Akzentuierungen, aber prinzipiell keinen Dissens.

Bei der Frage nach der Methodik zur Identifikation von Umweltfaktoren (d.h. hinsichtlich der Art und Weise der **Operationalisierung**/Erfassung) wurden unterschiedlichste Ansätze benannt:

- Unstrukturierte Erfassung (im Gespräch)
- Teilstrukturiertes Interview
- Metzler Verfahren (HMB-W und -T)
- Profiling Verfahren (BFW, RWTH Aachen)
- „JobIMPULS-Profil“ (arbeitsmarkt- und biographisch orientiert)
- ICF-Screening (BTZ)
- ICF-basiertes Profiling (A/T)

Arbeitsgruppenphase

Ausblick

Im Rahmen der Entwicklung des Basiskonzeptes ist es von Relevanz, für LTA relevante Umweltfaktoren zu identifizieren und diese beispielhaft zu konkretisieren. Hierfür bieten die Ergebnisse der Arbeitsgruppe eine gute Ausgangsbasis.

1. Zusätzliche Umweltfaktoren, die heute von Reha-Akteuren genutzt werden, lassen sich in den diversen Item-Listen (sog. ICF-Core-Sets) identifizieren. Ein Beispiel im Bereich der Eingliederungshilfe stellt der ITP-Bogen (Integrierte Teilhabepflege) dar. Diese Faktoren sollen systematisch Berücksichtigung finden.
2. Eine herausragende Stellung als Umweltfaktor stellt aus Sicht der Akteure die Reha-Einrichtung selbst dar. Dieser selbstreflexive Blick auf die Einrichtung (als Förderfaktor bzw. Barriere) sollte bei der Betrachtung der Umweltfaktoren mit Berücksichtigung finden.
3. Rehabilitation ist häufig gekennzeichnet durch unterschiedliche Phasen und Übergangsprozesse (Transitionen). Mit den Übergängen ändert sich i.d.R. auch die Umwelt. Für einen erfolgreichen Übergang sind daher rechtzeitig die Faktoren in der (künftigen) Umwelt zu identifizieren und bei der Reha-Planung einzubeziehen.

AG 4: Arbeitswelt als Umweltfaktor

Moderation: Mathias Sutorius, Christian Brand (wissenschaftliche Mitarbeiter b3)

Leitfrage

Die Arbeitswelt – im Begriff eindeutig, aber innerhalb einer Bedarfsermittlung auch hinreichend konkret fassbar?

Einführung

Der Erfolg oder Misserfolg einer (Re-)Integration in Arbeit resultiert – unter marktorientierten Gesichtspunkten – insbesondere an einer Passung zwischen Angebot und Nachfrage am Arbeitsmarkt.

Kurz gefasst: Bewerber und Arbeitswelt müssen auf mehreren Ebenen harmonieren. Auch der Gesetzgeber hat diesen Gedanken aufgenommen und mit der Formulierung bekräftigt, die „Lage und Entwicklung auf dem Arbeitsmarkt“ müsse bei der Rehabilitation angemessen berücksichtigt werden (§ 33 Abs. 4 SGB IX und § 49 SGB IX-neu).

Aber welche Faktoren des Arbeitsmarktes sind wie bei der Bedarfsermittlung konkret zu fassen?

Hilfreich erscheint eine differenzierte Betrachtung der Arbeitswelt in drei Ebenen:

1. „Makro“-Aspekte zur grundsätzlichen (regionalen) Arbeitsmarktlage, wie Beschäftigungspotenziale nach Branchen und Berufszweigen
2. „Meso“-Aspekte zu konkreten Betrieben und Unternehmen, auch hinsichtlich der Frage, ob diese willens (Einstellungen) und in der Lage (materiell, objektiv) sind, Menschen mit Teilhabebeeinträchtigungen/Behinderungen einzustellen und zu beschäftigen.
3. „Mikro“-Aspekte zu konkret in Betracht zu ziehenden Arbeitsplätzen mit ihren spezifischen Anforderungen, wobei insb. einerseits die individuelle Eignung für Menschen mit einer Behinderung sowie andererseits die Möglichkeiten der Arbeitsplatzgestaltung relevant erscheinen.

Arbeitsgruppenphase



Häufig ist erst durch eine individuelle Passung auf allen drei Ebenen eine erfolgreiche (Re-) Integration möglich. Aufbauend auf diese Arbeitshypothese stehen in der AG 4 folgende Fragestellungen im Vordergrund:

- Welche Umweltfaktoren sind in der Arbeitswelt bzw. im Betrieb bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben besonders wesentlich?
- Wie lassen sich diese Faktoren bestmöglich identifizieren?

Bearbeitete Fragestellungen in der Arbeitsgruppe

1. Was verbinden Sie mit der Arbeitswelt? Was meinen Sie, wenn Sie die Arbeitswelt bei der beruflichen Reintegration berücksichtigen?
2. Welche Informationen über den Arbeitsmarkt sind im Hinblick auf passgenaue Leistungen relevant? Wie kann der Arbeitsmarkt im Hinblick auf ein Teilhabeziel oder Zielberuf adäquat berücksichtigt werden?
3. Welche Umweltfaktoren sind für eine erfolgreiche (Wieder-)Eingliederung – bezogen auf den Betrieb/Arbeitsplatz – besonders relevant (Barrieren und Förderfaktoren)? Wie lassen sich diese Umweltfaktoren am besten identifizieren?

Ergebnisse der Arbeitsgruppe

Ebenen der Arbeitswelt: Arbeitsmarkt – Betrieb – Arbeitsplatz

- Es lassen sich drei wesentliche Ebenen der Arbeitswelt (Arbeitsmarkt – Betrieb – Arbeitsplatz) ableiten/unterscheiden. Diese drei Betrachtungsebenen stoßen auf grundsätzliche Zustimmung bei allen Teilnehmenden.
- Es wird eine Ergänzung um eine vierte Ebene „Tätigkeit“ diskutiert. Unter einer gleichen Berufsbezeichnung können sehr unterschiedliche Tätigkeiten ausgeübt werden – sogar im gleichen Betrieb. In jedem Einzelfall ist eine genaue Betrachtung der individuellen Tätigkeiten für berufliche Rehabilitation von besonderer Bedeutung.
- Als Alternative zur vierten Ebene wird diskutiert, die dritte Ebene in „Arbeitssystem“ umzubenennen, so dass diese Ebene die Aspekte der konkreten Tätigkeiten miteinschließt. Dies stößt auf Konsens bei allen Teilnehmenden.
- Es besteht Einigkeit, dass im Falle einer Wiedereingliederung zunächst das Arbeitssystem und dann der Betrieb von der Reha-Fachkraft zu betrachten ist. Dagegen hat im Falle einer beruflichen Ersteingliederung oder Neuorientierung die Betrachtung am Arbeitsmarkt anzusetzen und anschließend den Betrieb bzw. das konkrete „Arbeitssystem“ zu fokussieren.

Arbeitsgruppenphase

Angebot und Nachfrage – Relevanz des Marktes in der Bedarfsermittlung

- Es werden unterschiedliche Ansätze der Teilnehmenden deutlich.
- Benennung und Diskussion von Unterschieden zwischen Ersteingliederung und Wiedereingliederung. Bezogen auf die Ersteingliederung wird konstatiert, dass diese deutlich schwieriger ist. Den Leistungsberechtigten fehlen oft grundlegende Kompetenzen und sie haben zudem selten einen Überblick über das breite Angebot des (Arbeits-) Marktes (Stichwort 72.000 Jobs).
- Allgemeine Betonung der individuellen Aspekte „Mobilität“ und „Realismus“: Wegen regionaler wirtschaftlicher Gegebenheiten sind einige Berufswünsche in einigen Regionen nicht realistisch. Es besteht ein Spannungsverhältnis zwischen aktuellen Gegebenheiten und dem Wunsch- und Wahlrecht der Betroffenen (Beispiel: Webdesigner in strukturschwacher, ländlicher Gegend).
- Es liegen unterschiedliche Erfahrungen über die Bereitschaft von Arbeitgebern vor, Menschen mit Behinderungen einzustellen: Einerseits besteht seitens der Wirtschaft ein hohes Interesse, Mitarbeiter mit deren Qualifikationen und Erfahrung im Betrieb (und nach Möglichkeit in der gleichen Tätigkeit) zu halten. Andererseits gibt es „Vorbehalte“ gegenüber der Einstellung von Menschen mit Behinderungen bzw. große Skepsis und Unsicherheit bzgl. der (Weiter-) Beschäftigung dieses Personenkreises. Dies ist oft der Unwissenheit geschuldet, welche individuellen Auswirkungen eine Behinderung am spezifischen Arbeitsplatz mit sich bringt.
- Die Ausgleichsabgabe und Zuschüsse sollten vermehrt als Anreiz genutzt werden, um behinderte Menschen im Betrieb zu halten.
- Es liegen differenzierte Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit Leistungsträgern vor: Hieraus ergibt sich zum einen die Kritik an der hohen Standardisierung und fehlenden Bereitschaft, individuelle Maßnahmen/Lösungen zu suchen und zu genehmigen. Dabei werden individuelle und praxisnahe Lösungen – z.B. verzahnte Ausbildung mit Berufsbildungswerken

(VAmB) – werden von allen Beteiligten gut geheißen. Prinzipiell sollte stärker vom Menschen her gedacht werden.

Unverständnis gegenüber den Leistungsträgern wird in folgenden Punkten geäußert:

- Nicht genug Bereitschaft für Nischenlösungen;
- Zu wenig Praxisbezug bei den Entscheidungen;
- Rechtliche Probleme/„Zwang durch die Hintertür“;
- Fehlende Beratung und Begleitung der Betroffenen;
- Fehlende Zusammenarbeit mit den einzelnen Betrieben;
- Mangelnde Kenntnis über BEM in Betrieben;
- Mangelnde Sensibilisierung für das Thema in Betrieben;
- Zu wenig trägerübergreifende Zusammenarbeit/Lob des Ansatzes „Alles aus einer Hand“.

Arbeitsgruppenphase



Als Ergebnis der Diskussion lassen sich folgende Faktoren resümieren, die aus Sicht der Teilnehmenden eine erfolgreiche Wiedereingliederung befördern:

- Gutes „Matching“: Auch der Betrieb muss von der (Wieder-)Eingliederung profitieren (Dies erhöhe die Bereitschaft des Betriebes zukünftig Menschen mit Behinderungen einzustellen.);
- Es müsse eine grundsätzliche Offenheit und Bereitschaft der Betriebe zur Einstellung von Menschen mit Behinderung vorliegen;
- Ganz praktisch müssen folgende Voraussetzungen geschaffen werden: Wissen über Hilfsmittel und Fördermöglichkeiten/Erfüllung technischer Voraussetzungen am Arbeitsplatz/Verfügbarkeit von Hilfsmitteln für den Menschen mit Behinderung.
- Schnelle Reaktion und Kommunikation zwischen Betrieben und Leistungsträgern;
- Grundkompetenzen der Betroffenen (Bewerbungen schreiben, etc.).
- Persönliche Kontakte und Beziehungen zu Unternehmen/Lange, vertrauensvolle Beziehungen zwischen Leistungserbringern und Betrieben bzw. einzelnen Personen in den entsprechenden Positionen/Netzwerke
- Die übergreifende Zusammenarbeit mit Kammern und Verbänden sollte fokussiert werden.
- Die Betriebe verlangen Erreichbarkeit und Zuverlässigkeit der Ansprechpartner bei den Leistungserbringern und Leistungsträgern.
- Insgesamt sei eine umfassende und realistische Beratung der Leistungsberechtigten förderlich
- Begleitung und Coaching der Betroffenen.

Ausblick

Die Arbeitswelt in ihren unterschiedlichen Ausprägungen (Arbeitsmarkt, Betrieb und Arbeitsplatz bzw. Arbeitssystem) ist ein wesentlicher Umweltfaktor. In Abhängigkeit von der im Einzelfall einschlägigen Betrachtungsebene korrespondieren differenzierte Anforderungen mit ihr, die bei den Prozessen der Bedarfsermittlung einzubeziehen sind.

Bei der Entwicklung des Basiskonzeptes ist es somit entscheidend, diese komplexe Aufgabenstellung zu operationalisieren. Hierfür bieten die Diskussion und Ergebnisse der Arbeitsgruppe eine gute Ausgangsbasis. Wesentliche Aspekte, die im Basiskonzept Beachtung finden sollten sind:

- Grundsätzlich ist die Perspektive auf die Arbeitswelt im Einzelfall von der Reha-Fachkraft auszuwählen. In Abhängigkeit von individueller Situation und Zielen des Leistungsberechtigten sowie der Phase der Bedarfsermittlung, ist die „passende“ Ebene der Arbeitswelt in der Bedarfsermittlung näher zu betrachten.
- Bei Ermittlungen betreffend der beruflichen Neuorientierung beim Leistungsträger, ist sicherlich die Situation auf dem Arbeitsmarkt entscheidend, währenddessen bei der Durchführung einer Qualifizierungsmaßnahme durch den Leistungserbringer der Fokus der Betrachtung vermehrt auf die betriebliche oder arbeitsplatzspezifische Ebene der Arbeitswelt gelegt werden sollte.
- Die Arbeitsplätze werden insgesamt immer spezifischer, so dass sich gleiche Berufsbilder auf betrieblicher Ebene vermehrt unterscheiden. Hier geht es darum, den fokussierten Arbeitsplatz verstärkt in die Betrachtung einzubeziehen, um passgenaue Unterstützungen festzustellen.

Anhang

Anhang**Teilnehmendenliste 23.05.17**

Lfd. Nr.	Name	Organisation
1.	Abu-Amasheh, Dr. Maren	Deutsche Rentenversicherung Bund
2.	Allmann, Jürgen	BDH-Klinik Hessisch Oldendorf
3.	Altmann-Krüger	Assistenz Frau Vollbrecht
4.	Andrich-Heumann, Birgit	Deutsche Rentenversicherung Bund
5.	As, Dorothea	BTZ Paderborn
6.	Backes, Irmgard	GKV-Spitzenverband
7.	Brand, Christian	BAR e.V.
8.	Corsmeyer, Doris	BBW Greifswald
9.	De Toia, Tatjana	BFW Köln
10.	Dettmer, Juliane	BFW Düren
11.	Denninghaus, Erwin	LWL-BBW-Soest
12.	Dings, Wolfgang	BFW Bad Wildbad
13.	Dönicke, Yvonne	KOMPASS gGmbH
14.	Emmermacher, Gerhard	Annastift Berufsbildungswerk
15.	Gassel, Martina	BAR e.V.
16.	Grotkamp, Dr. Sabine	MDK Niedersachsen
17.	Habekost, Doris	Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV)
18.	Henze, Christina	Lebenswelten e.V. Integrationsfachdienst
19.	Heyer, Stefanie	AWO RPK Sachsen-Anhalt
20.	Hirschberg, Dr. Marianne	Hochschule Bremen
21.	Kapner, Isabel	BFW Köln
22.	Kehr, Britta	Weißenseer Integrationsbetriebe GmbH
23.	Kilian, Heiko	BTZ Rhein-Neckar
24.	Koch, Esther	Praunheimer Werkstätten gGmbH
25.	Konzack, Katja	Landesamt für Soziales und Versorgung, Brandenburg
26.	Kreuwel, Ingrid	ReAL gGmbH
27.	Krist, Miriam	BFW Köln
28.	Kutsche, Gabriele	
29.	Lehmler, Lothar	BDH-Klinik Vallendar
30.	Lentz, Rainer	BAG BBW
31.	Lerch, Birgit	BG ETEM
32.	Lischka, Nicole	BAG BBW
33.	Lockingen, Judith	Agentur für Arbeit Berlin Nord

44

Anhang



34.	Lotze-Wessel, Doris	LWW Hessen-Darmstadt
35.	Morczinne, Katja	Anedore-Leber-Berufsbildungswerk Berlin
36.	Morfeld, Prof. Dr. Matthias	Hochschule Magdeburg-Stendal
37.	Nothacker, Christine	SPEKTRUM GmbH
38.	Pauli, Annette	Landesvereinigung Selbsthilfe e.V., Saarland
39.	Petersen, Jens	Bundesagentur für Arbeit
10.	Polczyk, Alfons	Bundesministerium für Arbeit und Soziales
41.	Racky, Lara-Cathrin	BAR e.V.
42.	Rexrodt, Prof. Dr. Christian	Hochschule Bonn-Rhein-Sieg
43.	Rink, Marion	Deutsche Rheuma-Liga Bundesverband e.V.
44.	Robinson, Dr. Katja	BAG BBW
45.	Scheuermann, Dr. Antonius	Berufsförderungswerk Friedehorst
46.	Schmidt-Ohlemann, Dr. Matthias	Deutsche Vereinigung für Rehabilitation e.V.
47.	Schmitt, Bernd	SPEKTRUM GmbH
48.	Schneider, Anja	BBW Greifswald
49.	Schreiter, Anette	AA Berlin Mitte
50.	Schubert, Dr. Michael	BAR e.V.
51.	Schwarzenberg, Marlene	Agentur für Arbeit Berlin Nord
52.	Seel, Dr. Helga	BAR e.V.
53.	Sieweck, Christine	FSD Lwerk Berlin-Brandenburg gGmbH
54.	Sutorius, Mathias	BAR e.V.
55.	Thelemann, Dr. Stefan	Liebenau Berufsbildungswerk
56.	Viehmeier, Sarah	BAR e.V.
57.	Vieweg, Barbara	Interessenvertretung Selbstbestimmt Leben in Deutschland e.V.
58.	Vogt, Sylvia	Bezirk Oberbayern, Fachdienst Behindertenhilfe
59.	Vollbrecht, Regina	Beauftragte für Menschen mit Behinderungen in Berlin-Reineckendorf
60.	von Raison, Bia	Fachhochschule Potsdam
61.	Weber, Sandra	BTZ Köln
62.	Werthmüller, Verena	Deutsches Rotes Kreuz e.V.
63.	Wiesner-Steiner, Dr. Andreas	Bundesarbeitsgemeinschaft der Werkstätten für behinderte Menschen e.V. (BAG WfbM)
64.	Winkelmann, Petra	IW Köln Rehadat
65.	Wulff, Kerstin	BG ETEM

XII.10. Tagungsprogramm zur Abschlusstagung 2018

Anmeldung

Organisation

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V.
 Ansprechpartner: Ann-Kathrin Poth
 Solmsstr. 18 / Gebäude E
 60486 Frankfurt am Main
 Tel.: 069 605018 - 56
 Fax: 069 605018 - 59
 E-Mail: bedarfsermittlungskonzept@bar-frankfurt.de

Anmeldeschluss: 7. Mai 2018

Ihre Anmeldung ist verbindlich und wird per E-Mail bestätigt. Reise-, Übernachtungs- und sonstige Kosten können leider nicht übernommen werden.

Frau Herr Titel _____

Name _____

Institution _____

Straße/Nr. _____

PLZ/Ort _____

E-Mail _____

Ich benötige folgende Assistenz:

Datum _____ Unterschrift _____

Die Angaben zu Name und Institution werden in die Liste der Teilnehmenden aufgenommen. Die Veranstaltung wird ggf. in Bild und Ton dokumentiert. Für die dokumentarische Nutzung erteilen Sie mit der Anmeldung eine Freigabe.

Einladung

Was?

Abschlusstagung des b3-Projektes
 „Basiskonzept für die Bedarfsermittlung in der beruflichen Rehabilitation“

Wann?

am Dienstag, 29. Mai 2018
 von 11:00 Uhr – 15:30 Uhr

Wo?

Konferenzzentrum Centre Monbijou
 Oranienburger Straße 13-14, 10178 Berlin

Wie?

Vom Hauptbahnhof nutzen Sie entweder die S-Bahnlinien 5, 7 oder 75 Richtung Alexanderplatz und steigen am Hackeschen Markt aus (barrierefrei). Von dort sind es etwa 450 m zu Fuß.

Alternativ nutzen Sie die Straßenbahn M5 (Richtung Zingster Str.) bis zum Monbijouplatz (barrierefrei). Von dort sind es noch ca. 80 m.

Wer?

VertreterInnen von Leistungsträgern, Leistungserbringern und Interessenverbänden von Menschen mit Behinderung sowie der weiteren Fachöffentlichkeit

Die Berufsbildungswerke als Koordinierungsstelle von acht Arbeitsgemeinschaften zur beruflichen Rehabilitation
h² Hochschule Magdeburg • Stendal
BAR Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation

Gefördert durch:
 Bundesministerium für Arbeit und Soziales



Die Nutzung des bio-psycho-sozialen Modells bei der Bedarfsermittlung
 Abschlusstagung b3-Projekt „Basiskonzept für die Bedarfsermittlung in der beruflichen Rehabilitation“
 am 29. Mai 2018 in Berlin

Kurzbeschreibung

Im Sommer 2018 endet das trägerübergreifende b3-Projekt „Basiskonzept zur Bedarfsermittlung in der beruflichen Rehabilitation“.



Auf der Abschlusstagung am 29. Mai 2018 werden von den Projektpartnern die zentralen Ergebnisse des gemeinsamen Arbeitsprozesses von VertreterInnen der Leistungsträger, Leistungserbringer und Leistungsberechtigten erstmalig einer breiteren Fachöffentlichkeit vorgestellt. Ergebnis ist zum einen das auf dem bio-psycho-sozialen Modell der WHO aufbauende **Basiskonzept** zur Bedarfsermittlung, welches als einheitliche Handlungsgrundlage für die Akteure in der Bedarfsermittlung dienen kann. Zum anderen handelt es sich um die mit diesem Konzept verbundene **Datenbank** zu Instrumenten der Bedarfsermittlung, welche bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben genutzt werden (Toolbox).

Insbesondere vor dem Hintergrund des stufenweisen Inkrafttretens des Bundesteilhabegesetzes ist der gemeinsame, trägerübergreifende Dialog zur zukünftigen Ausgestaltung der Bedarfsermittlung im Rahmen der Teilhabe- und Gesamtplanung nicht beendet, sondern auch weiterhin sinnvoll und notwendig.

Darüber hinaus sollen künftige Umsetzungsperspektiven mit den unterschiedlichen Akteuren erörtert werden.

Wir freuen uns auf Ihre Teilnahme!

Programm

11:00 Uhr Begrüßung

Dr. Helga Seel, BAR
 Dr. Sandro Blanke, BMAS

11:20 Uhr Das Basiskonzept zur Bedarfsermittlung: Handlungsgrundlagen auf Basis des bio-psycho-sozialen Modells

Teil I: Dr. Michael Schubert, BAR
 Teil II: Rainer Lentz, BAG BBW

anschließende Diskussion

12:30 Uhr Mittagspause

13:15 Uhr Die Instrumentendatenbank: Bedarfsermittlungsinstrumente im Lichte des bio-psycho-sozialen Modells

Prof. Dr. Matthias Morfeld, Hochschule Magdeburg-Stendal

Rückfragen im Plenum

14:00 Uhr Podiumsdiskussion zur Bedeutung und zur Umsetzung der b3-Ergebnisse in die Rehabilitations-Praxis

Dr. med. Klaus Keller, RPK Herzogsägmühle
 Jens Petersen, Bundesagentur für Arbeit
 Manfred Schulte, Josefs-Gesellschaft Köln

Barbara Vieweg,
 Interessenvertretung Selbstbestimmt
 Leben in Deutschland e.V.

15:00 Uhr Ausblick: Bedarfsermittlung im Kontext des Reha-Prozesses

Dr. Helga Seel, BAR

Schlusswort

Michael Breitsameter, BAG BBW

15:30 Uhr Ende der Veranstaltung

Moderation: Ute Walty