

– Fachbeitrag D28-2018 –

31.07.2018

Partizipation in der Bedarfsermittlung – Was ändert sich durch das Bundesteilhabegesetz?¹

Teil I

*Von Dr. Tonia Rambausek-Haß, Humboldt-Universität zu Berlin und
Michael Beyerlein, LL. M., Universität Kassel*

I. These

Partizipation in der Bedarfsermittlung ist nicht ausreichend gesetzlich verankert.

II. Einführung

Die Ermittlung des Rehabilitationsbedarfs² ist entscheidend für Qualität, Verlauf und Erfolg des Rehabilitationsprozesses und somit für die Teilhabe von Menschen mit Behinderungen. Mitgestaltungsmöglichkeiten tragen zum einen zur Compliance³ und folglich zur Wirksamkeit von Maßnahmen bei. Zum anderen beeinflussen Teilhabeleistungen maßgeblich den Lebensverlauf und die Lebenschancen der Leistungsberechtigten. Ihre Mitgestaltung ist deshalb für die Betroffenen im Wortsinne lebenswichtig.⁴ Umfassend und individuell kann der Rehabilitationsbedarf nur ermittelt werden, wenn er im Dialog mit dem/der Leistungsberechtigten (ggf. mit Unterstützung) erfasst wird.

¹ Dieser Beitrag wurde unter www.reha-recht.de als Fachbeitrag D28-2018 in der Kategorie D: Konzepte und Politik veröffentlicht; Zitiervorschlag: Rambausek-Haß, Beyerlein: Partizipation in der Bedarfsermittlung – Was ändert sich durch das Bundesteilhabegesetz?; Beitrag D28-2018 unter www.reha-recht.de; 31.07.2018.

² Sowohl bei den Leistungsträgern als auch bei den Leistungserbringern werden Teilhabebedarfe ermittelt. In diesem Beitrag geht es um die individuelle und funktionsbezogene Ermittlung des Bedarfs seitens der beteiligten Leistungsträger.

³ Bedeutungen: „Bereitschaft eines Patienten zur aktiven Mitwirkung an therapeutischen Maßnahmen“ oder „regelgerechtes, vorschriftsgemäßes, ethisch korrektes Verhalten“ (siehe <https://www.duden.de/rechtschreibung/Compliance>, zuletzt abgerufen am 01.06.2018); vgl. Heidt: Praktische und rechtliche Fragen des Wunsch- und Wahlrechts – Zusammenfassung der Online-Diskussion im moderierten Forum „Fragen – Meinungen – Antworten zum Rehabilitations- und Teilhaberecht“ (18. September bis 8. Oktober 2014); Beitrag D28-2014 unter www.reha-recht.de, 16.12.2014, S. 3.

⁴ Vgl. auch Schnurr, Stefan (2005): Partizipation. In Otto, Hans-Uwe/Thiersch, Hans (Hrsg.): Handbuch Sozialarbeit, Sozialpädagogik, 3. Aufl., München: Reinhardt, S. 1334 f.; S. 1340 f.

1. Was bedeutet Bedarf?

Bedarf kann als „das konkrete Verlangen nach Gütern und Dienstleistungen zur Befriedigung“ von Bedürfnissen definiert werden. Im Rehabilitationssystem „werden subjektive Bedürfnisse in sozialstaatliche Bedarfskategorien transformiert.“⁵ Im Folgenden soll es um den Bedarf von Menschen mit Behinderungen gehen, d. h. um „das, was jemand an Bedingungen, Kompetenzen und Ressourcen braucht, um Teilhabe an der Gesellschaft zu verwirklichen“⁶. Die Bedarfsermittlung findet in einem Spannungsfeld zwischen subjektiven Bedürfnissen und objektivem Bedarf statt.⁷ Die individuelle Bedarfsfeststellung im Sozialrecht geht davon aus, dass Bedarf zumindest im Umfang des Leistungsanspruchs objektivierbar, also mess- und beschreibbar ist.⁸ Probleme entstehen, wenn die subjektiven Teilhabeziele nicht zu den angebotenen Leistungen passen und vice versa. Es ist zudem umstritten, wie objektiv ein Bedarf sein kann.⁹ Teilhabeleistungen gelten als erforderlich, wenn sie **bedarfsgerecht** sind, d. h. wenn sie helfen, die Ziele aus § 4 SGB IX zu erreichen: u. a. Behinderung abzuwenden, Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, die persönliche Entwicklung zu fördern und eine selbstbestimmte Lebensführung zu ermöglichen (§ 15 GE Reha-Prozess¹⁰). Bedarfsgerechtigkeit besteht also dann, wenn (individuelle) Ziele mit den angebotenen Leistungen erreicht werden können.

2. Hintergrund der neuen Regelungen zur Ermittlung des Rehabilitationsbedarfs

Im Beteiligungsprozess zur Vorbereitung des Bundesteilhabegesetzes (BTHG) wurde vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) als Grundproblematik der Bedarfsfeststellung identifiziert, dass in der Praxis kein von allen Trägern einvernehmlich praktiziertes Bedarfsfeststellungs- und Teilhabeplanverfahren mit trägerübergreifenden Handlungsstandards etabliert worden ist, obwohl die Verpflichtung dazu für alle Rehabilitationsträger seit 2001 in § 10 Abs. 1 SGB IX bestanden hat.¹¹ Mit Blick auf die Eingliederungshilfe wurde formuliert, dass die Bedarfsermittlung von Menschen mit Behinderung und die Begutachtung der Teilhabebeeinträchtigung durch einen Leistungsträger in den meisten Fällen keine Relevanz für die Leistungsentscheidung der anderen Träger

⁵ Schäfers, Markus/Wansing, Gudrun (2016): Teilhabebedarfe von Menschen mit Behinderungen. Zwischen Lebenswelt und Hilfesystem. Stuttgart: Kohlhammer, S. 15.

⁶ Schäfers/Wansing 2016, S. 17.

⁷ Vgl. ebd.

⁸ Vgl. Welti, Felix (2014): Bedarfsfeststellung. In: Deinert/Welti (Hrsg.): Stichwortkommentar Behindertenrecht. Baden-Baden: Nomos, 1. Aufl., Rn. 2.

⁹ Vgl. ebd.

¹⁰ Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (2014): Gemeinsame Empfehlung zur Erkennung und Feststellung des Teilhabebedarfs, zur Teilhabeplanung und zu Anforderungen an die Durchführung von Leistungen zur Teilhabe (Reha-Prozess) gemäß §§ 12 Abs. 1 Nr. 1 bis 3, 13 Abs. 2 Nr. 2, 3, 5, 8 und 9 SGB IX vom 1. August 2014. Frankfurt/Main. Es gibt einen **neuen** Entwurf, der aber noch nicht verabschiedet wurde (Stand: 01.06.2018; siehe Fußnote Nr. 11).

¹¹ Bundesministerium für Arbeit und Soziales, Arbeitsgruppe Bundesteilhabegesetz, Arbeitspapier zu TOP 1 "Mögliche Änderungen im SGB IX, Teil 1" der 5. AG-Sitzung am 10.12.2014, https://www.gemeinsam-einfach-machen.de/GEM/DE/AS/Umsetzung_BTHG/5_Sitzung/5_sitzung_ap_zu_top1.pdf?_blob=publicationFile&v=1, zuletzt abgerufen am 22.06.2018.

besitzt. Die Folge seien oft Mehrfachbegutachtungen einer Person im Rahmen unterschiedlicher Bedarfsermittlungs- und -feststellungsverfahren. Die damals vorhandenen bundesgesetzlichen Regelungen ermöglichten demzufolge keine personenzentrierte und teilhabeorientierte Bedarfsermittlung und -feststellung sowie Teilhabe- und Gesamtplanung nach einheitlichen Verfahren und Kriterien. Als Ziel wurde eine personenzentrierte Gesamtplanung als Grundlage einer bedarfsdeckenden Leistungserbringung definiert, die bei trägerübergreifenden Bedarfskonstellationen alle involvierten Sozialleistungsbereiche einbezieht.¹²

3. Was wurde geändert?

Als Ergebnis der Diskussionen in den Arbeitsgruppen und des parlamentarischen Prozesses wurden in § 12 SGB IX Regelungen zu Maßnahmen der frühzeitigen Bedarfserkennung und in § 13 SGB IX Rahmenbedingungen zur einheitlichen Gestaltung von Instrumenten zur Ermittlung des Rehabilitationsbedarfs aufgenommen. Im Kapitel 4 des SGB IX wurden die Regelungen zur Koordinierung der Leistung überarbeitet. In §§ 19, 20 SGB IX finden sich Regelungen zum Teilhabeplan. Dieser dient der besseren Koordinierung von Leistungen verschiedener Träger.¹³ Die Rehabilitationsträger vereinbaren gem. § 26 Abs. 2 SGB IX Gemeinsame Empfehlungen u. a. zur einheitlichen Ausgestaltung des Teilhabeplanverfahrens und für Grundsätze der Instrumente zur Ermittlung des Rehabilitationsbedarfs nach § 13 SGB IX. Eine zweite, auf das BTHG zugeschnittene Version der Gemeinsamen Empfehlungen liegt in einem Arbeitsentwurf (GE-E) vor.¹⁴ Der Ablauf des Rehabilitationsprozesses wird dort folgendermaßen skizziert:

- Bedarfserkennung
- Zuständigkeitsklärung
- **Bedarfsermittlung und -feststellung**
- **Teilhabeplanung**
- Leistungsentscheidung
- Durchführung von Leistungen zur Teilhabe
- Aktivitäten zum bzw. nach Ende einer Leistung zur Teilhabe¹⁵

¹² Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2. Sitzung Arbeitsgruppe Bundesteilhabegesetz Arbeitspapier zu TOP 3: Bedarfsermittlung und -feststellung: bundeseinheitliche Kriterien und Koordinierungsverantwortung, S. 3.

¹³ Bundestags-Drucksache 18/9522, S. 239.

¹⁴ Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (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, Arbeitsentwurf vom 12. Januar 2018. Frankfurt/Main. (online verfügbar unter: <https://www.bar-frankfurt.de/rehabilitation-und-teilhabe/bthg/>, zuletzt abgerufen am 25.06.2018)

¹⁵ Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, Arbeitsentwurf zur Gemeinsamen Empfehlung Reha-Prozess, § 2 Abs. 1.

Die Ermittlung des Rehabilitationsbedarfs findet mit einheitlichen Instrumenten (siehe weiter unten) auf Ebene der einzelnen Reha-Träger statt. Sind mehrere Träger beteiligt, werden die Ergebnisse der jeweiligen Bedarfsermittlungen in einem Teilhabeplan (§ 19 SGB IX) zusammengeführt. Als Bedarfsfeststellung ist das Ergebnis des Prüfungs- und Abwägungsprozesses der Leistungsträger über die erforderlichen Leistungen zu verstehen.¹⁶

4. Welche Informationspflichten hat der Reha-Träger?

Um Partizipation in der Bedarfsermittlung zu ermöglichen, ist es zunächst erforderlich zu wissen, wie diese aussehen kann. Die Reha-Träger haben gem. § 12 SGB IX eine Informationspflicht gegenüber den Menschen mit Behinderungen. Dabei ist den Menschen mit Behinderung nach § 6 Abs. 1 GE-E die aktive Mitarbeit und Mitgestaltung des Beratungsgeschehens ggf. mit Unterstützung zu ermöglichen. Die bereitgestellten Informationsangebote müssen barrierefrei sein. Zur Umsetzung der Beratung sollen Ansprechstellen benannt bzw. eingerichtet werden. Die Träger der Eingliederungshilfe werden in § 106 SGB IX zur Beratung verpflichtet.

5. Wie soll der Bedarf ermittelt werden?

Um den Rehabilitationsbedarf einheitlich und überprüfbar zu ermitteln, formuliert § 13 SGB IX einen Rahmen für Instrumente zur Ermittlung des Rehabilitationsbedarfs. Es sind systematische Arbeitsprozesse und standardisierte Arbeitsmittel (Instrumente) zu verwenden. Die grundsätzliche Ausgestaltung der Instrumente ist wiederum innerhalb der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) zu vereinbaren. In den §§ 35-46 GE-E finden sich Grundlagen, die für alle Fall- und Beteiligungskonstellationen gelten und von allen Rehabilitationsträgern und Integrationsämtern mit Ausnahme der Träger der Eingliederungshilfe und der öffentlichen Kinder- und Jugendhilfe¹⁷ anzuwenden sind (zu den EGH-Trägern siehe unten). Das Verfahren soll außerdem umfassend und trägerübergreifend durchgeführt werden (§§ 26, 27 GE Reha-Prozess).

§ 13 Abs. 2 SGB IX formuliert, dass die Instrumente eine individuelle und funktionsbezogene Bedarfsermittlung gewährleisten sollen. Was das bedeutet, wird in § 36 GE-E ausgeführt. Demnach ist die Bedarfsfeststellung individuell, wenn sie die aktuelle Lebenssituation des Individuums mit seinen jeweiligen Kompetenzen und Unterstützungsbedarfen berücksichtigt. Sie ist funktionsbezogen, wenn sie unter Nutzung des biopsychosozialen Modells der World Health Organization (WHO) erfolgt und sich dabei an der International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) orientiert.

In § 35 der GE-E wird vorangestellt, dass die Instrumente zur Bedarfsfeststellung durch den gemeinsamen Rahmen so gestaltet werden sollen, dass die Bedarfsfeststellungen

¹⁶ Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, Orientierungshilfe zur Gesamtplanung, S. 15.

¹⁷ Diese orientieren sich jedoch gem. § 26 Abs. 5 S. 2 SGB IX an den gemeinsamen Empfehlungen und können ihnen beitreten.

im Falle von mehreren leistenden Trägern (Trägermehrheit) in einem Teilhabeplan, der dann nach § 19 SGB IX zu erstellen ist, zusammengeführt werden können. Das stellt die Reha-Träger vor die Herausforderung, sich eng miteinander abzustimmen und zusammenzuarbeiten. Bereits in der Vergangenheit wurde diese Aufgabe in anderen Zusammenhängen nicht immer gut bewältigt.¹⁸

Mit Zustimmung der leistungsberechtigten Person kann der für die Durchführung des Teilhabeplanverfahrens verantwortliche Rehabilitationsträger zur gemeinsamen Beratung der Feststellungen zum Rehabilitationsbedarf nach § 20 SGB IX eine Teilhabeplankonferenz durchführen. Partizipation in der Bedarfsermittlung ist insbesondere hier angelegt, da in der Konferenz alle beteiligten Akteure an einem Tisch sitzen und auch die Leistungsberechtigten das Recht haben, die Durchführung einer Teilhabeplankonferenz vorzuschlagen (§ 20 Abs. 1 Satz 2 SGB IX). Von dem Vorschlag kann der Rehabilitationsträger nicht abweichen, wenn Leistungen an Mütter und Väter mit Behinderungen bei der Versorgung und Betreuung ihrer Kinder beantragt wurden (§ 20 Abs. 2 Satz 2 SGB IX). Werden andere Leistungen beantragt und der Reha-Träger weicht von dem Vorschlag auf Durchführung einer Teilhabeplankonferenz ab, ist die leistungsberechtigte Person über die dafür maßgeblichen Gründe zu informieren und hierzu anzuhören (§ 20 Abs. 2 Satz 1 SGB IX).

Die Hürden für eine Ablehnung durch den verantwortlichen Rehabilitationsträger sind jedoch hoch. Grund dafür ist, dass das Ermessen („kann“) über die Durchführung der Teilhabeplankonferenz durch den Zweck der Norm gebunden ist. Dieser Zweck ist die richtige Ermittlung des Leistungsbedarfs unter Berücksichtigung des Wunsch- und Wahlrechts der Leistungsberechtigten. Nach § 8 Abs. 1 S. 1 und 2 SGB IX soll bei der Entscheidung über die Leistungen auf die persönliche Lebenssituation, Alter, Geschlecht, Familie sowie religiöse und weltanschauliche Bedürfnisse Rücksicht genommen werden. Wer die individuellen Verhältnisse kennen will, muss nach ihnen fragen¹⁹ und das in einem geeigneten Rahmen. Zudem unterliegen alle Rehabilitationsträger im Verwaltungsverfahren dem Untersuchungsgrundsatz nach § 20 SGB X. Ein Absehen von Ermittlungen (hier im Rahmen der Teilhabeplankonferenz) ist also nur zulässig, wenn es auf die ungeklärten Tatsachen nicht ankommt, wenn diese als wahr unterstellt werden können, unerreichbar oder offenkundig sind.²⁰ § 20 Abs. 2 SGB X schreibt zudem vor, dass alle für den Einzelfall bedeutsamen Umstände zu berücksichtigen sind. Durch den Vorschlag zur Durchführung einer Teilhabeplankonferenz bringt die leistungsberechtigte Person zum Ausdruck, dass sie nicht alle bedeutsamen Umstände ihrer Lebenssituation erfasst sieht und gibt dem Rehabilitationsträger die Chance, diese bei seiner Entscheidung zu berücksichtigen.

¹⁸ Vgl. bspw. Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2011): Prozesskettenanalyse im Bereich "Trägerübergreifendes persönliches Budget" und "Gemeinsame Servicestellen" - Endbericht. Forschungsbericht 416.

¹⁹ Welti: Wunsch- und Wahlrecht bei Leistungen zur Teilhabe – neue und alte Rechtsfragen (Teil 1); Beitrag D19-2015 unter www.reha-recht.de; 17.06.2015, S. 2.

²⁰ BSG, Urteil vom 25. Juni 2015 – B 14 AS 30/14 R, Rn. 18.

Gleichwohl müssen die Leistungsberechtigten in der Lage sein oder in sie versetzt werden, den Wunsch nach der Durchführung einer Konferenz zu formulieren und durchzusetzen. Um ihre Rechte mobilisieren zu können, müssen die Leistungsberechtigten über bestimmte Ressourcen und Fähigkeiten verfügen. Voraussetzung dafür sind Teilhabemöglichkeiten, die auf den (abgelehnten) Teilhabepflichtkonferenzen gerade verhandelt werden sollen.²¹ Erster Ansprechpartner dafür kann eine ergänzende unabhängige Teilhabeberatungsstelle nach § 32 SGB IX sein. Diese dürfen allerdings keine Rechtsberatung durchführen.

Die Bedarfsermittlung erfolgt bisher in den meisten Fällen schriftlich und mit standardisierten Erhebungsbögen. Die Ausnahme bilden Begutachtungen. Häufig schließt sich daran ein Teilhabepflichtgespräch an.²² In einem ersten Schritt sind die Teilhabeziele gemeinsam mit dem/der Leistungsberechtigten festzulegen. Anschließend können die erforderlichen Leistungen zugeordnet werden. Es wird versucht, die Lebenssituation so genau wie möglich zu erfassen und sie trotzdem vergleichbar mit anderen darzustellen.²³ Die Rehabilitationsträger können Gutachten einholen oder in Auftrag geben (§ 17 SGB IX, § 17 GE Reha-Prozess). Mehrfachbegutachtungen sollen vermieden werden (§ 97 Abs. 1 SGB X).²⁴

Die Deutsche Vereinigung für Rehabilitation (DVfR) empfiehlt in ihrer Stellungnahme zur ICF-Nutzung bei der Bedarfsermittlung (2017) ein **diskursives** Verfahren²⁵ zur Ermittlung des Rehabilitationsbedarfs unter Verwendung eines Leitfadens auf Basis des bio-psycho-sozialen Modells. Andere aktuell praktizierte Vorgehensweisen (z. B. die Verwendung einzelner ICF-Items oder die Bildung von Bedarfsgruppen) seien nicht gesetzeskonform.²⁶

²¹ Vgl. Rambausek, Tonia (2017): Behinderte Rechtsmobilisierung. Eine rechtssoziologische Untersuchung zur Umsetzung von Artikel 19 der UN-Behindertenrechtskonvention. Wiesbaden: Springer VS, S. 155 ff.

²² Vgl. Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe (2017): Umfrage zu Bedarfsermittlungsinstrumenten und Gesamtplanverfahren nach dem SGB XII/SGB IX (online verfügbar unter: <https://umsetzungsbegleitung-bthg.de/dialog/app.php/verfahren/207952b8-fbb3-11e7-8214-6aa4faf5e07f/public/detail>, zuletzt abgerufen am 01.06.2018).

²³ Vgl. Niediek, Imke (2016): Reflexionen zum Blick auf das Individuum in der Bedarfsermittlung. In Schäfers/Wansing (Hrsg.), S. 62.

²⁴ Vgl. Welti 2014, Rn. 5.

²⁵ Damit ist gemeint, dass alle Beteiligten in einen anhand des bio-psycho-sozialen Modells strukturierten Dialog treten sollen. In diesem werden die verschiedenen Interessen und Ziele der einzelnen Akteure ermittelt und gegeneinander abgewogen.

²⁶ Vgl. Deutsche Vereinigung für Rehabilitation (2017): Stellungnahme 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), S. 3 f. (online verfügbar unter: <http://www.dvfr.de/arbeitschwerpunkte/stellungnahmen-der-dvfr/detail/artikel/icf-nutzung-bei-der-bedarfsermittlung-bedarfsfeststellung-teilhabe-und-gesamtplanung-im-kontext-d/>, zuletzt abgerufen am 01.06.2018); vgl. auch Fuchs 2017, S. 13.

6. Besonderheiten im Recht der Eingliederungshilfe

Da die Gemeinsamen Empfehlungen der Rehabilitationsträger für die Träger der Eingliederungshilfe nicht bindend sind, soweit sie diesen nicht beitreten, musste eine Sonderregelung für diese Träger geschaffen werden.²⁷ Mit dem BTHG wurden in den §§ 141 ff. SGB XII bereits zum 01.01.2018 die ab 2020 im SGB IX gültigen Regelungen zur Bedarfsermittlung, -feststellung und Gesamtplanung in das System der Eingliederungshilfe implementiert.

Die Landesregierungen sind gem. § 142 Abs. 2 SGB XII bzw. § 118 Abs. 2 SGB IX n.F. ermächtigt, durch Rechtsverordnung das Nähere über die Instrumente zur Bedarfsfeststellung zu bestimmen. Für diese Instrumente gelten die Regelungen des § 13 SGB IX aufgrund von § 7 Abs. 2 SGB IX²⁸ jedoch in gleicher Weise wie für die Instrumente der übrigen Reha-Träger.²⁹ Zusätzlich schreiben § 142 Abs. 1 S. 2 SGB XII und § 118 Abs. 1 S. 2 SGB IX n.F. vor, dass die Ermittlung des individuellen Bedarfes des Leistungsberechtigten durch ein Instrument erfolgen muss, das sich an der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit orientiert. Diese detaillierte Vorgabe soll eine Angleichung an die von den anderen Rehabilitationsträgern verwendeten Instrumente erreichen, die allerdings (nur) durch die gemeinsamen Empfehlungen (vgl. § 36 Abs. 3 GE-E) zur Nutzung von ICF-orientierten Instrumenten verpflichtet werden.³⁰ Durch eine wissenschaftliche Untersuchung soll bis Ende 2019 u. a. herausgefunden werden, ob die "weiten fachlichen Spielräume" in den einzelnen Leistungsgesetzen belassen werden können.³¹

7. Wer soll an der Bedarfsermittlung beteiligt werden?

Wie bereits zuvor erwähnt, ist die Bedarfsfeststellung Teil des Verwaltungsverfahrens und unterliegt darum dem Untersuchungsgrundsatz des § 20 SGB X. Dieser schließt ein, dass die Beteiligten bei der Ermittlung des Sachverhalts mitwirken (§ 21 Abs. 2 S. 1 SGB X). Grundsätzlich kann der zuständige Reha-Träger gem. § 12 Abs. 2 SGB X alle, deren rechtliche Interessen von dem Verfahren berührt werden, als Beteiligte hinzuziehen. Die leistungsberechtigte Person hat zudem gem. § 13 Abs. 1 SGB X das Recht, sich durch eine bevollmächtigte Person vertreten zu lassen oder mit einem Beistand zu erscheinen (§ 13 Abs. 4 SGB X).

Spezielle Regelungen enthält darüber hinaus das SGB IX. Gemäß § 22 SGB IX können öffentliche Stellen wie das Integrationsamt, die Jobcenter, die Pflegekassen und die Be-

²⁷ Siefert, jurisPR-SozR 2017, 3.

²⁸ Die Vorschriften der Kapitel 2 bis 4 SGB IX, die § 13 SGB IX umfassen, gehen den für die jeweiligen Rehabilitationsträger geltenden Leistungsgesetzen vor. Von den Vorschriften in Kapitel 4 kann durch Landesrecht nicht abgewichen werden.

²⁹ Bundestags-Drucksache 18/9522, S. 288.; Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, Orientierungshilfe zur Gesamtplanung, S. 11.

³⁰ Bundestags-Drucksache 18/9522, S. 233.

³¹ Vgl. Bundestags-Drucksache 18/9522, S. 232.

treuungsbehörden an der Bedarfsermittlung beteiligt werden. Der Reha-Träger/das Integrationsamt kann – mit Zustimmung der/des Antragstellenden – Haus-/Fach- oder Betriebsärztinnen und -ärzte einbeziehen (§ 15 GE Reha-Prozess). Darüber hinaus gibt es trägerspezifische Besonderheiten bei der Einbeziehung weiterer Akteure (§ 17 Abs. 5–6 GE Reha-Prozess; § 34 GE-E ergänzt bspw. Regelungen für die gesetzliche Unfallversicherung). Leistungserbringer dürfen nur auf Wunsch der Leistungsberechtigten an der Teilhabekonferenz teilnehmen (§ 20 Abs. 3 SGB IX).

Felix Welti (2014) weist auf die nach Art. 26 Abs. 1 lit. a UN-BRK gebotene Multidisziplinarität bei der Ermittlung des Rehabilitationsbedarfs hin. Dies sei in der Vergangenheit auch durch § 14 Abs. 5 Satz 5 SGB IX a. F., der eine umfassende sozialmedizinische und ggf. auch psychologische Begutachtung vorschreibt, nicht relativiert worden. Der Sozialmedizin oblag demnach im Regelfall die fachliche Koordination, was die Einbeziehung von sozialpädagogischer, technischer oder pflegerischer Expertise nicht ausschloss.³² Die neue Vorschrift in § 17 SGB IX ändert daran nichts. Sie konkretisiert jedoch die Notwendigkeit der Abstimmung zwischen den Rehabilitationsträgern bei Trägermehrheit.³³

So stellt sich die Frage, über welche Qualifikationen die Angehörigen der beteiligten Professionen zukünftig verfügen müssen. Die Anforderungen an die Qualifikation der Anwenderinnen und Anwender von Bedarfsermittlungsinstrumenten sollten hoch sein, denn es kann aus Sicht der DVfR in Zukunft nicht von einem Instrument „im Sinne eines einzelnen, standardisierten, validen und reliablen Assessmentinstruments, z. B. in Form eines Bogens“³⁴ ausgegangen werden. Dies ist jedoch aktuell eine gängige Praxis.³⁵ Es werden bspw. eine ausgeprägte Kommunikationsfähigkeit und Methodenkompetenz erforderlich sein. Die Bedarfsermittlung hat für den Lebensverlauf der Menschen mit Behinderungen weitreichende Folgen. Alle Beteiligten müssen sich dieser Tragweite bewusst sein und die Konsequenzen ihrer Entscheidungen fachlich abschätzen können. Es besteht zudem die Gefahr von Machtasymmetrien zwischen informierten Fachkräften und häufig schlechter informierten oder kognitiv beeinträchtigten Leistungsberechtigten.³⁶ Inwieweit dieses Ungleichgewicht durch die ergänzende unabhängige Teilhabeberatung im Vorfeld der Antragstellung (§ 32 SGB IX) zumindest abgeschwächt wird, werden die Erfahrungen in der Umsetzung zeigen.

Begutachtungen im Auftrag der Reha-Träger erfordern im Kern sozialmedizinischen und psychologischen Sachverstand (§ 17 SGB IX). Für die Träger der Eingliederungshilfe schreibt § 97 SGB IX ab 2020 zusätzlich vor, welche Fachkräfte eingesetzt werden sollten:

„Diese sollen 1. eine ihren Aufgaben entsprechende Ausbildung erhalten haben und insbesondere über umfassende Kenntnisse a) des Sozial- und Verwaltungsrechts, b) über

³² Vgl. Welti 2014, Rn. 14.

³³ Bundestags-Drucksache 18/9522, S. 237.

³⁴ DVfR 2017, S. 5.

³⁵ Vgl. BAGüS 2017

³⁶ Vgl. Schnurr 2005, S. 1341.

*den leistungsberechtigten Personenkreis nach § 99 **oder c**) von Teilhabebedarfen und Teilhabebarrieren verfügen, 2. umfassende Kenntnisse über den regionalen Sozialraum und seine Möglichkeiten zur Durchführung von Leistungen der Eingliederungshilfe haben sowie 3. die Fähigkeit zur Kommunikation mit allen Beteiligten haben“ (eigene Hervorhebung).*

Deutlich wird hier, dass vor dem Hintergrund der personenzentrierten Ausrichtung des Gesetzes nicht nur fachliche Kenntnisse eine Rolle spielen, sondern auch sog. soft skills. Fachkräfte sollten über Sensibilität gegenüber der Lebenssituation der Menschen mit Behinderungen verfügen und neben möglichen Barrieren auch vorhandene Ressourcen wahrnehmen können. Wünschenswert wäre es, wenn die Fachkräfte über **alle** genannten Qualifikationen verfügen. Hierfür müsste zwischen 1b) und 1c) jedoch ein „und“ stehen.

An dieser Stelle zeigen sich darüber hinaus die Herausforderungen des gegliederten Rehabilitationssystems: Im SGB IX werden Regelungen zur erforderlichen Qualifikation nur für die Eingliederungshilfe getroffen.

Die Ermittlung des Rehabilitationsbedarfs³⁷ ist entscheidend für Qualität, Verlauf und Erfolg des Rehabilitationsprozesses und somit für die Teilhabe von Menschen mit Behinderungen. Mitgestaltungsmöglichkeiten tragen zum einen zur Compliance³⁸ und folglich zur Wirksamkeit von Maßnahmen bei. Zum anderen beeinflussen Teilhabeleistungen maßgeblich den Lebensverlauf und die Lebenschancen der Leistungsberechtigten. Ihre Mitgestaltung ist deshalb für die Betroffenen im Wortsinne lebenswichtig.³⁹ Umfassend und individuell kann der Rehabilitationsbedarf nur ermittelt werden, wenn er im Dialog mit dem/der Leistungsberechtigten (ggf. mit Unterstützung) erfasst wird.

Im vorliegenden ersten Teil des Beitrags wurde eine Begriffsklärung und rechtliche Einordnung der Ermittlung des Rehabilitationsbedarfs vorgenommen. Zudem wurden Voraussetzungen für eine gelingende Bedarfsermittlung beschrieben. Im zweiten Teil⁴⁰ wird der Begriff der Partizipation vertieft betrachtet und neue und bestehende Herausforderungen bei der Bedarfsermittlung erläutert. Abschließend wird ein Fazit gezogen und das weitere Forschungsfeld zu dem Thema abgesteckt.

³⁷ Sowohl bei den Leistungsträgern als bei den Leistungserbringern werden Teilhabebedarfe ermittelt. In diesem Beitrag geht es um die individuelle und funktionsbezogene Ermittlung des Bedarfs seitens der beteiligten Leistungsträger.

³⁸ Bedeutungen: „Bereitschaft eines Patienten zur aktiven Mitwirkung an therapeutischen Maßnahmen“ oder „regelgerechtes, vorschriftsgemäßes, ethisch korrektes Verhalten“ (siehe <https://www.duden.de/rechtschreibung/Compliance>, zuletzt abgerufen am 01.06.2018); vgl. Heidt: Praktische und rechtliche Fragen des Wunsch- und Wahlrechts – Zusammenfassung der Online-Diskussion im moderierten Forum „Fragen – Meinungen – Antworten zum Rehabilitations- und Teilhaberecht“ (18. September bis 8. Oktober 2014); Beitrag D28-2014 unter www.reha-recht.de, 16.12.2014, S. 3.

³⁹ Vgl. auch Schnurr, Stefan (2005): Partizipation. In Otto, Hans-Uwe/Thiersch, Hans (Hrsg.): Handbuch Sozialarbeit, Sozialpädagogik, 3. Aufl., München: Reinhardt, S. 1334 f.; S. 1340 f.

⁴⁰ Der zweite Teil des Beitrags ist ab 02.08.2018 als Fachbeitrag D29-2018 in der Kategorie D: Konzepte und Politik abrufbar.

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