

Editorial



Wie aus einem Guss – das gilt für die Erbringung von Leistungen zur Teilhabe, aber auch für den Verlauf des Reha-Prozesses insgesamt. Dazu braucht es als Grundlage einen integrierten, sektorübergreifenden Verlauf von der Bedarfserkennung und Bedarfsfeststellung über die Teilhabeplanung und die Durchführung von Leistungen zur Teilhabe bis zu den Aktivitäten nach der Rehabilitation. Bisher gibt es hierzu keine einheitlichen Regelungen. Auch das SGB IX bietet keine übergreifenden Organisationsformen für

eine wirksame Rehabilitation. Umso wichtiger ist, dass es mit der Gemeinsamen Empfehlung „Reha-Prozess“ gelungen ist, ein prozessorientiertes Grundverständnis der Reha-Träger über einen idealtypischen Reha-Verlauf zu etablieren. Mit dem darin verankerten personenzentrierten Ansatz rücken der Mensch mit Behinderung und seine umfassende Teilhabe in den Mittelpunkt des Handelns.

Der Einstieg muss gelingen: Bedarfserkennung und Bedarfsfeststellung haben eine Schlüsselfunktion. Denn nur wer die potentiellen Bedarfe erkennt, kann sicherstellen, dass bedarfsdeckende Leistungen individuell bereitgestellt werden können. Das Erkennen des Bedarfs ist Ausgangspunkt eines schlüssigen Reha-Systems. Erst wenn bei der Bedarfserkennung alle individuellen und umweltbezogenen Aspekte optimal berücksichtigt werden, können Maßnahmen anschlussfähig sein. Ziel sind bedarfsgerechte Angebote im umfassenden Leistungsspektrum der Sozialversicherungsträger. Gelingt dies, haben alle gewonnen: Die Menschen mit Behinderung mit der Verwirklichung von Lebensqualität und Teilhabe. Die Leistungsträger mit der Erhöhung der Effektivität der Rehabilitation bei gleichbleibenden Ressourcen. Dafür notwendig ist auch eine verlässliche und dauerhafte trägerübergreifende Zusammenarbeit aller Reha-Träger – wie aus einem Guss.

Ich grüße Sie herzlich
Ihre Helga Seel
Geschäftsführerin der BAR

Inhalt

Der Reha-Prozess als „Roadmap“ zum Reha-Erfolg	I
Der Reha-Prozess – Die Bedeutung der Bedarfserkennung	IV
Teilhabebedarf passgenau feststellen	V
BIH und Rehabilitationsträger – Klare Zuständigkeiten	VI
Aussagen aus der Rechtsprechung zum Rehabilitations-/Teilhabebedarf und dessen Feststellung	VIII

Der Reha-Prozess als „Roadmap“ zum Reha-Erfolg – am Anfang steht der Bedarf

Rehabilitation ist immer in die Zukunft gerichtet. Sie hat ein Ziel, das in einer bestimmten Abfolge von Schritten eines Reha-Verfahrens erreicht werden soll. Beschreibbar als idealtypischer Prozess mit definierten Phasen ist die Rehabilitation das Mittel zur Herstellung und Sicherung individueller Teilhabe von Menschen mit Behinderung.

Von der Erkennung und Feststellung des Reha-Bedarfs bis zur Ausführung einer Leistung für Reha und Teilhabe kann es ein weiter Weg sein. Im deutschen Rehabilitationssystem gibt es nicht die Instanz, die den Reha-Bedarf erkennt, feststellt und Leistungen gewährt. Es gibt kein Patent-Rezept, keine einheitliche Festlegung von Anforderungen, Instrumenten oder Verfahren der Bedarfsermittlung und Planung der Leistungserbringung. An vielen Stellen dieses Prozesses sind individuelle Feststellungen und Entscheidungen zu treffen. Das Ziel muss sein, den Rehabilitationsbedarf möglichst frühzeitig zu erkennen, den Unterstützungsbedarf umfassend zu bestimmen, die geeigneten Leistungen festzulegen und hierfür die richtigen Leistungserbringer zu finden. Nur so können beispielsweise Verschlimmerung und Chronifizierung von Erkrankungen, gesundheitsbedingte Erwerbsminderung oder Pflegebedürftigkeit verhindert werden.

Gerade in der Praxis wird oft deutlich, dass es an all diesen Weggabelungen holprig werden kann. Die Fragen müssen lauten: Treffen unsere Reha-Angebote immer den individuellen Bedarf der Menschen? Erreichen wir sie zum richtigen Zeitpunkt? Und darüber hinaus: Welche Barrieren existieren bei der Erkennung eines Bedarfs? Sind



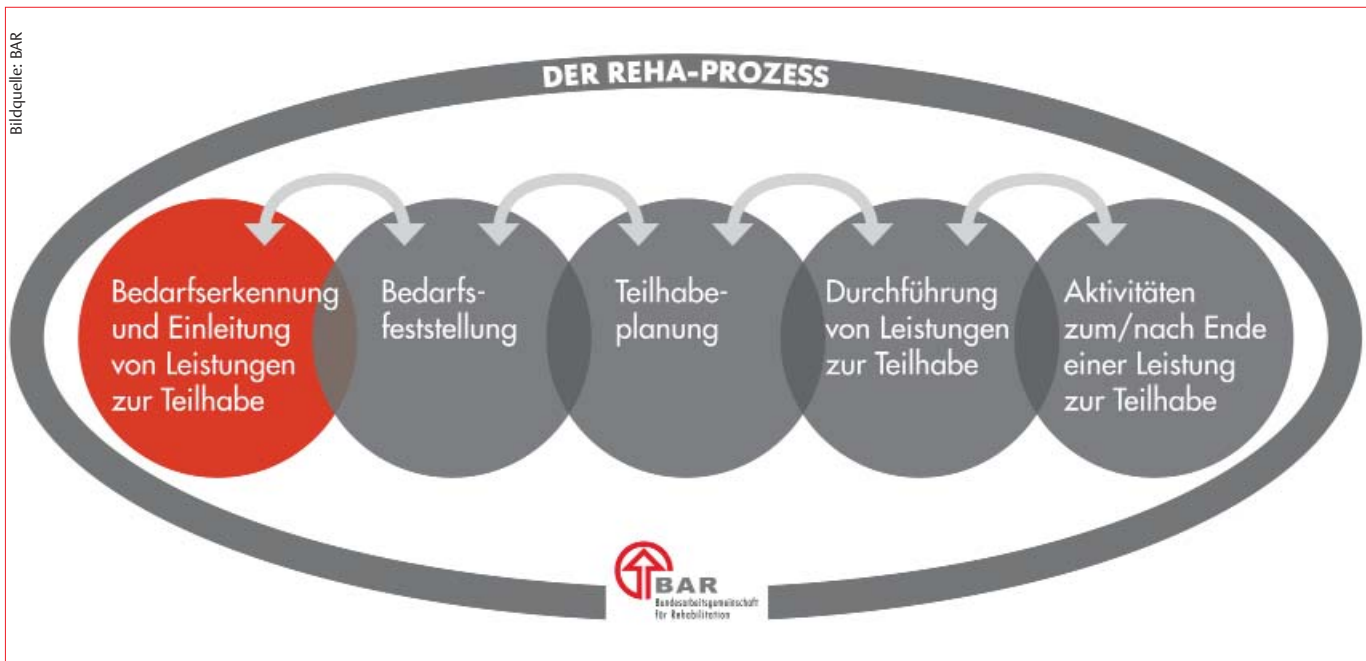


Abb. 1 Der idealtypische Reha-Prozess als Phasenmodell (vgl. Gemeinsame Empfehlung Reha-Prozess der BAR).

es Kommunikations- und Kooperationsbarrieren zwischen den Akteuren oder Wissensdefizite bzgl. der Bedarfserkennung und Einleitung von Reha-Maßnahmen? Es gibt verschiedene Faktoren, die für den Rehabilitationszugang relevant sind. Sicher kann die Eigeninitiative und Inanspruchnahme der Betroffenen eine Rolle spielen, aber auch die Anregung und Unterstützung bei der Antragsstellung durch einen Arzt kann ausschlaggebend sein. Darüber hinaus sind auch die Entscheidungsverfahren und -maßstäbe der Träger und die damit verbundene akteursübergreifende Kommunikation und Kooperation wichtige Faktoren. Grundsätzlich ist im Versorgungssystem sicherzustellen, dass erste Anhaltspunkte für einen möglichen Rehabilitationsbedarf erkannt und überprüft werden. Diese können beispielsweise das Vorliegen einer chronischen Erkrankung, Multimorbidität, (drohende) Behinderung, (drohende) Pflegebedürftigkeit oder auch besonders belastende Arbeits- und Lebensbedingungen sowie ein längerer Krankenhausaufenthalt sein.

Unter „Bedarfserkennung“ werden die Aktivitäten gefasst, die im Vorfeld eines Antrags auf Leistungen zur Teilhabe erfolgen. Neben den Rehabilitationsträgern und den Menschen mit (drohender) Behinderung selbst, sind hierbei insbesondere deren soziales Umfeld, die betrieblichen Akteure und Akteure der medizinisch-therapeutischen Versorgung (z. B. niedergelassene Ärzte) mit einzubeziehen. Die Bedarfserkennung als Einleitung von Leistungen zur Teilhabe ist der Startpunkt für eine erfolgversprechende Reha und damit besonders wichtig. Um den potentiellen Bedarf an Teilhabeleistungen zu erkennen, sollte der Einsatz ICF-orientierter Instrumente möglichst trägerübergreifend weiterentwickelt werden. Die Gemeinsame Empfehlung (GE) Reha-Prozess der BAR beschreibt den idealtypischen Reha-Prozess mit einem Phasenmodell (Abb. 1). Die Phasen des Rehabilitationsprozesses sind linear aufgebaut, berücksichtigen aber bestehende Überschneidungen und Parallelitäten. So kann sich die Bedarfserkennung auch über die

jeweils nachfolgenden Phasen erstrecken, etwa bei der Fortschreibung/Anpassung des Teilhabeplans, indem Bedarfe erneut überprüft werden müssen. Oder während der Leistungsdurchführung, beispielsweise der medizinischen Rehabilitation, können sich Hinweise auf weiteren Bedarf, wie Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, ergeben. Anhaltspunkte für einen Bedarf an Leistungen zur Teilhabe sind, neben den zugrundeliegenden Schädigungen und Funktionsstörungen des Körpers (einschließlich psychischer Störungen), auch auf der Ebene der Aktivitäten und der Teilhabe zu identifizieren. Ein großes Problem unseres Gesundheits- und Sozialsystems besteht darin, dass Anzeichen für einen Rehabilitationsbedarf oftmals nicht oder nicht frühzeitig erkannt werden.

Das Erkennen von Bedarfen alleine reicht allerdings nicht aus: Leistungen zur Teilhabe werden zumeist nur auf Antrag erbracht. Ob ein Antrag gestellt wird, hängt von der erkrankten Person oder seinem behandelnden Arzt ab. Hier spielt oft der Zufall eine gro-

ße Rolle: Kommt ein Reha-Verfahren überhaupt und dann auch noch zum richtigen Zeitpunkt in Gang? Genau dieses Ziel muss aber im Vordergrund stehen und deshalb sollte Reha proaktiver werden, indem sie den Menschen abholt.

Zentrale „Gatekeeper“ im Zugang zu rehabilitativen Leistungen

Erste Schritte in diese Richtung sind beispielsweise die integrierte Versorgung, bei der eingebundene Hausärzte, eine Art „Gatekeeper“-Funktion ausüben können. Um die Früherkennung und Vermeidung von Gesundheits- und Teilhabestörungen aktiv zu lenken, ist eine hohe Sensibilität für einen möglichen Rehabilitationsbedarf gefordert. Hierauf sollten die Fallmanagement-Strukturen der Reha-Träger verstärkt fokussieren: Ganz im Sinne der Personenzentrierung die Beratung und Betreuung auf den Bedarf der Menschen mit Behinderung, ihre Angehörigen und Arbeitgeber ausrichten.

Auf Basis eines Fallmanagements könnte eine sorgfältige Feststellung der Problemlagen erfolgen, sodass dann passgenaue und notwendige Hilfestellungen vereinbart werden können.

Gerade die Beratung hat einen maßgeblichen Einfluss auf den Gesamtprozess der Rehabilitation. Kompetente Beratung ist entscheidend wenn es darum geht, einen frühzeitigen und niederschweligen Zugang zu Rehabilitationsleistungen zu ermöglichen. Die BAR und die Rehabilitationsträger haben gemeinsam mit Verbänden für Menschen mit Behinderung und weiteren Organisationen trägerübergreifende Beratungsstandards erarbeitet. Diese können sowohl Grundlage einer unabhängigen und fachlich kompetenten Information und Beratung, als auch bei der Bedarfserkennung hilfreich sein. Die Bedarfsermittlung selbst soll auf der konzeptionellen Grundlage der ICF erfolgen, sich am individuellen Hilfebedarf und den vorhandenen persönlichen Ressourcen orientieren. Dabei muss sie die

DAS GESUNDHEITSMODELL DER ICF

Hilfreich bei der Erkennung von Bedarfen zur Teilhabe ist für die Profis das bio-psycho-soziale Gesundheitsmodell der ICF (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit). Darin werden sowohl das Gesundheitsproblem als auch die Auswirkung auf den Lebenskontext einer Person veranschaulicht. Die ICF ist durch ihren bio-psycho-sozialen Ansatz dafür geeignet, die Transparenz therapeutischer Strategien sowie die Kommunikation zu anderen Berufsgruppen und zum Rehabilitanden zu verbessern. Die weitere Entwicklung und Einbeziehung von Instrumenten der Bedarfserkennung ist von großer Bedeutung für die Praxis.

Produkte und Projekte der BAR zum Thema:

- Drei ICF-Praxisleitfäden für unterschiedliche Zielgruppen, ein vierter wird zur Zeit erarbeitet
- Abschlussbericht zur Machbarkeitsstudie „Prüfung von aktuellem Stand und Potential der Bedarfsermittlung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben unter Berücksichtigung der ICF“
- Am 1. Juni 2015 fiel der Startschuss für das vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) geförderte Projekt „Basiskonzept für die Bedarfsermittlung in der beruflichen Rehabilitation“. Das Projekt baut auf dem Abschlussbericht zur Machbarkeitsstudie auf.
- Fortbildungsveranstaltung „Einführung in die ICF“ gehört zum regelmäßigen Schulungsangebot der BAR.

Weitere Informationen finden Sie unter www.bar-frankfurt.de

Kontextfaktoren berücksichtigen und den Hilfebedarf zunächst unabhängig von leistungsrechtlichen Fragen ergebnisoffen ermitteln.

Zukünftige Herausforderungen

Für die Leistungsträger ergeben sich schon durch die mangelnde Systematik zur Erkennung des Rehabilitationsbedarfs Probleme. Aber auch das häufig noch unzureichende Wissen der niedergelassenen Ärzte über die Beantragung einer Leistung zur Teilhabe ist optimierungsbedürftig. Niedergelassenen Ärzten fehlt die Zeit, um umfangreiche und je nach Leistungsträger unterschiedliche Formulare zu bearbeiten. Oft herrscht für Ärzte, Klinikmitarbeiter und auch für die Rehabilitanden Unklarheit über die beim Reha-Träger zuständigen Ansprechpartner. Unterschiedliche trägerspezifische Verfahrensregularien verursachen nicht selten Schwierigkeiten in der Zusammenarbeit, die den Reha-Prozess prägen. Teils kommen

ungeklärte Zuständigkeiten bei der Beantragung von Rehabilitationsmaßnahmen und lange Wartezeiten hinzu.

Die lösungsorientierte Fokussierung von Schnittstellenproblemen und die gemeinsame Erarbeitung von Handlungsstrategien sollen daher die formalen Abläufe weiter optimieren, die inhaltliche Transparenz erhöhen und den Austausch zwischen allen Beteiligten verstärken.

Deutlich wird, dass hier noch ein umfangreicher Handlungs- und Forschungsbedarf besteht. Besonders die Notwendigkeit einer eindeutigen, operationalen Definition von Reha-Bedarfskriterien ist entscheidend, wie auch die Steigerung von Transparenz und Nachvollziehbarkeit im Verwaltungsverfahren. Was aber unverzichtbar ist, um den Reha-Prozess „wie aus einem Guss“ zu realisieren, ist die weitere und intensive Förderung der Zusammenarbeit der verschiedenen am Rehabilitationsprozess beteiligten Akteure. ●



Der Reha-Prozess – Die Bedeutung der Bedarfserkennung

Eine Einschätzung von Manfred Schulte

Bedarfserkennung hat eine Schlüsselstellung im Reha-Prozess

Wenn wir nicht wissen, von wo die Menschen starten: Wie können wir ambitioniertere und erreichbare Ziele setzen? Wenn wir die zurückgelegte Distanz nicht messen: Wie können wir den Fortschritt beurteilen, ein gutes Feedback geben und die Wirkung belegen?

Wenn wir die Ergebnisse nicht messen: Wie können wir besser werden?

Im Reha-Prozess geht es um die Verbesserung der funktionalen Gesundheit und Leistungsfähigkeit mit Blick auf konkrete Teilhabeziele. Bedarfserkennung beschreibt bzw. begründet den „Ort“ der Leistungen im System der Sozialgesetzgebung und die individuelle Leistungsplanung. Vor dem Hintergrund der Bedarfsfeststellung sind die Leistungen auf ihr Ergebnis, auf Wirksamkeit und Effizienz überprüfbar.

Das geplante Bundesteilhabegesetz will eine individuums- und kontextzentrierte Sichtweise. Der Konsens (Leistungsberechtigte, Leistungsträger, Leistungserbringer) über den Bedarf ist Ausgangspunkt und Basis der Rehabilitation.

Eine trägerübergreifende Bedarfsfeststellung ist bereits heute gesetzlich im SGBIX angelegt. Unter einem Bedarfsfeststellungsverfahren wird ein Bündel einzelner Verfahrensschritte verstanden. Sie soll teilhabebezogen, umfassend, individuell und multidisziplinär auf der Grundlage der ICF erfolgen.

Die Bedeutung einer frühzeitigen Bedarfserkennung

In der Regel soll der Reha-Prozess so früh wie möglich beginnen. Sind die Bedarfe ganz oder teilweise nicht bekannt, steigt das Risiko, einen falschen Weg zu nehmen, ein falsches Tempo zu wählen, Ziele schlecht, d.h. für den Teilnehmer nicht passgenau zu ordnen usw. Ein frühzeitiger Ansatz kann darüber hinaus

- Chronifizierung und Eskalation von Problemen verhindern
- Kosten für nicht sinnvolle Integrationsversuche sparen
- Belastungen der Person durch nicht sinnvolle Integrationsversuche vermeiden
- Zeit, Kosten und Belastungen für Wartezeiten auf Leistungen sparen.

„Frühzeitig“ heißt auch „kontinuierlich“ – also während des Prozesses und nicht erst am Ende.

Was ist hilfreich für die Bedarfserkennung?

Es braucht beispielsweise ein gutes Instrumentarium, Testverfahren, systematische Beobachtung, Interviews, Selbstbeschreibungen.

Der Reha-Prozess gelingt umso besser, je mehr die Person ihn zu ihrem eigenen machen kann. Das beginnt bei der Bedarfsfeststellung. Erforderlich ist eine gute barrierefreie kommunikative Basis. Eine stärken- und teilhabeorientierte Diagnostik fördert Einbeziehung und Mitwirkung. Dem dient auch die Nutzung der ICF: Welche Bedeutung hat die funktionelle oder strukturelle Einschränkung für den Menschen, für seine Aktivitäten und Teilhabemöglichkeiten? Welche Ressourcen und Hindernisse



Bildquelle: Manfred Schulte

Manfred Schulte ist Dipl.-Psychologe und Geschäftsführer der Josefs-Gesellschaft Köln. Die JG-Gruppe ist ein katholischer Träger von Krankenhäusern, Altenheimen und Einrichtungen / Diensten für Menschen mit Behinderungen.

erwachsen aus den Lebensbedingungen, der eigenen Geschichte und der persönlichen Einstellung, auch und besonders der Einstellung zur Beeinträchtigung bzw. Teilhabebeeinträchtigung?

Ganzheitliches Vorgehen erfordert die Einbeziehung der Person als Experten, einen multidisziplinären Ansatz, die Berücksichtigung externer Befunde sowie eine integrierte Gesamtbeurteilung durch ein kundiges Case bzw. Reha-Management. Eine guter Prozess ist genau, objektiv, systematisch, konsistent und theoriebasiert; er berücksichtigt alle relevanten Faktoren. Prozessqualität wird messbar, wenn Kennziffern erfasst werden.

Ein allgemeinverständliches Begriffssystem zwischen Leistungsberechtigten und den multiprofessionellen Teams – in denen Mediziner, Pädagogen, Psychologen etc. eine gemeinsame Sprache sprechen – fördert die Klarheit über die eigene Situation. Weitere Merkmale einer guten Bedarfserhebung sind Transparenz, Nachvollziehbarkeit, eine konkrete Beschreibung sowie die integrale Erarbeitung von Nah- und Fernzielen.

Auf Teilhabe ist bei Auswahl, Gestaltung und Durchführung der Leistungen zu fokussieren. Dem dienen individuelle Zielvereinbarungen, die das Wunsch- und Wahlrecht berücksichtigen. Denn die fundamentale Frage ist:

Wie halten wir die Person im Mittelpunkt des Prozesses? ●

Teilhabebedarf passgenau feststellen

Projekt „Basiskonzept für die Bedarfsermittlung in der beruflichen Rehabilitation“ ist erfolgreich gestartet.



Abb. 1 Projektteam, v.l.n.r. Judith Ommert (BAR), Tobias Wenzel (HS Magdeburg-Stendal), Dr. Michael Schubert (BAR), Prof. Dr. Matthias Morfeld (HS Magdeburg-Stendal), Sarah Viehmeier (BAR), Mathias Sutorius (BAR), Julia Pfülb (BAR), Rainer Lentz (BAG BBW), Ann-Kathrin Poth (BAR).

Am 1. Juni 2015 fiel der Startschuss für das durch das Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) geförderte Projekt der BAR. In Kooperation mit der Hochschule Magdeburg-Stendal und der Bundesarbeitsgemeinschaft der Berufsbildungswerke

(BAG BBW) will die BAR gemeinsam mit Leistungsträgern und Leistungserbringern in den nächsten 3 Jahren übergreifende Grundlagen zur Bedarfsfeststellung unter Nutzung des bio-psycho-sozialen Modells der Weltgesundheitsorganisation (WHO)

entwickeln (Abb. 1). Ziel ist ein Konzept, dass den Informationsaustausch aller Beteiligten fördert, den Reha-Prozess effektiver gestaltet und den Menschen mit seinen persönlichen Bedürfnissen in den Mittelpunkt aller Aktivitäten der Bedarfsermittlung stellt. Dieses „Basiskonzept“ soll sich besonders an den UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK), dem Wunsch- und Wahlrecht sowie dem individuellen Teilhabeziel des Menschen mit Behinderung orientieren.

Ausgangsbasis

Die Grundlage für das Projekt bilden die Ergebnisse der Machbarkeitsstudie „Prüfung von aktuellem Stand und Potential der Bedarfsermittlung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben unter Berücksichtigung der ICF“. Wesentliche Erkenntnis der Studie war, dass Teilhabebedarfe bei den Akteuren der beruflichen Rehabilitation mit teils sehr verschiedenen Verfahren und Instrumenten erhoben werden. So benannten befragte Akteure über 400 verschiedene Verfahren und Instrumente, die bei der Ermittlung von Teilhabebedarf derzeit eingesetzt werden. Ein Großteil dieser Instrumente wird in den kommenden 36 Monaten analysiert und für die Leistungsträger und Leistungserbringer innerhalb einer Toolbox geordnet und systematisiert (Abb.2). „Wir wollen erreichen, dass die Akteure schnell und zielgenau, das richtige Instrument für die jeweilige Fragestellung und Situation finden, um die Bedarfsfeststellung insgesamt noch passgenauer zu gestalten,“ erklärt der Projektleiter Dr. Michael Schubert.

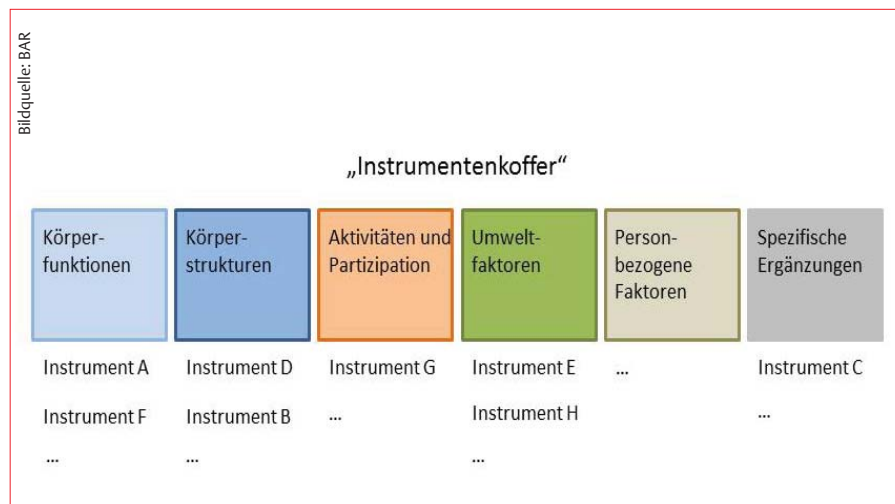


Abb. 2 Toolbox/Instrumentenkoffer.

Einbeziehung und Mitwirkung

Wegen der Vielseitigkeit der beruflichen Rehabilitation und Differenziertheit der Leistungen wird das Projekt sehr breit auf-

gestellt. Neben einem unterstützenden und strategisch ausgerichteten Projektbeirat, werden auch möglichst viele Praktiker aus allen Bereichen der beruflichen Rehabilitation zu Wort kommen und ihr Wissen, ihre Erfahrungen und Kenntnisse einbringen. Besonders bedeutsam ist dabei, auch Menschen mit Behinderung bzw. deren Vertretungen frühzeitig mit einzubeziehen. Durch die Kooperationspartner werden zudem die Perspektiven und Ansichten von Leistungsträgern, Leistungserbringern, Sozialpartnern und der Wissenschaft abgedeckt. „Auch haben wir uns bei der Personalauswahl be-

wusst dafür entschieden, Mitarbeiter unterschiedlicher Professionen für das Projektteam zu gewinnen“, ergänzt Frau Dr. Helga Seel (Geschäftsführerin der BAR).

Perspektiven

Das Interesse am Projekt und damit natürlich an dessen Ergebnissen ist insbesondere bei Leistungserbringern, Leistungsträgern und dem BMAS hoch. So wird es die zentrale Aufgabe des Projekts sein, gemeinsam mit den Akteuren zu guten und tragfähigen Ergebnissen zu kommen, die als Basis für

künftige Bedarfsfeststellungen dienen. An dieser Erwartung, aber auch an möglichen relevanten Entwicklungen im Kontext des Bundesteilhabegesetzes (BTHG) wird die Projektarbeit kontinuierlich auszurichten und zu prüfen sein.

Weitere Informationen

Die Grundlagen und weitere Informationen finden Sie auf der Homepage der BAR: www.bar-frankfurt.de. Die BAR wird regelmäßig Zwischenergebnisse des Projekts auf der Homepage publizieren. ●

BIH und Rehabilitationsträger – Klare Zuständigkeiten

Ein Interview mit Karl-Friedrich Ernst

Eindeutige Zuständigkeiten und dadurch schnellere Hilfe für schwerbehinderte Menschen und ihre Arbeitgeber – das ist das Ziel einer aktuellen Verwaltungsabsprache der Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen (BIH) mit Trägern der gesetzlichen Renten- und Unfallversicherung sowie der Bundesagentur für Arbeit. Hierbei geht es um Leistungen, bei denen der Gesetzgeber nicht klar geregelt hat, wer die Kosten übernehmen muss.



Karl-Friedrich Ernst, Vorstandsmitglied der Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen (BIH)

? Am 1. März 2015 ist eine Verwaltungsabsprache zwischen den Rehabilitationsträgern und den Integrationsämtern zur Zuständigkeit in Kraft getreten, über die bei der BAR verhandelt wurde. Was ist ihr Hintergrund?

Zunächst: Dieses Papier ist nicht ganz neu, sondern wir haben eine Vereinbarung aktualisiert, die es schon im Jahr 2002 gab. Über die Aktualisierung haben wir nun weit über ein Jahr in mehreren Sitzungen verhandelt, was zeigt, wie schwierig die neu aufgetretenen Probleme und Fragestellungen zu lösen waren. Wir sind sehr froh, dass nun ein gutes Ergebnis vorliegt.

? Was ist Inhalt der Verwaltungsabsprache?

In der Verwaltungsabsprache geht es darum, schwierige materiell-rechtliche Abgrenzungsprobleme an der Schnittstelle zwischen Leistungen der Rehabilitationsträger zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) und den Leistungen der Integrationsämter (bHiA) zu lösen. Es gibt bis heute viele Überschneidungen und Unklarheiten im Gesetz, wer zuständig ist. Beispiel: Eine behinderungsgerechte Ausstattung eines Arbeitsplatzes kann beides sein, LTA oder bHiA. Der Gesetzgeber hat nicht geregelt, wann es das eine oder andere ist. Auch die rein verfahrensrechtliche Abgrenzung in § 14 SGB IX löst das nicht. Sie kann nur verhindern, dass

Zuständigkeitsstreitigkeiten einfach monate- oder sogar jahrelang auf dem Rücken der Betroffenen ausgetragen werden, wie es früher nicht selten vorkam. Gleichzeitig soll jeder Leistungsträger nach § 4 SGB IX seine Leistungen so vollständig erbringen, dass Leistungen anderer Träger nicht erforderlich werden. Die Integrationsämter dürfen Rehabilitationsleistungen auch nicht aufstocken.

? Wie kann man solche Abgrenzungsfragen inhaltlich sauber klären?

In dem man nach Kriterien sucht, mit denen man die Leistung entweder den Leistungen der Rehabilitationsträger oder denen der Integrationsämter zuordnen kann. Eine erstmals aufgetretene schwere Behinderung

deutet zum Beispiel auf einen Rehabilitationsbedarf hin. So haben wir es dann auch vereinbart. Manches Problem mussten wir auch gleichsam wie einen gordischen Knoten durchschlagen und einen Kompromiss finden. Solche Lösungen verdienen dann sicher keinen Schönheitspreis, aber wenn sie tragfähig sind, erleichtern sie ungemein die Arbeit.

? Welche gesetzlichen Leistungsträger waren beteiligt?

Im Grunde alle, die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erbringen. Wobei es in der Praxis hauptsächlich zwischen den Integrationsämtern und der Bundesagentur für Arbeit und der Deutschen Rentenversicherung gehakt hat. Aber auch die gesetzliche Unfallversicherung war beim Zustandekommen der Absprache aktiv beteiligt.

? Welche Bedeutung hat die Verwaltungsabsprache in der Praxis?

Über die Jahre hat sie eine erhebliche Bedeutung erlangt. Sie hat zu deutlich mehr Sicherheit in der Beantwortung der Abgrenzungsfragen geführt. Die Verfahren dauern kürzer und es profitieren alle: Die Menschen mit

Behinderung, ihre Arbeitgeber und natürlich auch die Leistungsträger selbst. Bevor es die Verwaltungsabsprache gab, waren bei den Verwaltungs- oder Sozialgerichten permanent zahlreiche Erstattungsverfahren zwischen den gesetzlichen Leistungsträgern anhängig. Natürlich mit langer Verfahrensdauer und sich teilweise widersprechenden Urteilen. Inzwischen sind so gut wie keine Gerichtsverfahren mehr anhängig. Mein eigenes Integrationsamt in Baden-Württemberg hatte noch vor Jahren immer Dutzende von Erstattungsverfahren gleichzeitig laufen, derzeit kein einziges mehr. Es soll ja nicht Sinn unserer Arbeit sein, dass sich die Verwaltungen untereinander beschäftigen, wir sind schließlich für die betroffenen Menschen mit Behinderung da.

? Warum war nun die Aktualisierung der Verwaltungsabsprache so schwierig und dauerte so lange? Die gesetzlichen Rahmenbedingungen hatten sich doch zuletzt kaum verändert.

Die Gespräche waren stets konstruktiv und es lag bestimmt nicht am fehlenden guten Willen der Beteiligten. In der Praxis entdecken wir aber immer neue Punkte, die unklar sind und die wir abstimmen müssen.

Teilweise bestand auch Korrekturbedarf, weil sich das eine oder andere aus der früheren Absprache als nicht optimal erwies. Zum Beispiel, wie wir bei einem Bedarf verfahren, der alle paar Jahre wieder neu auftritt, wie beim Verschleiß einer technischen Arbeitshilfe, also bei einer wiederholten Förderung. Soll dann ein Leistungsträger an eine frühere falsche Entscheidung für die Dauer des ganzen Berufslebens eines Antragstellers gebunden sein?

Ein ganz schwieriges Thema war es auch, wie wir bei der Leistung der Arbeitsassistenz in Ausbildungsverhältnissen und unmittelbar danach verfahren. Hier lagen zwar bereits höchst-richterliche Urteile des BSG vor, aber auch sie wurden unterschiedlich interpretiert. Unmittelbar nach dem Inkrafttreten des SGB IX hatte die neue Leistung der Arbeitsassistenz nur in sehr wenigen Fällen Bedeutung. Das sieht heute ganz anders aus. Aber auch hier konnten wir uns inzwischen auf einen Kompromiss verständigen.

Die Verwaltungsabsprache findet sich im Internet unter www.integrationsaemter.de •

UNTERSTÜTZTE BESCHÄFTIGUNG – Fortsetzung eines erfolgreichen Projektes der BAG UB

Das Projekt „Fachkompetenz in Unterstützter Beschäftigung“ der Bundesarbeitsgemeinschaft für Unterstützte Beschäftigung e.V. (BAG UB) hatte zum Ziel, die Umsetzung dieses seinerzeit neuen Instruments zu fördern. Es sollte Unterstützte Beschäftigung in die Fläche tragen und deren Umsetzung auf einem hohen fachlichen Niveau sicherstellen.

In einem Folgeprojekt „Unterstützte Beschäftigung – Nachhaltigkeit und Qualitätssicherung der Teilhabe am Arbeitsleben“ soll nun vor allem untersucht werden, wie nachhaltig die durch die individuelle betriebliche Qualifizierung (In-

beQ) entstandenen Arbeitsverhältnisse sind. Im Fokus stehen dabei die Analyse der hemmenden und fördernden Faktoren für einen dauerhaften Verbleib im Arbeitsverhältnis sowie die Weiterentwicklung der Dokumentation und Qualitätsprüfung der InbeQ.

Wesentlicher Projektinhalt ist wiederum der kontinuierliche Fachaustausch zwischen Leistungsträgern und Leistungsanbietern der InbeQ und der Berufsbegleitung. Das neue Projekt soll gerade für den sensiblen Übergang zwischen den Phasen „individuelle betriebliche Qualifizierung“ und „Berufsbegleitung“ wichtige Erkenntnisse liefern.

Die BAR erwartet dabei auch Ergebnisse, die

für die Weiterentwicklung der Gemeinsamen Empfehlung „Unterstützte Beschäftigung“ dienen können. Sie stellt auch für das Folgeprojekt ihre Internetseite als dauerhafte Informationsplattform zur Verfügung.



<http://www.bar-frankfurt.de>



Aussagen aus der Rechtsprechung zum Rehabilitations-/Teilhabebedarf und dessen Feststellung*



- Der Begriff des Rehabilitationsbedarfes ist gesetzlich zwar nicht definiert, aber im Hinblick auf § 8 Abs. 1 SGBIX weit zu verstehen. Die Prüfung nach § 8 Abs. 1 SGBIX, ob Leistungen zur Teilhabe voraussichtlich erfolgreich sind, hat trägerübergreifend zu erfolgen, unabhängig von dem Zuständigkeitsbereich des Reha-Trägers, bei dem der Antrag gestellt worden ist.
SG Osnabrück, Urteil v. 01.12.2009 – S 16 AL 200/07
- Aus dem individuellen Rehabilitationsbedarf und dem spezifischen Leistungsangebot und -zweck unter Berücksichtigung angemessener Wünsche des Versicherten ergibt sich die Erforderlichkeit einer konkreten Rehabilitationsleistung.
Thüringer LSG, Urteil v. 01.07.2014 – L 6 KR 1757/11
- Der Träger, der einen auf mögliche Teilhabeleistungen gerichteten Antrag nicht binnen 14 Tagen weiterleitet („erstangegangener“), oder der Träger, an den der Antrag binnen 14 Tagen weitergeleitet wurde („zweitangegangener“ Träger), ist nach § 14 SGBIX ungeachtet seiner „eigentlichen“ Zuständigkeit zur umfassenden Prüfung des Rehabilitationsbedarfs nach § 10 SGBIX verpflichtet.
BSG, jüngst z. B. Urteil v. 30.10.2014 – B 5 R 8/14 R
- Der Versicherte will im Zweifel die ihm günstigste Art der Leistungsgewährung in Anspruch nehmen; ein Antrag ist also umfassend zu verstehen und auf alle nach Lage des Falles in Betracht kommenden Leistungen und Anspruchsgrundlagen (Rechtsgrundlagen) hin zu prüfen.
BSG, jüngst z. B. Urteile v. 10.07.2014 – B 10 SF 1/14 R – und v. 24.01.2013 – B 3 KR 5/12 R
- Bei einem Antrag auf Leistungen zur Teilhabe ist der Rehabilitationsbedarf an Hand aller Rechtsgrundlagen (für Teilhabeleistungen), die überhaupt in der konkreten Bedarfssituation für Rehabilitationsträger (rehabilitationsrechtlich) vorgesehen sind, festzustellen. Die Prüfung des Antrags erfolgt unter Beachtung der persönlichen und versicherungsrechtlichen Voraussetzungen der jeweiligen Leistungsgesetze.
BSG, jüngst z. B. Urteile v. 30.10.2014 – B 5 R 8/14 R –, v. 24.01.2013 – B 3 KR 5/12 R – und v. 11.05.2011 – B 5 R 54/10 R; vgl. auch Beschluss v. 03.02.2015 – B 13 R 261/14 B
Dies gilt auch dann, wenn sich die begehrte Leistung nur für einen der beiden Leistungsträger als Rehabilitationsleistung darstellt, solange nur beide Rehabilitationsträger i. S. v. § 6 Abs. 1 SGBIX sind.
Landessozialgericht Berlin-Brandenburg, Urteil v. 23.07.2014 – L 9 KR 54/11
- Relevante Bestimmungen: §§ 6, 8, 10, 14 SGBIX

* redaktionell abgewandelte und zusammengeführte Aussagen aus den Entscheidungsgründen und z. T. den Leitsätzen der angegebenen sowie weiterer entsprechender Entscheidungen

Impressum

Reha-Info zur Zeitschrift Die Rehabilitation, 54. Jahrgang, Heft 4, August 2015
Die Reha-Info erscheint außerhalb des Verantwortungsbereichs der Herausgeber der Zeitschrift Die Rehabilitation.
Herausgeber: Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) e.V., Solmsstr. 18, 60486 Frankfurt am Main
Redaktion: Günter Thielgen (verantwortlich), Bernd Giraud, Erich Lenk, Elke Cosanne, Sebastian Bönisch;

Rechtsbeiträge: Dr. Thomas Stähler, Marcus Schian
Telefon: 069/605018-0
E-Mail: info@bar-frankfurt.de
Internet: http://www.bar-frankfurt.de
Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) e.V. ist die gemeinsame Repräsentanz der Deutschen Rentenversicherung Bund, der Bundesagentur für Arbeit, der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung,

der gesetzlichen Krankenversicherung, der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau, der Bundesländer, der Spitzenverbände der Sozialpartner, der Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen, der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe sowie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zur Förderung und Koordinierung der Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen.