

– Fachbeitrag D50-2017 –

10.11.2017

Ermittlung des Rehabilitationsbedarfs – Auswirkungen des Bundesteilhabegesetzes¹

Von Dr. Harry Fuchs, Düsseldorf

1. Neue rechtliche Rahmenbedingungen

Mit dem Bundesteilhabegesetz (BTHG)² werden in zwei umfangreichen Kapiteln³ die Verfahren zur Klärung der Zuständigkeit, zur Ermittlung des Rehabilitationsbedarfs und zur Koordination der Leistungen durch die Rehabilitationsträger neu geregelt.

Leistungen sollen wie aus einer Hand erbracht und zeitintensive Zuständigkeitskonflikte der Träger untereinander sowie Doppelbegutachtungen zu Lasten der Menschen mit Behinderungen vermieden werden⁴. Um „**Leistungen wie aus einer Hand**“ gewähren zu können und Nachteile des gegliederten Systems der Rehabilitation für die Menschen mit Behinderungen abzubauen, wird künftig für alle Rehabilitationsträger ein verbindliches, **partizipatives Teilhabeplanverfahren** vorgeschrieben.

Das neue Teilhabeplanverfahren stellt die Verwaltungen der Rehabilitationsträger und die Leistungsberechtigten vor große fachliche Herausforderungen. In den Verwaltungen werden zur Umsetzung des Verfahrens Qualifizierungs- und Weiterbildungsmaßnahmen des Personals erforderlich sein⁵.

¹ Dieser Beitrag wurde unter www.reha-recht.de als Fachbeitrag D50-2017 in der Kategorie D: Konzepte und Politik veröffentlicht; Zitiervorschlag: Fuchs: Ermittlung des Rehabilitationsbedarfs – Auswirkungen des Bundesteilhabegesetzes; Beitrag D50-2017 unter www.reha-recht.de, 10.11.2017.

² BT-Drs. 18/9522 vom 05.09.2016 BGBl I vom 29.12.2016 S. 3234.

³ SGB IX, Teil 1 in der Fassung ab 1.1.2018: Kapitel 3 – Erkennung und Ermittlung des Rehabilitationsbedarfs; Kapitel 4 – Koordinierung der Leistungen.

⁴ BT-Drs. 18/9522 S. 2, 191.

⁵ aaO, S. 193.

2. Sicherstellung der Bedarfserkennung, Informationsangebote, Hinwirkungspflicht, Ansprechstellen

2.1 Sicherstellungs- und Hinwirkungspflicht der Träger

Nach § 12 Abs. 1 SGB IX haben die Rehabilitationsträger durch geeignete Maßnahmen sicherzustellen, dass ein Rehabilitationsbedarf frühzeitig erkannt und auf eine Antragstellung der Leistungsberechtigten hingewirkt wird.

Bereits nach § 17 Abs. 1 Nr. 1 SGB I sind die Rehabilitationsträger verpflichtet, darauf hinzuwirken, dass jeder Berechtigte die ihm zustehenden Sozialleistungen in zeitgemäßer Weise, umfassend und zügig erhält. Die Erkennung und die Hinwirkung in § 12 Abs. 1 SGB IX betreffen den Bedarf eines behinderten Menschen an Leistungen zur Teilhabe in seiner Gesamtheit und nicht nur begrenzt auf die jeweiligen Leistungsgesetze. Damit werden die allgemeinen Pflichten der Sozialleistungsträger, die sich aus dem SGB I ergeben, wie z. B. die Aufklärungspflicht nach § 13 SGB I, die Beratungspflicht nach § 14 SGB I, die Auskunftspflicht zu Sozialleistungen nach § 15 SGB I oder die Hinwirkungspflicht auf die Stellung sachdienlicher Anträge nach § 16 Absatz 3 SGB I, deutlich erweitert⁶.

Es bleibt der Organisationsverantwortung der Rehabilitationsträger und ihrer Selbstverwaltung überlassen festzulegen, welche Maßnahmen geeignet sind und wie diese inhaltlich ausgestaltet werden. Nach der Begründung zu § 12 Abs. 1 SGB IX sind **organisatorische Vorkehrungen oder Qualifizierungsmaßnahmen**, die die frühe Erkennung von Rehabilitationsbedarfen unterstützen, denkbar. Besonders wichtig seien – in Entsprechung zur einfachen Gestaltung und Verwendung allgemein verständlicher Antragsvordrucke in § 17 Abs. 1 Nr. 3 SGB I – auch **geeignete Antragsformulare**, die sowohl den Fallbearbeitern als auch den potenziell Leistungsberechtigten die Inanspruchnahme von Rehabilitationsleistungen nahelegen und erleichtern. Implizit oder direkt leistungsverengende Verfahren, Abläufe und Auskünfte seien demgegenüber pflicht- und rechtswidrig. Die Leistungsberechtigten können sich demnach gegenüber den Rehabilitationsträgern auf die Hinwirkungspflicht nach § 12 SGB IX berufen, falls auf die Möglichkeit einer Antragstellung auf Leistungen zur Teilhabe pflichtwidrig nicht hingewiesen wurde oder wenn Antragsformulare den fehlerhaften Eindruck erwecken würden, die Nichtzuständigkeit eines Leistungsträgers für eine bestimmte Teilhabeleistung sei gleichbedeutend mit einem Leistungsausschluss⁷. Soweit dem Berechtigten daraus ein Nachteil entsteht, könnte dadurch auch ein öffentlich-rechtlicher Herstellungsanspruch erwachsen.

⁶ aaO, S. 231.

⁷ aaO, S. 231.

Die Erweiterung der Hinwirkungspflichten im Zusammenhang mit der frühzeitigen Bedarfserkennung müsste für alle Träger von Teilhabeleistungen Anlass sein, ihre Antragsverfahren und Antragsvordrucke zu überprüfen und ggf. weiter zu entwickeln, da diese durchaus nicht immer den gesetzlichen Vorgaben gerecht werden und verschiedentlich durchaus Defizite enthalten.

2.2 Unterstützung der Bedarfserkennung durch Informationsangebote der Träger

Der Gesetzgeber verpflichtet die Rehabilitationsträger dazu, die frühzeitige Erkennung des Rehabilitationsbedarfs insbesondere durch die Bereitstellung und Vermittlung von geeigneten **barrierefreien Informationsangeboten** über

- die Inhalte und Ziele von Leistungen zur Teilhabe
- die Möglichkeiten der Leistungsausführung als Persönliches Budget
- das Verfahren zur Inanspruchnahme von Leistungen zur Teilhabe und
- Angebote der Beratung, einschließlich der ergänzenden und unabhängigen Teilhabeberatung nach § 32 SGB IX

zu unterstützen. Diese gesetzlichen Vorgaben entsprechen weitgehend den Verfahren und Schriften, die die Rehabilitationspflichten bisher schon zur Erfüllung ihrer Auskunftspflicht und Aufklärungspflichten nach §§ 13, 15 SGB IX umfänglich vorhalten. Dabei handelt es sich – wie bei allen schriftlichen Informationsangeboten – der Natur der Sache nach um in der Regel sehr abstrakte, auf die Beschreibung der rechtlichen Vorgaben und Möglichkeiten beschränkte Inhalte, deren **Verständlichkeit** für den Nutzer häufig auch begrenzt ist.

Bisher ist es Aufgabe der am 31.12.2018 wegfallenden Gemeinsamen Servicestellen, diese allgemeinen Informations- und Aufklärungsangebote durch **Beratung und personenbezogene Unterstützung** für den behinderten Menschen und seine Vertrauensperson bezogen auf die individuelle Teilhabebeeinträchtigung zu vertiefen, auf klare und sachdienliche Anträge und auf zeitnahe Entscheidungen des Rehabilitationsträgers hinzuwirken sowie den behinderten Menschen während des gesamten Teilhabeverfahrens unterstützend zu begleiten⁸.

Der Gesetzgeber hält jedoch trotz des Wegfalls der Gemeinsamen Servicestellen daran fest, zu einer besseren Koordination und Kooperation der Rehabilitationsträger im Sinne der Betroffenen zu kommen. Insbesondere das trägerübergreifende und partizipative Teilhabeplanverfahren sowie die Einführung eines ergänzenden von Leistungsträgern und Leistungserbringern unabhängigen Teilhabeberatungsangebotes, das auch dem

⁸ § 22 Abs. 1, insbes. Nr. 3, 6 und 7 SGB IX a. F.

Peer-Prinzip Rechnung trägt (§ 32 SGB IX), soll für die Menschen mit Behinderungen künftig deutlich bessere Beratung und Unterstützung bieten.

Die Rehabilitationsträger bleiben aber auch weiterhin zur umfassenden Beratung der Leistungsberechtigten verpflichtet und haben dazu künftig nach § 12 SGB IX untereinander **vernetzte Ansprechstellen** einzurichten⁹. Diese Verpflichtung tritt an die Stelle der bisherigen Regelungen zu den Gemeinsamen Servicestellen. Damit haben die Rehabilitationsträger – wie vor dem 01.07.2001 – die in der Zwischenzeit den Gemeinsamen Servicestellen mit §§ 22, 23 SGB IX a. F. übertragenen Aufgaben nunmehr wieder in eigener Verantwortung wahrzunehmen und zu organisieren. Mit dem BTHG entfällt lediglich die Verpflichtung, dies in gemeinsamer Verantwortung institutionell in Form der Gemeinsamen Servicestellen zu tun. Es bleibt abzuwarten, wie die Träger die gesetzlich vorgegebene Vernetzung der neuen trägerspezifischen Ansprechstellen gestalten und ob damit im Ergebnis tatsächlich eine bessere trägerübergreifende Koordination und Kooperation erreicht werden kann als mit den Gemeinsamen Servicestellen.

Positiv zu bewerten ist, dass auch die Jobcenter im Rahmen ihrer Zuständigkeit für Leistungen zur beruflichen Teilhabe, die Integrationsämter für ihre Leistungsverpflichtungen für schwerbehinderte Menschen sowie die Pflegekassen in gleicher Weise zur Unterstützung der frühzeitigen Bedarfserkennung verpflichtet sind wie die Rehabilitationsträger (§ 12 Abs. 2 SGB IX).

3. Instrumente zur Ermittlung des Rehabilitationsbedarfs

3.1 Rechtlich verbindliche Vorgaben für die Gestaltung durch die Träger

Bereits das SGB IX in der Fassung von 2001 war darauf ausgerichtet, zeitintensive Zuständigkeitskonflikte der Träger untereinander sowie Doppelbegutachtungen zu Lasten der Menschen mit Behinderungen zu vermeiden und Leistungen „wie aus einer Hand“ zu erbringen.

Die dazu im SGB IX enthaltenen Bestimmungen zur Kooperation und Koordination der Träger und zur Konvergenz der Leistungen wurden von den Rehabilitationsträgern weitgehend gar nicht oder nur in Teilen umgesetzt.¹⁰

Der Gesetzgeber hatte 2001 insbesondere die Organisation und Gestaltung des Verfahrens zur Bedarfserkennung, Bedarfsermittlung, Begutachtung und zur Teil-

⁹ BT-Drs. 18/9522, S. 196.

¹⁰ Vergl. Fuchs, H. (2008): Vernetzung und Integration im Gesundheitswesen am Beispiel der medizinischen Rehabilitation, Asgard-Verlag, St Augustin, ISBN 978-3-537-76300-6 S. 315 ff.

habeleistungsplanung weitgehend der Verantwortung und dem Ermessen der Selbstverwaltung und der Träger mit der Folge überlassen, dass die erwartete Koordination, Kooperation und Konvergenz nicht erreicht wurde.

Um das Ziel der trägerübergreifenden Koordination und Kooperation dennoch zu erreichen, greift der Gesetzgeber nunmehr steuernd in das Organisationsermessen der Träger bei der Gestaltung der Verwaltungsverfahren ein. Aus den neuen Vorschriften zur Koordinierung der Leistungen in Kapitel 4 erwächst die Notwendigkeit, trägerübergreifend nach einheitlichen Maßstäben der Ermittlung des Rehabilitationsbedarfs zusammenzuarbeiten. Anderenfalls wären eine **nahtlose Leistungserbringung** und eine effektive Durchführung des Teilhabeplanverfahrens nicht möglich.

Der Gesetzgeber macht den Trägern mit § 13 SGB IX Vorgaben sowohl hinsichtlich der Gestaltung einheitlich zu verwendender systematischer Arbeitsprozesse und standardisierter Arbeitsmittel (Absatz 1) wie auch zu den mit der Bedarfsermittlung in allen Fällen zu treffenden Feststellungen (Absatz 2).

3.2 Abweichungsfestes Recht

Die Rehabilitationsträger können nach § 7 Abs. 2 SGB IX keine von den Bestimmungen der Kapitel 2 bis 4 des Teils 1 des SGB IX abweichenden Regelungen treffen oder Verfahren gestalten. Nur der Bundesgesetzgeber kann in den für die Träger geltenden Leistungsgesetzen – für die Erhebungsinstrumente aufbauend auf den Vorgaben von § 13 SGB IX – weitergehende und speziellere Vorgaben regeln, die den Besonderheiten der jeweiligen Leistungssysteme gerecht werden (soweit dafür bei weitgehend übereinstimmenden Rechtsgrundlagen überhaupt ein Bedarf besteht). Verzichtet der Gesetzgeber auf eine Konkretisierung, belässt er den Rehabilitationsträgern – auf der Basis der unabänderlichen Vorgaben in § 13 Abs. 2 SGB IX – für die Gestaltung der Verwaltungsverfahren immer noch weite **fachliche Spielräume** bei der Entwicklung und Nutzung der Instrumente¹¹. Ob es zu einer weiteren Konkretisierung in den für die Träger geltenden Leistungsgesetzen kommt, hängt vom Ergebnis der vom BMAS nach § 13 Abs. 3 SGB IX in Auftrag gegebenen Untersuchung der (derzeit vorhandenen) Instrumente ab, die bis 31.12.2019 zu veröffentlichen ist.

Dass nur durch **Leistungsgesetze** trägerspezifische Abweichungen zugelassen werden können, entspricht § 7 Abs. 2 SGB IX, nach dem die Vorschriften der Kapitel 2 bis 4 des Teils 1 des SGB IX den für den jeweiligen Rehabilitationsträger geltenden Leistungsgesetzen vorgehen, d. h. abweichungsfest sind, und auch hinsichtlich der Regelungen in Kapitel 4 für die Eingliederungshilfe nicht durch Landesrecht verändert werden können. Schon nach dem bis zum 31.12.2017 geltenden § 7 Satz 1 SGB IX hatten die

¹¹ BT-Drs. 18/9522, S. 232.

Rehabilitationsträger die Vorschriften des SGB IX anzuwenden, soweit sich aus den für sie geltenden Leistungsgesetzen nichts Abweichendes ergibt. In der Praxis gab es **divergierende Auslegungen** dazu, ob und welche Abweichungen die spezifischen Leistungsgesetze enthalten. § 7 Abs. 2 Satz 1 SGB IX stellt dazu nunmehr klar, dass die Träger von den Bestimmungen in den Kapiteln 2 (Einleitung der Rehabilitation von Amts wegen), Kapitel 3 (Erkennung und Ermittlung des Rehabilitationsbedarfs) und Kapitel 4 (Koordinierung der Leistungen) nicht mehr abweichen können, und schränkt insoweit trägerspezifische Abweichungsmöglichkeiten ein.

Da die für die Träger geltenden Leistungsgesetze zu den §§ 12, 13 SGB IX keine abweichenden Bestimmungen enthalten, sind diese Vorschriften über die Erkennung und Ermittlung des Rehabilitationsbedarfs nunmehr für alle in § 6 SGB IX genannten Rehabilitationsträger unmittelbar anzuwendendes Recht.

3.3 Instrumente zur Ermittlung des Rehabilitationsbedarfs

§ 13 Abs. 1 SGB IX verpflichtet die Rehabilitationsträger dazu, **systematische Arbeitsprozesse und standardisierte Arbeitsmittel** zu verwenden, aufgrund derer die Ermittlung des Rehabilitationsbedarfs bei dem jeweiligen Rehabilitationsträger einheitlich und nachprüfbar durchgeführt werden kann. Hierfür wird der Begriff der „Instrumente“ als übergeordnete Bezeichnung für Arbeitsprozesse und Arbeitsmittel definiert. Die Ziele der Einheitlichkeit und der Nachprüfbarkeit bestimmen den Einsatzzweck der Instrumente. Der Bezug zu den jeweiligen Leistungsgesetzen der Rehabilitationsträger stellt klar, dass die Instrumente nicht in allen Rechtskreisen identisch sein müssen und können. Arbeitsprozesse im Sinne von Satz 1 können nach der Begründung z. B. Erhebungen, Analysen, Dokumentation, Planung und Ergebniskontrolle sein. Arbeitsmittel sind Hilfsmittel, die die Arbeitsprozesse unterstützen, wie z. B. funktionelle Prüfungen (Sehtest, Intelligenztest, Hörtest), Fragebögen und IT-Anwendungen¹². Trotz der damit eingeräumten Anpassung an die trägerspezifischen Abläufe und Organisationsformen muss immer der übergeordnete Anspruch der „einheitlichen und überprüfbaren Ermittlung des individuellen Rehabilitationsbedarfs“ künftig trägerübergreifend gewahrt bleiben.

Damit das gewährleistet ist, hat der Gesetzgeber die Aufgabenstellung der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) um „die Erarbeitung von gemeinsamen Grundsätzen zur Bedarfserkennung, Bedarfsermittlung und Koordinierung von Rehabilitationsmaßnahmen und zur trägerübergreifenden Zusammenarbeit“ erweitert (§ 39 Abs. 2 Nr. 2¹³ SGB IX) und damit eine Basis für eine weitgehend trägerübergreifende Ausgestaltung der Instrumente geschaffen. Die Verantwortung dafür, dass die von den

¹² aaO, S. 233.

¹³ Abweichend vom Wortlaut des § 13 Abs. 2 Satz 2 ist die Gemeinsame Empfehlung tatsächlich in § 39 Abs. 2 Nr. 2 SGB IX geregelt.

Trägern verwendeten Instrumente den von den Rehabilitationsträgern auf der Ebene der BAR vereinbarten Grundsätzen für Instrumente zur Bedarfsermittlung entsprechen (§ 13 Abs. 1 Satz 2 SGB IX), liegt bei den Trägern. Da die Gemeinsamen Empfehlungen der BAR für die Träger der Eingliederungshilfe nicht bindend sind, gilt für die Träger der Eingliederungshilfe ergänzend § 118 SGB IX. Nach § 13 Abs. 1 Satz 3 SGB IX können Rehabilitationsträger Instrumente von ihren Verbänden, Vereinigungen oder von Dritten entwickeln lassen, wenn sie diese neu einführen oder bestehende Instrumente modifizieren wollen.

4. Mindestanforderungen an die Instrumente

4.1 Anforderungen des Gesetzgebers

§ 13 Abs. 2 SGB IX gibt die Mindestanforderung für den Einsatzbereich der Instrumente vor, die unabhängig davon zu erfüllen sind, welcher Träger seine Instrumente mit welchen Inhalten ausgestaltet. Danach müssen die von den Trägern für die Durchführung des für sie jeweils geltenden Leistungsgesetzes gestalteten systematischen Arbeitsprozesse und standardisierten Arbeitsmittel unabdingbar die in dieser Regelung geforderten, **im Rahmen der Bedarfsermittlung zu treffenden Feststellungen** ausweisen und dokumentieren.

Obwohl diese Regelung von zentraler Bedeutung nicht nur für die Ermittlung des Rehabilitationsbedarfs, sondern weit darüber hinausgehend auch für die Entscheidung über eine den festgestellten Bedarf wirksam deckende Leistung, damit wiederum für die Gestaltung von Gegenstand, Umfang sowie Ausführung der Leistungen (§ 25 Abs. 1 Nr. 1 SGB IX) und letztlich auch für die Überprüfung der Wirksamkeit der Leistungen (u. a. §§ 37, 128 Abs. 1 Satz 1 SGB IX) ist, bleibt die Begründung des Gesetzes bemerkenswert einsilbig. Sie stellt lediglich klar, dass die Träger über die in der Bestimmung genannten Einsatzbereiche hinaus auch noch weitere Einsatzbereiche vorsehen können, wenn sie dies nach den für sie geltenden Leistungsgesetzen für zweckmäßig erachten, wie z. B. für die Beobachtung der Leistungserbringung und die Wirkungskontrolle der erbrachten Leistungen¹⁴.

Der Gesetzgeber gibt vor, dass die Instrumente eine **individuelle und funktionsbezogene Bedarfsermittlung** gewährleisten und die Dokumentation und Nachprüfbarkeit der Bedarfsermittlung sichern, indem sie insbesondere erfassen,

1. ob eine Behinderung vorliegt oder einzutreten droht,
2. welche Auswirkung die Behinderung auf die Teilhabe der Leistungsberechtigten hat,

¹⁴ BT-Drs. 18/9522, S. 233.

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.

4.2 Entwicklungen zur Umsetzung

Soweit die Vorbereitungen zur Durchführung des § 13 SGB IX öffentlich nachvollziehbar sind, ist derzeit der mit dieser Regelung beabsichtigte trägerübergreifende Ansatz im Sinne einer „einheitlichen und überprüfbaren Ermittlung“ nicht zu erkennen. Bei den Trägern der Sozialhilfe wird der Teil 1 des SGB IX – und damit § 13 SGB IX – kaum mehr in den Blick genommen als bisher. Bei den Sozialversicherungsträgern dominiert unverändert der Blick auf das eigene Leistungsgesetz.

Die Entwicklung wird auch dadurch irritiert, dass in § 118 Abs. 1 Satz 2 SGB IX zwingend vorgegeben ist, dass die Ermittlung des individuellen Bedarfs in der Eingliederungshilfe durch ein Instrument erfolgen muss, das sich an der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) orientieren muss. Da diese Regelung im Zusammenhang mit dem neuen Gesamtplanverfahren bereits am 1.1.2018 in Kraft tritt, ist die Diskussion – soweit es denn eine partizipative unter Beteiligung aller berührten Akteure überhaupt gibt – auch dadurch geprägt, bis Ende des Jahres irgendwie ein dem Gesetz gerecht werdendes Instrument praxisreif zu machen. Dass dabei im Wesentlichen eine **eher begrenzte Modifizierung der bisherigen Hilfeplanverfahren** als ausreichend angenommen wird, liegt auf der Hand.

Demgegenüber ist bei den Trägern außerhalb der Eingliederungshilfe keine gravierende Diskussion zur Anpassung der in der Praxis eingesetzten Bedarfsfeststellungsverfahren wahrnehmbar. Dass der Gesetzgeber für diese Träger nicht ebenfalls die Verpflichtung zur ICF-Orientierung – vergleichbar der Regelung in § 118 SGB IX – unmittelbar im Wortlaut des § 13 SGB IX verankert hat, ist nach der Begründung darauf zurückzuführen, dass aus dem Abschlussbericht zu dem vom BMAS geförderten Projekt „Prüfung von aktuellem Stand und Potenzial der Bedarfsermittlung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben unter Berücksichtigung der ICF“ (Morfeld u. a., 2014) hervorgeht, dass die Rehabilitationsträger bislang eine Vielzahl von Methoden zur Ermittlung des Rehabilitationsbedarfs entwickelt haben und der im Rahmen des Projekts untersuchte Nutzungsgrad der ICF unterschiedlich ausgeprägt ist.

Ob und inwieweit auch im Wortlaut weiterer Leistungsgesetze eine Orientierung an der ICF in Betracht kommt, soll durch eine wissenschaftliche Untersuchung bis Ende 2019 geklärt werden, die das BMAS nach § 13 Abs. 3 SGB IX in Auftrag geben wird.

Unabhängig davon hat aber bereits auch das SGB IX in der Fassung vom 01.07.2001 eine Orientierung der Bedarfsermittlung an der ICF vorgegeben, die auch nach Inkrafttreten des BTHG ab 01.01.2018 fortbesteht, da die bisherige Regelung (§ 10 SGB IX, „individuelle funktionsbezogene Feststellung“ des Bedarfs) auch in der Neufassung (verkürzt) in § 13 Abs. 2 SGB IX und (wortgleich) in § 19 Abs. 1 SGB IX (Teilhabeplan) weiterhin vorhanden ist. Zudem haben die Träger untergesetzlich bereits auf dieser Grundlage auf der Ebene der BAR gerade erst die „Gemeinsame Empfehlung Begutachtung“ nach § 25 Abs. 1 Nr. 4 SGB IX neu gefasst und an der ICF orientiert ab 01.12.2016 in Kraft gesetzt. Deshalb wird außerhalb der Eingliederungshilfe nach dem derzeitigen Diskussionsstand lediglich der Bedarf für eine **ergänzende Handlungshilfe** zu dieser gemeinsamen Empfehlung gesehen, mit der auch die Anpassung an § 13 Abs. 2 SGB IX vollzogen werden kann.

4.3 Zur ICF-Orientierung der Ermittlung des Rehabilitationsbedarfs

Bei der Nutzung der ICF ist zwischen der Nutzung des biopsychosozialen Modells, das der ICF zugrunde liegt, einerseits und der Nutzung der ICF als Klassifikation mit ihren verschiedenen Domänen, Kategorien und Codes einschließlich der Beurteilungsmerkmale im Sinne eines Kodierungssystems andererseits zu unterscheiden. Das biopsychosoziale Modell ist ein Konzept, das davon ausgeht, dass sich Schädigungen auf den Ebenen der Körperstrukturen und -funktionen und Beeinträchtigungen der Aktivitäten und der Teilhabe unter dem Einfluss von Kontextfaktoren wechselseitig im positiven wie auch negativen Sinn beeinflussen können. Dem folgt der gegenüber der ICF engere Behinderungsbegriff in § 2 Abs. 1 SGB IX im Wesentlichen.

Die Deutsche Vereinigung für Rehabilitation (DVfR) beobachtet bei der bisherigen Erarbeitung von Instrumenten zur Bedarfsermittlung drei grundsätzliche Herangehensweisen:

- a. Das biopsychosoziale Modell wird als Leitfaden für die diskursive Bedarfsermittlung genutzt. Als Beispiele (unvollständige Aufzählung, da eine differenzierte Bewertung der einzelnen Instrumente und Verfahren hier nicht erfolgen kann) können etwa der IHP (Individueller Hilfeplan) 3.1 im Rheinland oder der THP (Teilhabeplan) in Rheinland-Pfalz gelten.
- b. Zur Ermittlung des Bedarfs werden am rechtlich verfügbaren Leistungskatalog orientierte Bedarfsgruppen definiert. Für die Beschreibung und Zuordnung dieser Bedarfsgruppen wiederum werden Instrumente verwendet, die zwar einzelne Items der ICF beinhalten, jedoch keine systematische Verwendung des

biopsychosozialen Modells bzw. der ICF darstellen, z. B. das sog. Metzler-Verfahren.¹⁵ Hier werden einzelne Codes eher als Indikatoren für Unterstützungsbedarfe verwendet, nicht jedoch im Sinne einer umfassenden individuellen Bedarfsermittlung. Solche Verfahren entsprechen für sich allein betrachtet nicht den Vorgaben des BTHG in den §§ 13 und 142 i. V. m. § 141, da sie nicht den individuellen Bedarf funktionsbezogen feststellen, keine Teilhabeziele definieren und noch keine Erfolgsprognose für mögliche Teilhabeleistungen umfassen. Sie stellen lediglich eine einfache Methode dar, um Leistungsberechtigte einzelnen Bedarfsgruppen zuzuweisen, denen dann bestimmte pauschalisierte Leistungspakete und/oder Vergütungspauschalen zugeordnet werden können. Sie stellen insofern keine gesetzeskonforme Anwendung der ICF dar. Dies schließt indes ihre Verwendung z. B. bei der Zuweisung von Pflegesätzen oder Maßnahmepauschalen für definierte Bedarfsgruppen nicht aus.

- c. In verschiedenen Ansätzen wird versucht, auf der Grundlage einiger selektierter ICF-Items und meist auch nur einiger herausgegriffener Lebensbereiche, deren Beschreibung eine repräsentative, valide und reliable Darstellung des Behinderungsbildes zugeschrieben wird, eine standardisierte Erfassung des Behinderungsbildes zur Ermittlung des Bedarfs vorzunehmen – z. B. im Entwurf zu einem neuen Teilhabeplan „RLP neu“. Auch hier gilt das unter Nr. 2 zu Core Sets Ausgeführte: Diese Vorgehensweise ist nicht gesetzeskonform, da der Bedarf individuell und umfassend zu ermitteln ist¹⁶.

Insgesamt ist festzustellen, dass die **ICF kein Assessmentinstrument** darstellt und dazu auch nicht gemacht werden kann. Weder ist sie dazu konzipiert, noch kann sie dazu umfunktioniert werden. Auch die Kodierung mit der ICF ist nicht zuletzt deshalb wenig praktikabel, weil die Beurteilungsmerkmale und damit die Schweregradabstufungen nicht operationalisiert sind und nach Auffassung der meisten Forscher in der vorliegenden Form auch nicht operationalisiert werden können; dies gilt insbesondere für die Aktivitäten und die Teilhabe sowie die Kontextfaktoren. Hinzu kommt, dass von der WHO für letztere nur im Bereich der Umwelt eine systematische Auflistung zur Verfügung gestellt wird. Die Anwender müssen sich daher eigener Auflistungen bedienen, um die relevanten Kontextfaktoren im Rahmen der Analyse der individuellen Lebenssituation berücksichtigen zu können.

¹⁵ Verfahren „Hilfebedarf von Menschen mit Behinderung“ der Forschungsstelle „Lebenswelten behinderter Menschen“ der Universität Tübingen (Version 1999).

¹⁶ Vergl. Stellungnahme des Ad-hoc-Ausschusses „Umsetzung des BTHG“ der DVfR zur ICF-Nutzung bei der Bedarfsermittlung, Bedarfsfeststellung, Teilhabe- und Gesamtplanung im Kontext des Gesetzes zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen (Bundesteilhabegesetz – BTHG).

Der Gesetzgeber hat 2001 im SGB IX für die funktionsbezogene Feststellung des individuellen Bedarfs (§ 10 Abs. 1 SGB IX) bewusst kein bestimmtes Instrument vorgegeben, sondern es der Selbstverwaltung der Rehabilitationsträger in gemeinsamer, trägerübergreifender Verantwortung überlassen, ein entsprechendes Instrument im Rahmen ihrer Organisationsverantwortung zu entwickeln (Gemeinsame Empfehlung Begutachtung gem. §§ 12, 13 SGB IX). Da der Gesetzgeber die ICF schon 2001 nicht als Assessmentinstrument, sondern als **weltweit einheitliche Sprachregelung** verstand, hat er die Rehabilitationsträger lediglich verpflichtet, die individuell und funktionsbezogen festgestellten Beeinträchtigungen der Teilhabe „schriftlich zusammenzustellen“, d. h. trägerübergreifend in der einheitlichen Diktion der ICF zu dokumentieren.

Daraus ergibt sich, dass der Gesetzgeber weder 2001 noch 2016 vorgegeben hat, dass die ICF von den Rehabilitationsträgern als Assessment (Erhebungsinstrument) einzusetzen ist. Die sowohl im Teil 1 indirekt (§§ 13 Abs. 2, 19 SGB IX) und im Teil 2 (§ 118 SGB IX) direkt vorgegebene Orientierung bedeutet vor allem, dass Basis der Ermittlung des Rehabilitationsbedarfs das sowohl der ICF wie auch der UN-BRK (vergl. dort Kontextfaktoren in Art 1) zugrundeliegende biopsychosoziale Modell sein soll. Das entspricht – wenn auch in unterschiedlicher Ausgestaltung – auch der Praxis der Rehabilitationsträger.

Des Weiteren muss seit 2001 und auch künftig das Ergebnis der Ermittlung des Rehabilitationsbedarfs ICF-orientiert dokumentiert werden (§ 10 SGB IX-alt – schriftlich zusammenstellen – und § 13 Abs. 2 Satz 1 sichern die Dokumentation). Dabei muss die Dokumentation aller Rehabilitationsträger die nach § 13 Abs. 2 SGB IX zu treffenden Feststellungen ICF-orientiert wiedergeben. Die nachfolgend skizzierte Analyse einiger insbesondere in Baden-Württemberg eingesetzter Hilfeplanverfahren zeigt, dass das mit den in der ICF-Checkliste der WHO als „Kurzliste“ bezeichneten Items, die den Kapitelüberschriften der Domänen der ICF entsprechen (Teil 1 bis 3), in einheitlicher Sprache und unbürokratisch konzentriert möglich erscheint.

4.4 Analyse des Veränderungsbedarfs bei einigen in Baden-Württemberg eingesetzten Hilfeplanverfahren

Der Verfasser hat auf Bitte des Ministeriums für Soziales und Integration Baden-Württemberg zur Vorbereitung einer Sitzung der dortigen Arbeitsgruppe „Bedarfsermittlungsinstrumente“ die in verschiedenen Landkreisen zur Aufstellung des Teilhabeplans eingesetzten Instrumente sowie das auf Metzler basierende H.M.B.-W.-Verfahren (Hilfebedarf von Menschen mit Behinderung) hinsichtlich der zur Umsetzung der §§ 13, 118 SGB IX erforderlichen Änderungen analysiert.

Maßstab waren einerseits die Vorgaben des § 13 Abs. 2 SGB IX und andererseits die zu den dort geforderten Feststellungen in der ICF-Checkliste der WHO¹⁷ enthaltenen Kriterien. Das Ergebnis der Analyse wurde in der zweiten Sitzung der Arbeitsgruppe am 12.08.2017 vorgetragen und diskutiert, kann jedoch im Rahmen dieser Veröffentlichung nur stark komprimiert wiedergegeben werden.

4.4.1 Liegt eine Behinderung vor oder droht sie? (§ 13 Abs. 2 Nr. 1 SGB IX)

Nach dem der ICF zugrundeliegenden biopsychosozialen Modell wird das Vorliegen einer Behinderung über das Vorliegen einer Schädigung der Körperfunktionen und der Körperstrukturen definiert.

Alle analysierten Instrumente enthalten eine anzukreuzende Kurzdefinition der Behinderung (z. B. körperliche Behinderung, geistige Behinderung, psychische Behinderung) sowie die Angabe der die Behinderung verursachenden Diagnose. Der dokumentierte Diagnoseschlüssel (ICD) beschreibt Art und Schweregrad der die Behinderung verursachenden Erkrankung (des Gesundheitsproblems), kann jedoch nichts zu Art und Ausprägung der darauf basierenden Beeinträchtigung der Teilhabe oder gar zur Teilhabefähigkeit aussagen.

Aus diesen Feststellungen sind danach weder die konkrete Beeinträchtigung der Körperfunktionen bzw. Schädigung der Körperstrukturen noch das Ausmaß dieser Beeinträchtigungen erkennbar. Der Hilfebedarf, vor allem aber Gegenstand, Umfang und Ausführung der Leistungen können mit Leistungen zur Teilhabe jedoch nur dann im Sinne wirksamer Leistungen definiert werden, wenn sie nicht auf eine allgemeine Behinderungsform, sondern die auf die **individuelle Beeinträchtigung der Teilhabe** orientiert sind.

Mit der in der ICF-Checkliste enthaltenen Kurzliste kann die **Art der Schädigung** der Körperfunktion bzw. der Schädigung der Körperstrukturen individuell und differenziert dokumentiert werden, z. B. Schädigung (u. a.)

- mentaler Funktionen (11 Items)
- Sinnesfunktionen und Schmerz (4 Items)
- neuromuskuloskeletale und bewegungsbezogene Funktionen (4 Items)
- Struktur des Nervensystems
- Strukturen, die an der Stimme und dem Sprechen beteiligt sind
- mit der Bewegung in Zusammenhang stehende Strukturen.

¹⁷ ICF Checkliste, Weltgesundheitsorganisation, 2003, deutsche Fassung 2005, abrufbar unter http://harry-fuchs.de/alt/docs/icf_checkliste_2006.pdf.

Ebenso das **Ausmaß der Schädigung** mit der Differenzierung (u. a.)

- keine Schädigung
- leichte Schädigung
- mäßige Schädigung
- erhebliche Schädigung
- vollständige Schädigung,

der jeweils eine konkrete Intensitätsbeschreibung hinterlegt ist (z. B. erhebliche Schädigung heißt, dass ein Problem mehr als 50 v. H. der Zeit mit einer Intensität vorliegt, die die tägliche Lebensführung der Person teilweise unterbricht und die in den letzten 30 Tagen häufiger auftrat).

4.4.2 Welche Auswirkungen hat die Behinderung auf die Teilhabe? (§ 13 Abs. 2 Nr. 2 SGB IX)

Die Ermittlung des Rehabilitationsbedarfs hat – unabhängig von der Zuständigkeit oder Leistungsverpflichtung oder einer beantragten Leistungsform – umfassend (§ 19 Abs. 2 Satz 1 SGB IX) festzustellen, welche Auswirkungen die Behinderung auf die Teilhabe der Leistungsberechtigten hat.

Die Funktionsfähigkeit der in Kapitel 4 des Teils 1 des SGB IX geregelten Koordinierung der Leistungen, insbesondere die Leistungsverantwortung bei Mehrheit von Leistungen (§ 15 SGB IX) hängt von der über die Leistungsverpflichtung des jeweiligen Trägers hinausgehenden umfassenden Ermittlung des Leistungsbedarfs ab.

Die Auswirkungen auf die Teilhabe definieren sich über die Beeinträchtigung der Teilhabe und hier insbesondere über die **Beeinträchtigung der Aktivitäten**, die ein behinderter Mensch haben kann und wahrnehmen will. § 118 Abs. 1 Satz 3 SGB IX fordert deshalb für die Eingliederungshilfe ausdrücklich die vollständige Beschreibung der nicht nur vorübergehenden Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe in den dort genannten Lebensbereichen, die den Domänen der ICF entsprechen.

Die analysierten Hilfeplanverfahren fokussieren entweder auf den Bedarf für eine bestimmte Leistungsform (Wohn- oder Lebensform) oder beschränken sich auf bestimmte Aktivitäten. Sie entsprechen nur in Teilen, dazu noch unterschiedlich den Anforderungen des § 13 Abs. 2 SGB IX und der ICF. Bei einem Instrument stimmen die Inhalte der Lebensgestaltung nicht mit den Lebensbereichen/Domänen nach § 118 SGB IX überein. In einem anderen werden die tatsächlichen Beeinträchtigungen der Aktivitäten nicht konkretisiert. In einem Dritten sind als Beschreibung der derzeitigen Lebenssituation, Problemlagen, Fähigkeiten und Ressourcen Ansätze im Sinne der gesetzlichen Anforderungen enthalten, jedoch nicht systematisch und vollständig. Letztlich ist bei einem Instrument eine leistungsbezogene freie Beschreibung möglich.

Demgegenüber enthält die **ICF-Checkliste** im Teil 2 eine Liste der Beeinträchtigungen in der Aktivität oder der Teilhabe sowie Beurteilungsmerkmale für das Ausmaß der Beeinträchtigungen, die mit den in § 118 Abs. 1 Satz 3 Nr. 1 bis 9 SGB IX genannten Lebensbereichen übereinstimmen:

Beeinträchtigung (u. a.) von

- Lernen und Wissensanwendung (6 Items)
- allgemeine Aufgaben und Anforderungen (2 Items)
- Kommunikation (5 Items)
- Mobilität (6 Items)
- Selbstversorgung (7 Items)
- Haushalt (4 Items)
- interpersonelle Interaktionen und Beziehungen (7 Items)
- bedeutende Lebensbereiche (6 Items)
- Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben (5 Items).

Die Beurteilungsmerkmale für das Ausmaß der Beeinträchtigungen gewichten nach

- keine Beeinträchtigung
- leichte Beeinträchtigung
- mäßige Beeinträchtigung
- erhebliche Beeinträchtigung
- vollständige Beeinträchtigung.

Die Parallele zur Schweregradbestimmung der Pflegebedürftigkeit in § 15 SGB XI, die erkennbar auch aus der ICF abgeleitet ist, wird deutlich.

Nach § 121 Abs. 4 Nr. 3 SGB IX muss der Gesamtplan der Eingliederungshilfe u. a. Feststellungen über die **verfügbaren und aktivierbaren Selbsthilferessourcen** des Leistungsberechtigten enthalten. § 19 Abs. 2 Nr. 2 SGB IX bezieht sich für den Teilhabeplan auf § 13 SGB IX, wobei bei ICF-orientierter Anwendung des Absatz 2 Nr. 2 SGB IX hinsichtlich der Auswirkungen auf die Aktivitäten und Teilhabe die verfügbaren und aktivierbaren Selbsthilferessourcen ebenso sichtbar und dokumentiert werden.

4.4.3 Welche Ziele sollen mit den Leistungen erreicht werden? (§ 13 Abs. 2 Nr. 3 SGB IX)

Nach § 4 Abs. 2 Satz 1 SGB IX werden bereits seit Inkrafttreten des SGB IX am 01.07.2001 Leistungen zur Teilhabe zur Erreichung von Teilhabezielen erbracht. Der Gesetzgeber hat im SGB IX gesetzliche Teilhabeziele vorgegeben (§ 1, § 4 Abs. 1 sowie vor jeder Leistungsform in §§ 42, 49, 75, 76 jeweils Abs. 1 SGB IX), auf deren Basis die Rehabilitationsträger im Verfahren zur Ermittlung des Leistungsbedarfs die individuellen Teilhabeziele für den jeweiligen behinderten Menschen zu konkretisieren haben.

Die **Definition von Teilhabezielen** bildet die Grundlage sowohl für die Entscheidung über Gegenstand, Umfang, Ausführung und Qualität der bedarfsgerechten Leistung (§§ 25 Abs. 1 Nr. 1, 37 SGB IX) wie auch der Ausübung des Auswahlermessens der Träger bei der Auswahl des zur Erreichung der Teilhabeziele am besten geeigneten Leistungsanbieters (§ 36 Abs. 2 SGB IX).

Die Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsprüfung in der Eingliederungshilfe schließt nach § 128 Abs. 1 Satz 1 SGB IX ausdrücklich die **Prüfung der Wirksamkeit der Leistungen** ein (entsprechend § 38 Abs. 3 Satz 2 SGB IX). Die Wirksamkeitsprüfung knüpft an die Erreichung der individuellen Teilhabeziele nach § 13 Abs. 2 Nr. 3 SGB IX und die dazu bei der Bedarfsermittlung nach § 13 Abs. 2 Nr. 4 SGB IX zur vorgesehenen Leistung abgegebene Erfolgs- bzw. Wirksamkeitsprognose an, da nur solche Leistungen als wirksam angesehen werden können, die mit ihrer Struktur- und Prozessqualität die Beeinträchtigung der Teilhabe im Sinne der angestrebten Teilhabeziele erhalten oder verbessert haben.

Die analysierten Hilfeplanverfahren enthalten mit einer Ausnahme alle z. T. sehr differenzierte Zielbeschreibungen, die allerdings auf die jeweils zu entscheidende Leistungsform fokussieren und nicht den gesamten Teilhabebedarf und auch nicht die Teilhabeziele von Teilhabeleistungen erfassen, die ggf. von anderen Rehabilitationsträgern zu erbringen sind.

Die Teilhabeziele sollten künftig in Entsprechung zu den Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe definiert werden, die durch die beabsichtigte Leistung und deren Struktur- und Prozessqualität wirksam beeinflusst werden sollen.

4.4.4 Kontextfaktoren

Sowohl bei der Beurteilung der Auswirkungen der Behinderung auf die Aktivitäten und Teilhabe wie auch bei der Definition der Teilhabeziele und der auf deren Erreichbarkeit abzielenden Erfolgsprognose zu der vorgesehenen Leistung sind die Kontextfaktoren der ICF in die Beurteilung einzubeziehen. Für die Dokumentation der Umweltfaktoren kann die **Kurzliste** im Teil der ICF-Checkliste herangezogen werden. Für die personbezogenen Faktoren enthält die ICF – und dementsprechend auch die ICF-Checkliste – keine Beschreibung. Für den deutschsprachigen Raum hat die Arbeitsgruppe ICF des Fachbereichs „Praktische Sozialmedizin und Rehabilitation“ der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMP) 2010 einen Entwurf für eine Klassifizierung personbezogener Faktoren vorgelegt,¹⁸ der jedoch von den Akteuren des deutschen Sozialrechts noch nicht konsentiert und eingeführt ist.

¹⁸ Grotkamp et al. (2010): Bedeutung der personbezogenen Faktoren der ICF für die Nutzung in der praktischen Sozialmedizin und Rehabilitation, Thieme-Verlag.

5. Fazit

Das Bundesteilhabegesetz hat erhebliche Auswirkungen auf die Ermittlung des Rehabilitationsbedarfs bei allen Rehabilitationsträgern. Das Ergebnis der Bedarfsermittlung ist nicht nur Grundlage der Leistungsentscheidung im Einzelfall und damit auch ein Element zur Sicherung einer einheitlichen Rechtspraxis im Leistungsrecht. Es hat auch Auswirkungen auf die Koordination der Rehabilitationsträger, die Gestaltung von Gegenstand, Umfang und Ausführung der Leistungen, das Ermessen der Träger bei der Auswahl des geeigneten Leistungsträgers sowie bei der Sicherung von Qualität, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit der Teilhabeleistungen.

Die Instrumente zur Ermittlung des Bedarfs nehmen damit eine zentrale Stellung im gesamten Rehabilitationsverfahren ein. Mit Inkrafttreten des BTHG am 1.1.2018 haben die Rehabilitationsträger bei der Ermittlung des Bedarfs an Rehabilitationsleistungen in einem auf dem biopsychosozialen Modell basierenden Verfahren trägerübergreifend vom Gesetzgeber konkret vorgegebene Feststellungen zu treffen und ICF-orientiert zu dokumentieren.

Die Analyse verschiedener in Baden-Württemberg derzeit eingesetzter Hilfeplaninstrumente zeigt einen nicht unerheblichen Entwicklungsbedarf, aber auch, dass die Vorgaben des Gesetzgebers gemessen an der ICF-Checkliste mit einer wenig aufwändigen und unbürokratischen Dokumentation erreichbar erscheinen.

Ihre Meinung zu diesem Fachbeitrag ist von großem Interesse für uns.
Wir freuen uns auf Ihren Kommentar auf www.reha-recht.de.
