



Caritas Behindertenhilfe
und Psychiatrie e.V.
Fachverband im
Deutschen Caritasverband

BTHG NEWSLETTER

CBP INFO: Bedarfsermittlungskonzept für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR)

Sehr geehrte Damen und Herren,

im Anhang erhalten Sie das oben bezeichnete Bedarfsermittlungskonzept der BAR für die berufliche Rehabilitation, das am Beispiel Teilhabe am Arbeitsleben aufzeigt, wie komplex und umfassend eine Bedarfsermittlung aussehen muss, um wissenschaftlichen und fachlichen Anforderungen zu genügen.

Das Konzept ist damit auch eine gute Orientierung und Arbeitshilfe bzw. kritische Reflexionsgrundlage für die derzeit in den Bundesländern für die Eingliederungshilfe neu verabschiedeten „Instrumente der Bedarfsermittlung“ nach § 118, SGB IX.

Das Bedarfsermittlungskonzept der BAR ist selbst kein Instrument, sondern benennt die Grundlagen und Methoden für eine korrekte Bedarfsermittlung. Konkret heißt das: „Leistungen zur Teilhabe haben das Ziel, die Teilhabe von Menschen mit Behinderungen an der Gesellschaft zu sichern oder wiederherzustellen. Daher sind die jeweiligen Teilhabeziele gemeinsam mit den Menschen mit Behinderungen auszuhandeln, festzulegen oder so genau wie möglich zu konkretisieren.“ (S. 23)

In einer sogenannten Instrumentendatenbank hat die BAR die wichtigsten Instrumente der beruflichen Rehabilitation, die derzeit in Anwendung sind, zusammengefasst und bietet damit eine weitere Hilfestellung.

Das vorliegende Bedarfsermittlungskonzept ist Ergebnis eines langjährigen Projektes, an dem viele Akteure mitgewirkt haben, u. a. auch die Bundesarbeitsgemeinschaft der Berufsbildungswerke und die Hochschule Magdeburg-Stendal. Es wurde finanziert über Mittel aus der Ausgleichsabgabe.

Gern stehen wir für Rückfragen zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen
Thorsten Hinz

Caritas Behindertenhilfe und Psychiatrie e.V.
Dr. Thorsten Hinz - Geschäftsführer
Reinhardtstr. 13, 10117 Berlin
Tel: 030-284447-822
E-Mail: Thorsten.Hinz@caritas.de

Der Bundesverband Caritas Behindertenhilfe und Psychiatrie e.V. (CBP) ist ein anerkannter Fachverband im Deutschen Caritasverband. Mehr als 1.100 Mitgliedseinrichtungen und Dienste begleiten mit ca. 94.000 Mitarbeitenden rund 200.000 Menschen mit Behinderung oder mit psychischer Erkrankung und unterstützen ihre selbstbestimmte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft. Aktuelle Informationen erhalten Sie über unseren [Newsletter](#).

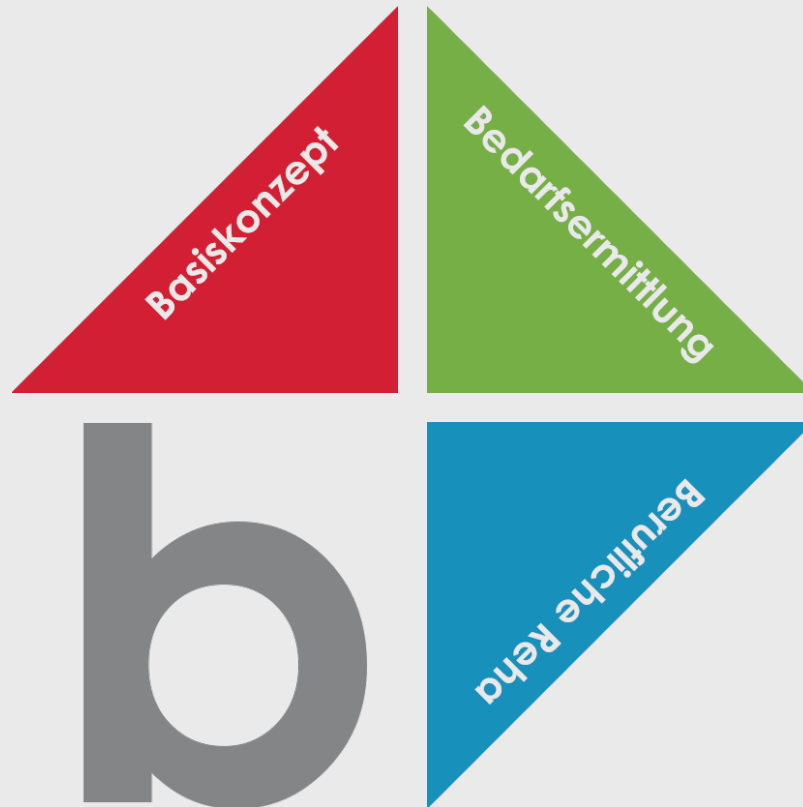


Bundesarbeitsgemeinschaft
BERUFSBILDUNGSWERKE

als Koordinierungsstelle von insgesamt acht
Arbeitsgemeinschaften zur beruflichen Rehabilitation



BAR
Bundesarbeitsgemeinschaft
für Rehabilitation



BEDARFSERMITTLUNGSKONZEPT FÜR LEISTUNGEN ZUR TEILHABE AM ARBEITSLEBEN

Ein Basiskonzept für die Bedarfsermittlung
in der beruflichen Rehabilitation

Gefördert durch:



Bundesministerium
für Arbeit und Soziales

aus Mitteln des Ausgleichsfonds

IMPRESSUM

ZITATION

BAR, BAG BBW, Hochschule Magdeburg-Stendal (2019): Bedarfsermittlungskonzept für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben. www.bar-frankfurt.de

MITGLIEDER DES PROJEKTTEAMS

BUNDESARBEITSGEMEINSCHAFT FÜR REHABILITATION E. V. (BAR)

Dr. Michael Schubert (Leitung des Projektes)

Mathias Sutorius

Sarah Viehmeier

Ann-Kathrin Poth

Christian Brand

Martina Gassel (2016-2018)

Judith Ommert (2015-2016)

Prof. Dr. Helga Seel

BUNDESARBEITSGEMEINSCHAFT DER BERUFSBILDUNGSWERKE E. V. (BAG BBW)

Rainer Lentz

Tanja Ergin

HOCHSCHULE MAGDEBURG-STENDAL

Prof. Dr. Matthias Morfeld

Inga Lipowski (2016-2018)

Tobias Wenzel (2015-2016)

Sven Hohmann (2018)

FREIE MITARBEIT

Bia von Raison

MITWIRKENDE AN DER INSTRUMENTENANALYSE UND DEREN VALIDIERUNG

Heike Ackermann

Dr. Angela Buchholz

Dr. Michaela Coenen

Ulrich Dohmen

Ingrid Groppenbächer

Dr. Sabine Grotkamp

Marion Häselbarth

Birgit Heimann

Dr. Klaus Keller

Esther Koch

Maria Knorpp

Dr. Elisabeth Nüchtern

Prof. Dr. Christian Rexrodt

Kirstin Riedel

Sonja Rittierott

Richard Schirmer

Thomas Sprenger

Dr. Felicitas Stiebler

Dr. Markus Vilsmeier

Sandra Weber

Dr. Regina Weißmann

DANKSAGUNG

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



BEDARFSERMITTLUNGSKONZEPT FÜR LEISTUNGEN ZUR TEILHABE AM ARBEITSLEBEN

Ein Basiskonzept für die Bedarfsermittlung
in der beruflichen Rehabilitation

INHALTSVERZEICHNIS

0	Vorbemerkungen	5
0.1	Warum dieses Konzept?	6
0.2	Adressaten und Aufbau des Konzepts	6

TEIL A GRUNDLAGEN DER BEDARFSERMITTLUNG

1	Einführung	11
1.1	Zum Begriff der Bedarfsermittlung	13
1.2	Ziele und Grenzen des Konzepts	15
1.3	Das bio-psycho-soziale Modell der Weltgesundheitsorganisation (WHO)	16
2	Grundanforderungen an die Bedarfsermittlung	19
2.1	Den Teilhabebedarf einer Person in seiner Gesamtheit erfassen: umfassende Bedarfsermittlung	20
2.2	Das bio-psycho-soziale Modell in der Bedarfsermittlung nutzen: funktionsbezogene Bedarfsermittlung	21
2.3	Alle Aktivitäten auf die jeweilige Person ausrichten: individuelle Bedarfsermittlung	22
2.4	Bedarfsermittlung an Teilhabezielen ausrichten: zielorientierte Bedarfsermittlung	23
2.5	Durch die Beteiligung verschiedener Disziplinen den Bedarf passgenau ermitteln: multi-/interdisziplinäre Bedarfsermittlung	24
2.6	Verständlichkeit und Nachvollziehbarkeit für alle Beteiligten gewährleisten: transparente Bedarfsermittlung	25
2.7	Die konkreten Lebensbedingungen und die Umwelt berücksichtigen: lebenswelt- und sozialraum-orientierte Bedarfsermittlung	25
2.8	Aktive Beteiligung der Leistungsberechtigten sicherstellen: partizipative Bedarfsermittlung	26
2.9	Zusammenfassende Betrachtung	27

TEIL B BEDARFSERMITTLUNG IN DER HANDLUNGSPRAXIS

3	Übergreifende Aspekte der Bedarfsermittlung mit besonderem Fokus auf den Leistungsberechtigten	29
3.1	Die Stellung des Leistungsberechtigten	31
3.2	Ressourcenorientierte Betrachtung	32
3.3	Beratung und Kommunikation	33
3.4	Transparenz – der informierte Leistungsberechtigte	35
3.5	Partizipation – die aktive Einbeziehung des Leistungsberechtigten	36
3.6	Informationelle Selbstbestimmung und Mitwirkungspflichten des Leistungsberechtigten	37
3.7	Zusammenfassende Betrachtung	38
4	Inhalte der Bedarfsermittlung	39
4.1	Stammdaten	42
4.1.1	Was ist zu erheben?	42
4.1.2	Wie können die Stammdaten ermittelt werden?	43
4.2	Biografie	43
4.2.1	Was ist zu erheben?	44
4.2.2	Wie kann die Biografie ermittelt werden?	45
4.3	Funktionsfähigkeit und Behinderung – Bedarfsermittlung auf Basis des bio-psycho-sozialen Modells	45

4.3.1	Erfassung von Gesundheitsproblemen	47
4.3.2	Ermittlung der Auswirkungen der Gesundheitsprobleme auf Körperfunktionen und -strukturen sowie Aktivitäten und Teilhabe	48
4.3.3	Die Kontextfaktoren: Umwelt- und personbezogene Faktoren	53
4.4	Kompetenzen	61
4.4.1	Was ist zu erheben?	62
4.4.2	Wie können die Kompetenzen ermittelt werden?	63
4.5	Ziele	65
4.5.1	Was ist zu erheben? – Die Entwicklung von Zielen	65
4.5.2	Wie werden Teilhabe- und Handlungsziele entwickelt und vereinbart?	68
4.6	Beurteilung und Festlegung des Teilhabebedarfs	73
4.6.1	Kontinuierliche Beurteilung der erhobenen Inhalte und Ziele	73
4.6.2	Festlegung des Teilhabebedarfs als Ergebnissicherung der Bedarfsermittlung	75
4.6.3	Dokumentation	76
4.7	Ableitungen für die Planung und Festlegung von Leistungen	78
5	Zusammenarbeit in der Bedarfsermittlung	81
5.1	Beauftragung und Einleitung der Leistung	82
5.2	Durchführung der Leistung	83
5.3	Abschluss der Leistung und Ergebnisübermittlung	84
6	Instrumente der Bedarfsermittlung	85
6.1	Einzelinstrumente (Arbeitsmittel) in der Instrumentendatenbank	86
6.2	Handlungskonzepte der Reha-Träger	88
6.3	Spezifische Arbeitsansätze bei Leistungserbringern	88
6.3.1	Assessment	89
6.3.2	Arbeitserprobung	89
6.3.3	Belastungserprobung	90
6.3.4	Eignungsabklärung	90
6.3.5	Profiling	90
6.3.6	Diagnose der Arbeitsmarktfähigkeit besonders betroffener behinderter Menschen (DIA-AM)	91
6.3.7	Zusammenfassende Betrachtung	91
6.4	Instrumente zur Bedarfsermittlung in der Werkstatt	91
6.4.1	Eingangsverfahren gem. § 57 SGB IX	92
6.4.2	Anwendung des Konzepts in der Werkstatt	92
TEIL C APPENDIX		
7	Glossar	95
8	Literaturverzeichnis	105
	Anlage 1: Checkliste Ergebnisse der Bedarfsermittlung	114
	Anlage 2: Prüfkriterien zu Inhalten der Bedarfsermittlung	115

0

VORBEMERKUNGEN

0.1 WARUM DIESES KONZEPT?

Passgenaue Leistungen zur Teilhabe sind maßgeblich für die individuellen Teilhabechancen des Einzelnen. Die Bedarfsermittlung ist dazu eine wichtige Phase und hat für Rehabilitationsprozesse eine zentrale Bedeutung. Eine Vorstudie zu Stand und Potenzial der Bedarfsermittlung bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben [1] hat gezeigt, dass in der Praxis der Bedarfsermittlung nicht von einem einheitlichen Vorgehen ausgegangen werden kann. Vielmehr bestimmt ein heterogener, diversifizierter Einsatz unterschiedlicher Instrumente die Praxis.¹ Im Kern wurden drei Ebenen von Optimierungspotenzialen identifiziert, denen durch ein leistungsträger- wie leistungserbringerübergreifendes Konzept zur Bedarfsermittlung Rechnung getragen werden kann:

- Potenziale zur Sicherung passgenauer Leistungen für Leistungsberechtigte,
- Potenziale einer stärkeren Konvergenz von Handlungsprozessen,
- Potenziale der Weiterentwicklung von Prozessen der Zusammenarbeit im Rehabilitationsprozess.

Dieses Konzept ergänzt und vertieft – aufbauend auf den sozialrechtlichen Normierungen von UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) und Sozialgesetzbuch (SGB) IX sowie der Gemeinsamen Empfehlung „Reha-Prozess“ (2018) geltende – gemeinsame fachliche Grundlagen, an denen sich die beteiligten Akteure bei der Bedarfsermittlung orientieren können. Gleichzeitig existiert bislang (noch) kein gemeinsamer Rahmen für die Nutzung und Weiterentwicklung von Instrumenten.

Hier setzt das vorliegende Konzept an. Es beschreibt übergreifende Grundlagen für Reha-Träger und Leistungserbringer im Bereich der Bedarfsermittlung bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben unter Nutzung des bio-psycho-sozialen Modells. Der Mehrwert besteht darin, den Akteuren eine gemeinsame fachliche Grundlage für ihr Handeln zu geben. Das Konzept schließt zugleich an in der Praxis bewährte Ansätze an und verortet diese in der nun vorliegenden leistungsträger- und leistungserbringerübergreifenden Systematik.

Mit Blick auf den Menschen mit Behinderungen soll das Konzept durch passgenaue Leistungen die Teilhabechancen des Einzelnen steigern und so zu seiner individuellen Teilhabe beitragen.

Hinweis

Sprachliche Hinweise/Hinweise zur Schreibweise

Innerhalb des Konzepts werden verschiedene Personengruppen angesprochen. Der Einfachheit halber wird durchgängig vom *Leistungsberechtigten* gesprochen. Dabei umfasst die Bezeichnung des Leistungsberechtigten alle Personen, unabhängig davon, ob sie einen sozialrechtlichen Status² als Leistungsberechtigte bereits innehaben oder innerhalb des Verwaltungsverfahrens noch zuerkannt bekommen (z. B. durch (neue) Erkenntnisse aus der Bedarfsermittlung). Um den Lesefluss gewährleisten zu können, wurde auf eine geschlechtsneutrale Schreibweise in Form von *der/die Leistungsberechtigte* bewusst verzichtet. Im Sinne einer individuellen Bedarfsermittlung sind geschlechtsspezifische Besonderheiten jedoch immer mitzudenken.

In der Bedarfsermittlung sind bei Reha-Trägern wie Leistungserbringern verschiedene Akteure und Professionen mit spezifischen Teilaspekten der Bedarfsermittlung betraut. Sofern nicht eine bestimmte Profession (z. B. Arzt, Psychologe) oder ein bestimmter Akteur angesprochen ist, wird allgemein von der *Reha-Fachkraft* gesprochen. Diese Bezeichnung umschließt alle in der Bedarfsermittlung tätigen Fachkräfte.

0.2 ADRESSATEN UND AUFBAU DES KONZEPTS

Primärer Adressat des Konzepts sind alle Reha-Fachkräfte bei Reha-Trägern und Leistungserbringern. Es spricht ferner Angehörige spezifischer Professionen (Ärzte, Psychologen etc.) an, die im Bereich der Rehabilitation tätig sind. Daneben ist das Konzept auch für die konzeptionell-strategische Weiterentwicklung von Strukturen und Prozessen bei Reha-Trägern und Leistungserbringern relevant.

Aufgrund der Zielstellung des Konzepts, gemeinsame und übergreifende fachliche Grundlagen zu den Inhalten und Erkenntnisdimensionen der Bedarfsermittlung bereitzustellen (vgl. 1.2), wird grundsätzlich auf eine Differenzierung nach Phasen des Reha-Prozesses (z. B. Initiierung und Erbringung; vgl. 1.1) sowie andere Unterscheidungen zwischen Reha-Trägern und Leistungserbringern verzichtet. Auch wenn im Handeln zwischen Reha-Trägern und Leistungserbringern Unterschiede bestehen, lassen sich für die Bedarfsermittlung im Kern gleiche Grundlagen, Inhalte und Erkenntnisdimensionen konstatieren, die im Konzept behandelt werden. Somit sind mit den Ausführungen Reha-Träger und Leistungserbringer stets gleichermaßen adressiert, soweit im Text nicht genauere Ausführungen erfolgen. Nachfolgend werden die Inhalte der Kapitel des Konzepts kurz skizziert:

INHALTE DES TEILS A

In Teil A finden sich allgemeingültige Grundlagen für die Bedarfsermittlung im Bereich von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben. Darüber hinaus wird ausgehend von sozialpolitischen Forderungen und sozialrechtlichen Normierungen ein gemeinsames Verständnis von Bedarfsermittlung bei Reha-Trägern und Leistungserbringern in der beruflichen Rehabilitation hergestellt. Diese Grundlagen gelten für alle Professionen und bilden die abgestimmte Ausgangsbasis für alle Prozesse und Entwicklungen in Bezug auf Bedarfsermittlung.

KAPITEL 1 EINFÜHRUNG

In Kapitel 1 findet sich die rechtliche und strukturelle Ausgangsbasis für die Entwicklung des Konzepts. Zudem wird auf die Bedarfsermittlung sowie die Ziele und Grenzen des Konzepts näher eingegangen.

KAPITEL 2 GRUNDANFORDERUNGEN AN DIE BEDARFSERMITTLUNG

Ausgangspunkt des Konzepts bilden gemeinsame Grundsätze und Kriterien, denen eine Bedarfsermittlung zu folgen hat. Diese ergeben sich aus bestehenden rechtlichen Regelungen, wie beispielsweise dem SGB IX in Verbindung mit der UN-BRK. In Kapitel 2 werden acht wesentliche Grundanforderungen an die Bedarfsermittlung beschrieben und für die Akteure übergreifend und einheitlich näher bestimmt. Hier finden sich sowohl Anforderungen mit Auswirkungen auf Prozesse („Wie ist das Verfahren zu gestalten?“) als auch auf die Inhalte der Bedarfsermittlung („Wie ist die Ermittlung zu gestalten?“).

Sie stellen u.a. eine wichtige Voraussetzung für den Einbezug der Belange des Menschen mit Behinderungen in der Bedarfsermittlung (Kapitel 3) dar und bilden eine Grundlage für die Inhalte einer Bedarfsermittlung in der beruflichen Rehabilitation (Kapitel 4). Diese werden hierbei in den nachfolgenden Kapiteln handlungspraktisch ausgestaltet.

INHALTE DES TEILS B

Während Teil A Grundlagen der Bedarfsermittlung aufgreift, fokussiert Teil B die Bedarfsermittlung in der Handlungspraxis. Die übergreifenden Aspekte (Kapitel 3), die Inhalte der Bedarfsermittlung (Kapitel 4) sowie die Kapitel zur Zusammenarbeit und den Instrumenten (Kapitel 5 und 6) haben das Ziel, den Akteuren eine fachliche Basis für ihre Bedarfsermittlungen in der Pra-

1. Wenn im Folgenden von „Instrument“ gesprochen wird, folgt das Begriffsverständnis den aktuellen gesetzlichen Grundlagen (§ 13 SGB IX). Im Rahmen einer breiten Definition des Begriffs „Instrument“ werden zu diesen sowohl „systematische Arbeitsprozesse“ als auch „standardisierte Arbeitsmittel“ gezählt [2: 232].
2. Z.B. Reha-Status nach § 19 SGB IX, persönliche und versicherungsrechtliche Voraussetzungen nach § 10,11 SGB VI oder Vorliegen eines Versicherungsfalles nach § 7 SGB VII.

xis zur Verfügung zu stellen. Um dies zu unterstützen, finden sich in Teil B folgende weitergehende Strukturelemente im Text:

Fallbeispiele	Praxishinweise	Rechtliche Hinweise
Zwei Fallbeispiele vervollständigen die Inhalte des Teils B. Sie haben das Ziel, die Ausführungen praxisnah und anschaulich zu ergänzen.	Unter dem Begriff „Praxishinweise“ sind Hinweise für die Reha-Fachkräfte bei Reha-Trägern und Leistungserbringern zu verstehen. Hierzu zählen Beispiele, Musterfragen, Visualisierungen oder Checklisten.	Unter den „rechtlichen Hinweisen“ sind Verweise auf einschlägige Gesetze, Verordnungen, Gemeinsame Empfehlungen oder gültige Rechtsprechung zu verstehen.

Tabelle 1: Strukturelemente im Text

KAPITEL 3 ÜBERGREIFENDE ASPEKTE DER BEDARFSERMITTLUNG MIT FOKUS AUF DEN LEISTUNGSBERECHTIGTEN

Das Kapitel 3 widmet sich übergreifenden Aspekten, die während der Bedarfsermittlung in der Interaktion und Kommunikation der Reha-Fachkräfte mit dem Leistungsberechtigten von Bedeutung sind. Inhaltlich steht die Ausgestaltung der Bedarfsermittlung als gemeinsamer Verständigungs- und Erarbeitungsprozess im Vordergrund. Diese Aspekte überspannen alle Inhalte des Kapitels 4 und sind bei allen Schritten der Bedarfsermittlung einzuhalten.

KAPITEL 4 INHALTE DER BEDARFSERMITTLUNG

Die Inhalte führen die Grundanforderungen und das bio-psycho-soziale Modell der WHO zusammen und formulieren diese für die praktische Handlungsebene der Akteure in der Bedarfsermittlung in der beruflichen Rehabilitation aus. Der Anspruch dieses Kapitels besteht darin – auf Basis eines Arbeitsmodells – eine strukturierende Arbeitshilfe zur Ermittlung, Sortierung und Zuordnung der Inhalte einer Bedarfsermittlung bereitzustellen und Unterstützung bei der Erarbeitung von Zielen für die Akteure zu leisten.

Die einzelnen Abschnitte des Kapitels stellen die Inhalte der Ermittlung vor und liefern Ansätze, mit welchen Arbeitsmitteln diese Aspekte erhoben werden können. Das Kapitel bestimmt – auf Basis des bio-psycho-sozialen Modells – fachliche Eckpunkte für Reha-Fachkräfte und verknüpft diese mit den Arbeitsmitteln zur Bedarfsermittlung.

KAPITEL 5 ZUSAMMENARBEIT IN DER BEDARFSERMITTLUNG

Reha-Träger und Leistungserbringer eint das gemeinsame Ziel, Leistungsberechtigten dauerhaft die Teilhabe am Arbeitsleben zu ermöglichen und diese nachhaltig zu sichern. Dazu nutzen die Reha-Träger in einzelnen Phasen des Reha-Prozesses (siehe 1.1) die Angebote von Leistungserbringern. Ein zielgerichteter gegenseitiger Austausch sowie Kommunikation und Kooperation vor, während und nach der Leistungserbringung bilden einen wichtigen Baustein für gelingende Leistungen zur Teilhabe. Dieses Kapitel fokussiert daher die Zusammenarbeit von Reha-Trägern und Leistungserbringern.

KAPITEL 6 DIE INSTRUMENTENDATENBANK UND HINWEISE ZU ARBEITSMITTELN

Bei der Bedarfsermittlung werden verschiedene Arbeitsmittel aufgrund unterschiedlichster Frage- und Zielstellungen im Rahmen einer Bedarfsermittlung eingesetzt. Das Spektrum der genutzten Arbeitsmittel reicht von standardisierten psychometrisch fundierten Tests bis zu offenen Gesprächsleitfäden, die auf eine freie Dokumentation, z. B. in Form eines Fließtextes, zurückgreifen. Dieses Kapitel beinhaltet Informationen zum Einsatz ausgewählter Arbeitsmittel. Dabei wird zum einen eine das Konzept ergänzende Instrumentendatenbank (Toolbox) vorgestellt und zum anderen beinhaltet das Kapitel weitere spezifische Ermittlungsansätze der Leistungserbringer.

INHALTE DES TEILS C

Teil C des Konzeptes beinhaltet als Appendix ein Glossar, das Literaturverzeichnis sowie zwei Anlagen.

A |
B |
C |

TEIL A GRUNDLAGEN DER BEDARFSERMITTLUNG

In Teil A finden sich allgemeingültige Grundlagen für die Bedarfsermittlung im Bereich von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben. Darüber hinaus wird, ausgehend von sozialpolitischen Forderungen und sozialrechtlichen Normierungen, ein gemeinsames Verständnis von Bedarfsermittlung bei Reha-Trägern und Leistungserbringern in der beruflichen Rehabilitation hergestellt. Diese Grundlagen gelten für alle Professionen und bilden die abgestimmte Ausgangsbasis für alle Prozesse in Bezug auf Bedarfsermittlung. Teil A legt damit die Grundlage für die praxisorientierten Ausführungen in Teil B.

1

EINFÜHRUNG

2

GRUNDANFORDERUNGEN AN DIE BEDARFSERMITTLUNG

Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe sind zentrale sozialpolitische Ziele.

Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft von Menschen mit Behinderungen sind – verbunden mit dem Leitparadigma der Inklusion – wichtige sozialpolitische Zielstellungen. Mit der Einführung des Sozialgesetzbuches (SGB) IX im Jahr 2001 wurden diese Ziele rechtlich normierte Grundlage sozialpolitischer Leistungen für Menschen mit Behinderungen. Seit Inkrafttreten der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) im Jahr 2009 in Deutschland besteht ferner die gesellschaftliche und politische Verpflichtung, „Menschen mit Behinderungen in die Lage zu versetzen, ein Höchstmaß an Unabhängigkeit, umfassende körperliche, geistige, soziale und berufliche Fähigkeiten sowie die volle Einbeziehung in alle Aspekte des Lebens und die volle Teilhabe an allen Aspekten des Lebens zu erreichen und zu bewahren“ (Art. 26 Abs. 1 UN-BRK). Durch das Bundesteilhabegesetz (BTHG) hat der Gesetzgeber eine der größten Gesetzesreformen im Recht der Teilhabe von Menschen mit Behinderungen der vergangenen 15 Jahre abgeschlossen, um die bestehenden Regelungen „zu einem modernen Teilhaberecht weiterzuentwickeln“ [3]. Insbesondere mit dem neuen Teil 1 des SGB IX wurden zum 01.01.2018 die Vorschriften zur Erkennung und Ermittlung von Reha-Bedarf sowie zur Zusammenarbeit der Reha-Träger weiterentwickelt.

Im SGB IX ist, verbunden mit der UN-BRK, das generelle Ziel der Ermöglichung, Förderung und Sicherung umfassender Teilhabe in den verschiedenen Lebensbereichen vorgegeben. Zu diesen Lebensbereichen zählt insbesondere das Arbeitsleben. Die Partizipation am Erwerbsleben kann als ein zentrales Element der Inklusion angesehen werden. Als Mittel zum Erreichen der vollen, wirksamen und gleichberechtigten Teilhabe von Menschen mit Behinderungen am Leben in der Gesellschaft sind entsprechende Hilfen und Unterstützungsleistungen in Form von „umfassende(n) Habilitations- und Rehabilitationsdienste(n) und -programme(n)“ (Art. 26 Abs. 1 UN-BRK) bedeutsam, die in Deutschland vor allem in Form von Leistungen zur Teilhabe (§ 4 SGB IX) für Menschen mit Behinderungen ihr sozialrechtliches Pendant finden.

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) sind dabei ein wichtiges Instrument, durch welches – wenn notwendig – Menschen mit Behinderungen bei der Ausübung einer Erwerbstätigkeit unterstützt werden sollen. Laut § 49 SGB IX werden „erforderliche Leistungen erbracht, um die Erwerbsfähigkeit von Menschen mit Behinderungen oder von Behinderung bedrohter Menschen entsprechend ihrer Leistungsfähigkeit zu erhalten, zu verbessern, herzustellen oder wiederherzustellen und ihre Teilhabe am Arbeitsleben möglichst auf Dauer zu sichern“. Dafür wird innerhalb der Vorschrift eine vielfältige Palette von Angeboten für Jugendliche und Erwachsene mit Behinderungen oder drohender Behinderung aufgeführt, die individuell und flexibel erbracht werden sollen.

Praxishinweis

Zu Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (vgl. Glossar) zählen u.a.

- Berufsvorbereitungsmaßnahmen,
- Aus- und Weiterbildungsangebote,
- Unterstützte Beschäftigung,
- passgenaue Arbeitsplatzgestaltung und weitere Hilfen zur Erhaltung oder Erlangung eines Arbeitsplatzes.

Falls erforderlich sind auch medizinische, psychologische oder pädagogische Hilfen möglich, um das Ziel der Teilhabe am Arbeitsleben zu erreichen. Wenn andere Leistungen nach einer umfassenden Bedarfsermittlung nicht in Betracht kommen, können Leistungen in Werkstätten für behinderte Menschen oder bei alternativen Anbietern erbracht werden.

Bei der Auswahl und Durchführung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sind die Eignung sowie die Neigungen der Leistungsberechtigten ebenso zu berücksichtigen wie die bisherige Tätigkeit und die Lage und Entwicklung auf dem Arbeitsmarkt (§ 49 Abs. 4 SGB IX).

Leistungsgesetze bestimmen den Zugang zu Teilhabeleistungen.

Der Zugang zu Teilhabeleistungen richtet sich nach den Vorschriften der einzelnen Leistungsgesetze. Eine zentrale und gemeinsame Voraussetzung für die Inanspruchnahme von Leistungen zur Teilhabe bildet das Vorliegen einer (drohenden) Behinderung nach § 2 SGB IX. Zu den Menschen mit Behinderungen zählen Menschen, die körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, die sie in Wechselwirkung mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren an der gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft mit hoher Wahrscheinlichkeit

länger als sechs Monate hindern können (§ 2 Abs. 1 SGB IX). Nach dem Wechselwirkungsansatz manifestiert sich eine Behinderung also erst durch gestörte oder nicht entwickelte Interaktion zwischen Individuum und seiner materiellen und sozialen Umwelt.³ Aus den bestehenden Beeinträchtigungen der Teilhabe eines Menschen resultiert ein individueller Bedarf an Rehabilitation, wobei sich aufgrund seiner Wünsche und Ziele in den verschiedenen Lebensbereichen unterschiedliche Teilhabebedarfe ergeben können.

Passgenaue Leistungen zur Teilhabe sind für eine erfolgreiche Rehabilitation und damit das Erreichen des Ziels der Teilhabe am Arbeitsleben von besonderer Bedeutung. Für eine zielgerichtete und effektive Initiierung und Durchführung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sollten etwaige Bedarfe an Teilhabe möglichst frühzeitig erkannt und ermittelt werden. Effiziente Rehabilitationsprozesse beginnen mit einer gezielten und systematischen Ermittlung des individuellen Teilhabebedarfs. Die Prozesse der Bedarfsermittlung bei Leistungen zur Teilhabe sind auf die sozialrechtliche Anforderung der möglichst dauerhaften gesellschaftlichen Teilhabe (beruflich und sozial, über Leistungsgrenzen hinweg) von Menschen mit Behinderungen bzw. drohender Behinderung auszurichten.

Effiziente Rehabilitationsprozesse beginnen mit einer gezielten und systematischen Ermittlung des individuellen Teilhabebedarfs.

1.1 ZUM BEGRIFF DER BEDARFSERMITTLUNG

In der Praxis werden bei Reha-Trägern und Leistungserbringern unterschiedliche Begriffe für die Bedarfsermittlung bzw. Phasen der Bedarfsermittlung verwendet.⁴ Die Entwicklung und Einführung übergreifender fachlicher Grundlagen setzt ein gemeinsames Verständnis von Bedarfsermittlung aller Professionen bei Reha-Trägern⁵ und Leistungserbringern voraus.

Die Bedarfsermittlung – im Sinne des vorliegenden Konzepts – bezeichnet das Vorgehen, welches auf individueller Ebene Informationen zur Prüfung bzw. Konkretisierung eines vorliegenden Teilhabebedarfs erhebt, bündelt und auswertet. Die Bedarfsermittlung schafft somit die notwendigen Voraussetzungen für die formale Festlegung eines Teilhabebedarfs.⁶

Bei der Bedarfsermittlung werden Informationen erhoben, gebündelt und ausgewertet. Sie findet in verschiedenen Phasen des Reha-Prozesses statt.

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

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

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

Bedarfsermittlung ist ein kommunikativer Prozess.

3. Zur sozialen Umwelt zählen hier auch Einstellungen und Haltungen.

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

5. Integrationsämter sind entsprechend § 6 SGB IX zwar keine Reha-Träger, innerhalb dieses Konzepts sind sie jedoch gleichermaßen adressiert.

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

In der Praxis verlaufen Reha-Prozesse nicht immer linear. Oft folgt auf eine erste Leistung zur Orientierung (z. B. Eignungsabklärung) erst im zweiten Schritt eine Qualifizierungsleistung (z. B. Umschulung). Abbildung 1 bildet Phasen des Rehabilitationsprozesses und die jeweilige Bedeutung für die Bedarfsermittlung vereinfacht ab.

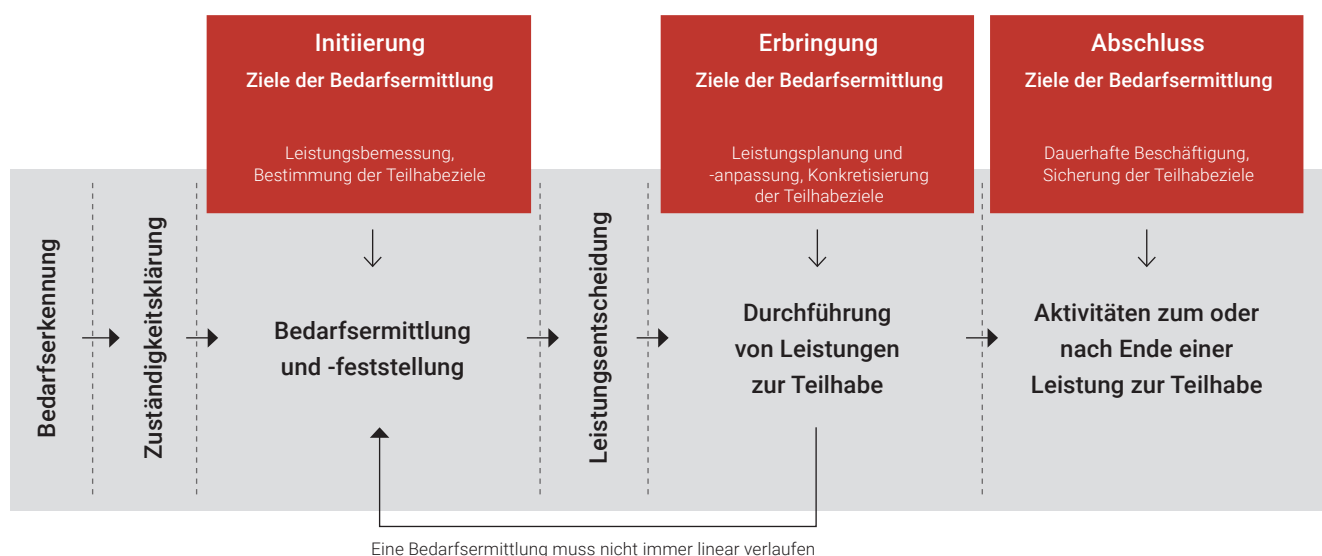


Abbildung 1: Ziele der Bedarfsermittlung im Kontext der Phasen des Rehabilitationsprozesses (modellhafte Darstellung; ohne Teilhabeplanung)

Die Phasen des Reha-Prozesses sollen fließend ineinander übergehen.

Phasen der Bedarfserkennung, Zuständigkeitsklärung, Bedarfsermittlung und -feststellung sowie der Leistungsentscheidung gehen in der Praxis häufig fließend ineinander über. Oft wird trägerseitig bereits während der Bedarfserkennung⁷ geklärt, ob grundsätzlich ein Anspruch auf Leistungen zur Teilhabe besteht. Dazu bedienen sich einige Reha-Träger aufgrund leistungsrechtlicher Vorgaben oft einer mehrstufigen Prüfung. Nicht jeder Antrag führt auch zur Bewilligung einer Leistung. Für die Feststellung, ob im Einzelfall eine Leistungsberechtigung⁸ besteht, sind in aller Regel deutlich weniger Informationen über den Antragsteller erforderlich, als sie insbesondere in Kapitel 4 „Inhalte der Bedarfsermittlung“ dieses Konzepts dargestellt werden.

Das Spektrum der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben ist in verschiedener Hinsicht durch Vielfalt geprägt. Diese Heterogenität führt bei der Bedarfsermittlung zu unterschiedlichen Zielperspektiven und ergibt sich aus dem Zusammenspiel von:

- individuellen Bedarfslagen (Teilhabebeeinträchtigungen) und individuellen Zielen und Wünschen,
- zuständigen Reha-Trägern und Leistungserbringern sowie
- Art und Umfang der Leistungen sowie deren spezifischen Zielstellungen.

Laut § 13 SGB IX hat eine Bedarfsermittlung einheitlich und überprüfbar zu erfolgen.

Das Konzept schließt an aktuelle rechtliche Entwicklungen des Bundesteilhabegesetzes an. Seit dem Inkrafttreten des neuen Teil I des SGB IX zum 01.01.2018, beinhaltet das SGB IX für Reha-Träger spezifische Vorschriften zur Bedarfsermittlung. Nach § 13 SGB IX haben Reha-Träger zur einheitlichen und überprüfbaren Ermittlung des individuellen Rehabilitationsbedarfs systematische Arbeitsprozesse und standardisierte Arbeitsmittel (Instrumente) nach den für sie geltenden Leistungsgesetzen zu verwenden.⁹ Die Instrumente sollen eine individuelle und funktionsbezogene Bedarfsermittlung gewährleisten und die Dokumentation und Nachprüfbarkeit der

7. Bei der Bedarfserkennung geht es um das möglichst frühzeitige Erkennen von potenziellem Bedarf an Leistungen zur Teilhabe und ggf. um das Hinwirken auf eine Antragsstellung durch den Leistungsberechtigten. Bei Reha-Trägern finden zwischen Bedarfserkennung und Bedarfsermittlung die Phasen der Antragstellung und Zuständigkeitsklärung statt.

8. Z.B. Reha-Status nach § 19 SGB III, persönliche und versicherungsrechtliche Voraussetzungen nach § 10,11 SGB VI oder Vorliegen eines Versicherungsfalles nach § 7 SGB VII.

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

Bedarfsermittlung sichern, indem sie erfassen,

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

Die gesetzlichen Vorgaben wurden durch die Reha-Träger im Rahmen der Gemeinsamen Empfehlung „Reha-Prozess“ konkretisiert [4] und auf ihre gemeinsamen Anforderungen hin ausgerichtet. Dieses Basiskonzept baut auf diesen Anforderungen auf und knüpft an den Regelungen der Gemeinsamen Empfehlung an.

Die gesetzlichen Regelungen zur Bedarfsermittlung wurden durch die GE Reha-Prozess konkretisiert.

1.2 ZIELE UND GRENZEN DES KONZEPTS

Ziel dieses Konzepts ist es, für die unterschiedlichen Akteure der beruflichen Rehabilitation übergreifende und einheitliche Grundlagen der Bedarfsermittlung bereitzustellen. Damit bietet es die Möglichkeit, Prozesse und Ergebnisse der Bedarfsermittlung einheitlicher zu strukturieren und ganzheitlicher zu gestalten. Das Konzept ist speziell zugeschnitten auf die Bedarfsermittlung bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben. In seiner Ausgestaltung beinhaltet es daher verschiedene Aspekte, die für den Bereich der Teilhabe am Arbeitsleben – im Vergleich zu anderen Teilhabeleistungen – von besonderer Relevanz sind.

Mit dem Konzept wird der Anspruch erhoben, eine strukturierende Arbeitshilfe bei Bedarfsermittlungen in der beruflichen Rehabilitation zur Verfügung zu stellen. Neben dem bio-psycho-sozialen Modell¹⁰ baut das Konzept dazu auf einem einheitlichen Verständnis von sozialpolitischen und sozialrechtlichen Grundanforderungen an die Bedarfsermittlung auf. Die Grundanforderungen sind ein Hilfsmittel, um die Umsetzung sozialgesetzlicher Normen in der Bedarfsermittlung nachvollziehbar zu gestalten. Der Informationsfluss zwischen Reha-Trägern und Leistungserbringern sowie zwischen den verschiedenen Professionen kann – unter Einhaltung der jeweils gültigen Vorgaben des Datenschutzes – mithilfe des Konzepts erleichtert werden.

Weiterhin bietet das Konzept einheitliche Grundlagen zur Dokumentation von Inhalten der Bedarfsermittlung über die einzelnen Phasen des Reha-Prozesses hinweg. Dies trägt zur besseren Kommunikation aller am Reha-Prozess beteiligten Akteure bei. Planungen, Leistungsentscheidungen und Leistungsanpassungen bekommen damit eine gemeinsame Basis von kontinuierlich fortgeschriebenen Informationen zur Beurteilung der individuellen Teilhabe. Ziel des Konzepts ist es, die Anschlussfähigkeit einzelner Schritte und Ergebnisse zueinander zu verbessern und so die Bedarfsermittlungs- und Kommunikationsprozesse aller Akteure zu vereinfachen. Durch die Verankerung der Rolle und Sichtweise des Leistungsberechtigten trägt das Konzept zur Stärkung der Selbstbestimmung und zur Verwirklichung der Teilhabemöglichkeiten des Menschen mit Behinderungen im Sinne der UN-BRK bei. Grundsätzlich eröffnet eine Bedarfsermittlung auf Basis des bio-psycho-sozialen Modells die Möglichkeit, entsprechend des gesetzlichen Auftrags, den Menschen mit Behinderungen und seinen individuellen Bedarf in den Mittelpunkt zu stellen und zielgerichtet sämtliche Bedarfe für eine möglichst umfassende, gleichberechtigte gesellschaftliche Teilhabe abzuleiten. Durch die im Konzept vollzogene Differenzierung zwischen ermittelten Teilhabebedarfen und der Übersetzung in Leistungen zur Teilhabe ergeben sich über den Leistungsbereich der Teilhabe am Arbeitsleben hinaus ferner Verpflichtungen, Bedarfe anderer Teilhabebereiche (medizinisch, sozial, Bildung) zu erkennen und erkannte Bedarfe ins Verfahren einzubeziehen.¹¹

Einheitliche Grundlagen zur Bedarfsermittlung tragen zur besseren Kommunikation der Akteure bei.

10. Ausführlich zum bio-psycho-sozialen Modell siehe Punkt 1.3.

11. Dazu zählen für Reha-Träger z. B. das Hinwirken auf eine Antragstellung (§ 25 Abs. 2 GE Reha-Prozess) oder die sog. „ergänzende Antragstellung“ (§ 25 Abs. 1 GE Reha-Prozess) mit den Möglichkeiten des Antragsplittings (§ 15 Abs. 1 SGB IX) oder der Beteiligung nach § 15 Abs. 2 SGB IX.

Das Konzept gibt den Instrumenten zur Bedarfsermittlung einen einheitlichen Bezugspunkt.

Für die bei der Bedarfsermittlung eingesetzten Instrumente – insbesondere im Sinne von Arbeitsmitteln – gibt dieses Konzept einen übergreifenden Bezugsrahmen. Es ermöglicht in der Praxis eine zielgerichtete Auswahl aus der Vielzahl an Instrumenten. Perspektivisch soll es als Ausgangspunkt für Weiterentwicklungen von Instrumenten (im Sinne des § 13 SGB IX) im Feld der beruflichen Rehabilitation dienen.¹²

Aufgrund des vorab beschriebenen heterogenen Feldes im Bereich der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben enthält das Konzept keine organisationspezifischen Hinweise, die sich z. B. auf Spezifika einzelner Reha-Träger (z. B. gesetzliche Vorgaben zu Prozessen, Zuständigkeiten) oder einzelner Leistungserbringer beziehen. Vielmehr stellt das Konzept einen gemeinsam abgestimmten Bezugsrahmen in Form einer strukturierten Arbeitshilfe für Bedarfsermittlung im Bereich LTA bereit.

Das Konzept bildet einen gemeinsamen Rahmen. Zugleich lässt es jedem Akteur Gestaltungsspielräume.

Zugleich lässt das Konzept Reha-Trägern und Leistungserbringern Gestaltungsspielräume, die Inhalte des Konzepts im Rahmen ihrer differenzierten leistungsrechtlichen und prozessualen Vorgaben umzusetzen. Im Detail betrifft dies insbesondere die Fragen, wer genau (z. B. Abteilung, Fachbereich, Profession) im Einzelfall erforderliche Informationen erhebt und wann (Zeitpunkt) oder wie (Methode) dies genau geschieht. Hieraus schlussfolgert sich, dass die Inhalte dieses Konzepts – zumindest in Teilen – einer weiteren Übersetzung in die jeweilige Prozessgestaltung zur Bedarfsermittlung bedürfen (z. B. über Handlungsleitfäden, Integration in Arbeitsprozesse), um die unmittelbare Anwendbarkeit bei Reha-Trägern und Leistungserbringern zu erhöhen. Der erforderliche Anspruch eines übergreifenden und weithin allgemeingültigen Konzepts für die Bedarfsermittlung begrenzt die Möglichkeiten im Detail auf jeweilige Besonderheiten einzugehen.

1.3 DAS BIO-PSYCHO-SOZIALE MODELL DER WELTGESUNDHEITSORGANISATION (WHO)

Das bio-psycho-soziale Modell ist handlungsleitend bei der Entwicklung von Recht, Systemen und Konzepten im Bereich der Rehabilitation.

Das bio-psycho-soziale Modell der WHO ist in der Sozialmedizin, in der Rehabilitationswissenschaft sowie im (sozial-)rechtlichen Kontext (SGB IX; UN-BRK) anerkannt und verbreitet. Es ist seit der Begründung eines breiten Verständnisses von Gesundheit durch die WHO handlungsleitend bei der Weiterentwicklung von Recht, Systemen und Konzepten im Bereich der Rehabilitation und Teilhabe (z. B. Behinderungsbegriff nach § 2 SGB IX, siehe dazu auch [5]). Durch seine verschiedenen rechtlichen Verankerungen (§§ 2, 13, 19, 118 SGB IX) bildet es die übergreifende Systematik für viele Akteure in der Rehabilitation und in den von ihnen gestalteten Prozessen.

Das Modell bildet die Grundlage eines zeitgemäßen Verständnisses von Behinderung und Funktionsfähigkeit. Dabei fokussiert das bio-psycho-soziale Modell auf die individuelle Teilhabesituation eines Menschen. Das klassische bio-medizinische Modell, das Behinderung im Wesentlichen als defizitäres Attribut einer Person auffasst, wird im bio-psycho-sozialen Modell um psycho-soziale Aspekte ergänzt, die im Kontext von Krankheit und Behinderung wesentliche Einflussfaktoren darstellen [6; 7]. Im Unterschied zu einer defizitorientierten und problembehafteten Betrachtung von Behinderung werden durch das bio-psycho-soziale Modell auch positive, fördernde Aspekte und Lebensweltbezüge eines Menschen bei der Betrachtung seiner Teilhabesituation einbezogen (bspw. trotz einer Unterschenkel-Amputation noch laufen zu können wie eine gesunde Person) [8]. Durch diese Ressourcenorientierung verdeutlicht das Modell, dass Behinderung im Sinne einer Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit kein statisches Merkmal eines Menschen, sondern eine dynamische Begebenheit darstellt [7].

Gesundheitsprobleme haben Auswirkungen auf Körperfunktionen und -strukturen eines Menschen und oft auch auf die Aktivität und Teilhabe.

Die Konzeption des bio-psycho-sozialen Modells besagt, dass Gesundheitsprobleme eines Menschen Auswirkungen auf dessen Körperfunktionen und Körperstrukturen und meistens auch auf seine Aktivitäten und Teilhabe haben. Diese können durch seinen individuellen Lebenshintergrund (Umweltfaktoren und personbezogene Faktoren) wechselseitig positiv wie negativ be-

12. Zum Beispiel werden durch die Instrumentendatenbank (Abschnitt 6.1) „Lücken“ bei den Instrumenten zu bestimmten Komponenten des bio-psycho-sozialen Modells aufgezeigt.

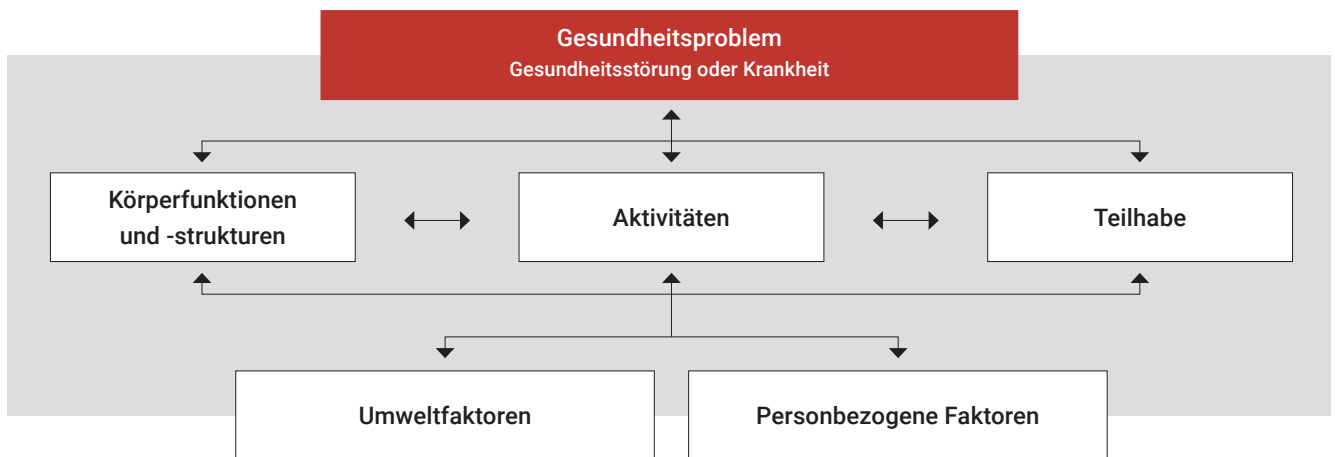


Abbildung 2: Das bio-psycho-soziale Modell der WHO (DIMDI 2005).

einflusst werden [6; 9].¹³ Beispielsweise werden Aktivitäten wie die Übernahme von Aufgaben, die Kommunikation oder die Mobilität eines Menschen temporär oder dauerhaft beeinträchtigt. Kontextfaktoren wirken auf die Komponenten Aktivitäten und Teilhabe und können die Ausübung dieser befördern oder hemmen [10]. Abbildung 2 illustriert das Zusammenwirken und die Wechselwirkungen der einzelnen Komponenten.

In der Bedarfsermittlung ermöglicht die Nutzung des Modells eine nachvollziehbare und konsequente Ausrichtung an einem ganzheitlichen Behinderungsverständnis und ermöglicht eine auf Teilhabe fokussierte Betrachtung von Krankheitsfolgen im jeweiligen individuellen Kontext. Das Modell bildet somit einen Leitfaden für einen auf Verständnis und Gleichberechtigung basierenden Dialog zur Betrachtung einer individuellen Teilhabesituation. Voraussetzung dafür ist ein strukturierter Dialog zwischen der Reha-Fachkraft einerseits und den Leistungsberechtigten andererseits. Wenn das bio-psycho-soziale Modell als einheitlicher Handlungsrahmen genutzt werden soll, sind in einschlägigen Arbeitsprozessen von Reha-Trägern und Leistungserbringern systematisch Bezüge zum Modell zu verankern. Nur so kann das Modell zu einer diskursiven, hermeneutischen und strukturierten Bedarfsermittlung beitragen [9].

Mit dem bio-psycho-sozialen Modell steht die „Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit“ (ICF) auf verschiedene Weise in Beziehung. Zum einen liegt dem Klassifikationssystem „ICF“ mit seinen Domänen, Kategorien und Codes das bio-psycho-soziale Modell (sog. Konzept der ICF) zugrunde [6]. Zum anderen kann, ausgehend vom bio-psycho-sozialen Modell, die Struktur der ICF als Unterstützung zur Ermittlung, Sortierung und Dokumentation von Informationen aufgefasst werden. Bei der Bedarfsermittlung dient die ICF als Basis für die Strukturierung und als gemeinsame Sprache zur Beschreibung von Gesundheits- und mit Gesundheit zusammenhängenden Zuständen (zur Problematik der Nutzung der Item-Codes und Codierungen der ICF siehe z. B. [1] und [9; 11]).

Während Gesundheitsprobleme mithilfe der jeweils aktuellen Fassung der ICD oder der DSM klassifiziert werden, können ihre Auswirkungen auf unterschiedlichen Ebenen (z. B. Körperfunktionen, Aktivitäten) mithilfe der ICF beschrieben und dokumentiert werden. Die Klassifikationen ergänzen sich somit [6]. Hierbei ist die Funktionsfähigkeit der Oberbegriff für Körperfunktionen, Körperstrukturen, Aktivitäten und Partizipation [Teilhabe]. Sie bezeichnet die positiven Aspekte der Interaktion zwischen einer Person (mit einem Gesundheitsproblem) und ihren Kontextfaktoren (Umwelt- und personbezogene Faktoren). Funktionsfähigkeit kann so verstanden werden, dass eine Person trotz einer Erkrankung all das tut oder tun kann, was von einem gesunden Menschen erwartet wird und/oder sie sich in der Weise und dem Umfang entfalten kann, wie es von einem gesunden Menschen erwartet wird [12].

Die Beziehungen zwischen bio-psycho-sozialem Modell und ICF sind vielseitig.

Auswirkungen von Gesundheitsproblemen können mit der ICF beschrieben werden.

13. Nähere Einzelheiten zu den Begriffen und Komponenten finden sich in Kapitel 3.2 des Konzepts wieder.

Die ICF ist kein Instrument zur Erhebung von Informationen.

Die ICF selbst ist weder ein Assessment noch ein Instrument zur Erhebung von Informationen. Sie kann jedoch ein Ausgangspunkt für den Einsatz eines solchen Instruments darstellen. Ihre Struktur kann der Reha-Fachkraft zwar Hinweise auf relevante Erkenntnisse in der Bedarfsermittlung geben und damit die Auswahl passender Instrumente erleichtern, gleichwohl gibt sie dadurch weder die Art und Weise noch die Tiefe der jeweiligen Bedarfsermittlung vor. Mit der ICF lassen sich keine Erkrankungen diagnostizieren. Die ICF ist vielmehr ein Klassifikationssystem, mit dem Informationen (z. B. Ergebnisse aus Diagnostik, Testverfahren und Assessments) systematisch entlang der Komponenten des bio-psycho-sozialen Modells sortiert und zugeordnet werden können.

Diesem Grundverständnis folgt dieses Konzept. Gleichwohl ermöglicht eine auf der ICF-Systematik gründende Sortierung von Informationen unterhalb der Komponenten des bio-psycho-sozialen Modells eine verbesserte und einheitlich strukturierte Kommunikation zwischen allen Akteuren der Bedarfsermittlung. Die Verwendung der Begriffe der ICF unterstützt sowohl die verschiedenen Professionen (Ärzten, Psychologen, Pädagogen, Beratungsfachkräften etc.) als auch den unterschiedlichen Akteuren innerhalb des Reha-Systems (Reha-Trägern, Leistungserbringern, Leistungsberechtigten etc.) bei Erledigung ihrer Aufgabenstellungen.

A |
B |
C |

TEIL A GRUNDLAGEN DER BEDARFSERMITTLUNG

In Teil A finden sich allgemeingültige Grundlagen für die Bedarfsermittlung im Bereich von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben. Darüber hinaus wird, ausgehend von sozialpolitischen Forderungen und sozialrechtlichen Normierungen, ein gemeinsames Verständnis von Bedarfsermittlung bei Reha-Trägern und Leistungserbringern in der beruflichen Rehabilitation hergestellt. Diese Grundlagen gelten für alle Professionen und bilden die abgestimmte Ausgangsbasis für alle Prozesse in Bezug auf Bedarfsermittlung. Teil A legt damit die Grundlage für die praxisorientierten Ausführungen in Teil B.

1

EINFÜHRUNG

2

GRUNDANFORDERUNGEN AN DIE BEDARFSERMITTLUNG

Alle Prozesse der Bedarfsermittlung stehen im Kontext sozialpolitischer und sozialrechtlicher Anforderungen von UN-BRK und SGB IX. Diese Anforderungen manifestieren sich dort in beschreibenden Adjektiven wie beispielsweise umfassend (§ 14 SGB IX) und funktionsbezogen (§§ 13 und 19 SGB IX) und stellen handlungsleitende Prinzipien einer jeden Bedarfsermittlung dar. Zur einheitlichen Umsetzung der Vorgaben der UN-BRK, des SGB IX sowie des grundgesetzlich normierten Gleichheitsgrundsatzes sowie zur weiteren Stärkung der Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben ist ein einheitliches Verständnis der grundlegenden Begrifflichkeiten als gemeinsame Basis notwendig [1]. Auch erwächst aus den Vorschriften zur Koordinierung der Leistungen des Kapitels 4 des SGB IX die Notwendigkeit, übergreifend nach möglichst einheitlichen Maßstäben bei der Ermittlung des Rehabilitationsbedarfs vorzugehen und zusammenzuarbeiten. Anderenfalls wären auch eine effektive Durchführung des Teilhabeplanverfahrens sowie eine nahtlose Leistungserbringung nicht möglich [3].

In der Bedarfsermittlung sind acht Grundanforderungen zentral. Sie sind Ausgangsbasis jeder Bedarfsermittlung.

Vorgaben sozialpolitischer und sozialrechtlicher Art werden im Folgenden als Grundanforderungen der Bedarfsermittlung eingeführt. Insgesamt werden acht Grundanforderungen vorgestellt und als gemeinsame Ausgangsbasis definiert. Denn nur ein abgestimmtes und übergreifend einheitliches Verständnis der sozialpolitischen und sozialrechtlichen Anforderungen kann eine gemeinsame Handlungsgrundlage für Reha-Träger und Leistungserbringer in der Bedarfsermittlung bilden. Die näher bestimmten Grundanforderungen finden Eingang in die Ausgestaltung der Interaktion und Kommunikation mit dem Leistungsberechtigten (Kapitel 3) sowie in die konkreten Inhalte der Bedarfsermittlung (Kapitel 4). Als handlungsleitende Prinzipien ergeben sich aus den Grundanforderungen Konsequenzen für Breite, Tiefe, Inhalt, Form und Ablauf der Bedarfsermittlung. Die einzelnen Grundanforderungen stehen durch wechselseitige Bezüge miteinander in Verbindung. Ihre Auswirkungen können sich im Einzelnen überschneiden, dies mindert ihre Bedeutsamkeit im Einzelnen jedoch nicht.

Aus den Grundanforderungen ergeben sich Konsequenzen für Breite, Tiefe, Inhalt, Form und Ablauf der Bedarfsermittlung.

2.1 DEN TEILHABEBEDARF EINER PERSON IN SEINER GESAMTHEIT ERFASSEN: UMFASSENDE BEDARFSERMITTLUNG

Menschen mit Behinderungen haben sehr unterschiedliche Unterstützungsbedarfe. Demgegenüber steht ein hochkomplexes Rehabilitationssystem. So sind häufig mehrere verschiedene Reha-Träger und Leistungserbringer an einem individuellen Reha-Prozess beteiligt. Damit das Ziel der Teilhabe bestmöglich erreicht werden kann, sind Planung und Koordination verschiedener Leistungen wichtige Voraussetzungen [13].

Eine umfassende Bedarfsermittlung stellt die Person in den Mittelpunkt und betrachtet sie in ihrer gesamten Lebenswelt.

Eine umfassende Bedarfsermittlung stellt die Person in den Mittelpunkt und betrachtet sie in ihrer gesamten Lebenswelt. Die Bedarfsermittlung orientiert sich ausschließlich am individuellen Bedarf des Menschen mit Behinderungen [14]. Dafür sind alle Informationen, die für die Beurteilung des Teilhabebedarfs notwendig sind, einzuholen. Eine Orientierungshilfe für eine umfassende Bedarfsermittlung ist das bio-psycho-soziale Modell der WHO (vgl. Abschnitt 1.3). Unter Nutzung des bio-psycho-sozialen Modells, werden in einer umfassenden Bedarfsermittlung Informationen in Bezug auf die Teilhabe ermittelt und zugeordnet:

- Gesundheitsproblem/e
- Auswirkungen der Gesundheitsprobleme auf Körperfunktionen und -strukturen sowie
- Aktivitäten und Teilhabe unter Berücksichtigung von
- Umweltfaktoren und personbezogenen Faktoren in ihrer Eigenschaft als Förderfaktor bzw. Barriere.

Reha-Träger und Leistungserbringer haben stets vorausschauend zu prüfen, ob neben den (beantragten) Leistungen zur Teilhabe weitere Leistungen und Hilfen erforderlich sind, um das über-

geordnete Ziel der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft erreichen zu können. Eine umfassende Bedarfsermittlung zielt darauf ab, jederzeit Anhaltspunkte für weitere Leistungen und Hilfen zu identifizieren. Werden weitere Bedarfe bzw. mögliche Anzeichen dafür erkannt und liegen diese außerhalb des eigenen Zuständigkeitsbereichs, so sind die im Einzelfall relevanten Akteure zu informieren und – im Rahmen rechtlicher Vorgaben und Vereinbarungen – zu beteiligen [15].¹⁴

Für Reha-Träger bedeutet eine umfassende Bedarfsermittlung bereits, dass der Antrag auf Reha-Leistungen nach dem Prinzip der Meistbegünstigung auszulegen ist (vgl. § 5 Abs. 1,3 GE Reha-Prozess). Danach ist, „sofern eine ausdrückliche Beschränkung auf eine bestimmte Leistung nicht vorliegt, davon auszugehen, dass der Antragsteller die nach der Lage des Falls ernsthaft in Betracht kommenden Leistungen begehrt. Sollten verschiedene Teilhabeleistungen in Betracht kommen, sind diese grundsätzlich in ihrer Gesamtheit als Gegenstand seines Antrags aufzufassen“ [4].

Auch laut § 14 Abs. 2 SGB IX haben Reha-Träger eine umfassende Bedarfsfeststellung vorzunehmen. Konkretisiert wird diese Vorschrift durch § 26 Abs. 2 der Gemeinsamen Empfehlung Reha-Prozess. Demnach meint eine umfassende Bedarfsermittlung in diesem Sinne „insbesondere, dass der individuelle Bedarf im Hinblick auf alle Leistungen und Rechtsgrundlagen des Rehabilitationsrechts festgestellt wird, die in der konkreten Bedarfssituation überhaupt in Betracht kommen. Dabei werden auch solche Leistungen in den Blick genommen,

- für die der leistende Rehabilitationsträger nach seinem jeweiligen Leistungsgesetz nicht zuständig ist, einschließlich solcher Leistungen,
- für die er nach § 6 SGB IX nicht Rehabilitationsträger sein kann.“ [4]

Eine umfassende Bedarfsfeststellung setzt eine entsprechend ausgerichtete Bedarfsermittlung voraus (vgl. §§ 26 Abs. 2, 36 Abs. 1 GE Reha-Prozess). Da Leistungen zur Teilhabe keine streng voneinander zu trennenden, schematisch aufeinanderfolgenden Leistungen sind, gelingt Rehabilitation dann am besten, wenn diese aufeinander abgestimmt werden, ineinander greifen und sich gegenseitig ergänzen [13]. Eine umfassende, trägerübergreifende Bedarfsermittlung ermöglicht den Reha-Trägern, den gesamten Teilhabebedarf festzustellen und eine Abstimmung jeweils benötigter Leistungen vorzunehmen. Dies ist insbesondere dann unablässig, wenn das Erfordernis weiterer Unterstützungsbedarfe das Erreichen der Ziele von Leistungen zur Teilhabe durch bestehende Wechselwirkungen beeinflussen kann. In diesem Sinne trägt eine trägerübergreifende Bedarfsermittlung zur Sicherung umfassender Teilhabeziele bei.

Eine umfassende Bedarfsermittlung folgt dem Grundsatz „so viele Daten wie nötig, so wenig Daten wie möglich“. Mit Blick auf das jeweilige Teilhabeziel, sind nur solche Informationen zu erheben, die notwendig sind, um den Teilhabebedarf ermitteln und bestimmen zu können.

Im Rahmen der umfassenden Bedarfsermittlung sind Anhaltspunkte für weitere Leistungen und Hilfen zu identifizieren.

Eine umfassende Bedarfsfeststellung (als Ziel) setzt eine umfassende Bedarfsermittlung (als Weg) voraus.

Die Bedarfsermittlung erfolgt umfassend, wenn sie den Teilhabebedarf des Menschen mit Behinderungen in ihrer Gesamtheit erfasst hat. Sie erfolgt dabei auf den Teilhabebedarf einer Person bezogen und damit zunächst unabhängig von konkreten Leistungen, Zuständigkeiten und Leistungserbringern.

In Kürze

2.2 DAS BIO-PSYCHO-SOZIALE MODELL NUTZEN: FUNKTIONSBEZOGENE BEDARFSERMITTLUNG

„Funktionsbezogen“ leitet sich von dem Begriff der Funktionsfähigkeit ab, der in der deutschsprachigen Fassung der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) verwendet und beschrieben wird (siehe hierzu einführend Abschnitt 1.3).

14. Die Vorschriften zum Datenschutz sind einzuhalten. Für Reha-Träger wird in diesem Zusammenhang auf §§ 14,15 SGB IX in Verbindung mit § 25 GE Reha-Prozess [4] hingewiesen.

Die Kontextfaktoren in ihrer jeweiligen Eigenschaft als Förderfaktor oder Barriere, bestimmen das Ausmaß der individuellen Funktionsfähigkeit mit.

Innerhalb der ICF umfasst Funktionsfähigkeit als Oberbegriff alle Körperfunktionen, Körperstrukturen, Aktivitäten und Partizipation [Teilhabe]. Dabei bezieht sich die Funktionsfähigkeit auf die positiven Aspekte der Interaktion zwischen einer Person mit einem Gesundheitsproblem und ihren Kontextfaktoren. Die Kontextfaktoren (Umwelt- und personbezogene Faktoren) in ihrer jeweiligen Eigenschaft als Förderfaktor oder Barriere bestimmen das Ausmaß der individuellen (Beeinträchtigung der) Funktionsfähigkeit mit.

Die Komplexität der Wechselwirkungen im bio-psycho-sozialen Modell lässt vielfältige Interventionsansätze erkennen, beispielsweise:

- bei der Behandlung der Schädigung der Körperfunktionen und -strukturen selbst oder der Förderung von Fähigkeiten,
- bei der Verbesserung oder dem Ausgleich beeinträchtigter Aktivitäten sowie
- bei der Verbesserung oder dem Ausgleich einer beeinträchtigten Teilhabe (Partizipation).

§ 13 SGB IX verpflichtet die Reha-Träger zur funktionsbezogenen Ermittlung des Teilhabebedarfs. Zudem schreibt § 19 SGB IX eine funktionsbezogene Bedarfsfeststellung im Rahmen der Teilhabeplanung vor. Eine funktionsbezogene Bedarfsermittlung erfolgt laut Gesetzesbegründung grundsätzlich nach dem bio-psycho-sozialen Modell [3; 9; 16; 17]. Dies beinhaltet die Erhebung aller erforderlichen Informationen zu den Auswirkungen eines Gesundheitsproblems (Schädigung von Körperfunktionen und -strukturen, Beeinträchtigung von Aktivitäten und Teilhabe) sowie die Einbeziehung fördernder und hemmender Kontextfaktoren und die Beachtung der Wechselwirkungen untereinander (§ 36 Abs. 3 GE Reha-Prozess [4]).

In Kürze

Die Bedarfsermittlung ist funktionsbezogen, wenn diese unter Nutzung des bio-psycho-sozialen Modells erfolgt. Dies beinhaltet die Erhebung aller relevanten Informationen zu den Auswirkungen der Gesundheitsprobleme (auf die Körperfunktionen und -strukturen, sowie im Bereich der Aktivitäten und Teilhabe) unter Einbezug der im Einzelfall wichtigen Kontextfaktoren in ihrer Eigenschaft als Förderfaktor oder Barriere und der Wechselwirkungen der Komponenten zueinander.

2.3 ALLE AKTIVITÄTEN AUF DIE JEWEILIGE PERSON AUSRICHTEN: INDIVIDUELLE BEDARFSERMITTLUNG

Die Vorstellungen, Wünsche und Ziele des Leistungsberechtigten sind in die Bedarfsermittlung einzubeziehen.

Rehabilitation ist ein individueller Prozess, der am Gesundheitszustand und den Problemlagen einer Person ansetzt. Sie kann nur gelingen, wenn der Mensch mit Behinderungen selbst im Zentrum dieses Prozesses steht [18]. Dazu sind – ausgehend vom individuellen Gesundheitsproblem und dessen Auswirkungen – Bedarfe und daraus folgende Leistungen und Hilfen zu ermitteln. Es werden die Lebenssituation des Menschen mit Behinderungen erfasst und seine Vorstellungen, Wünsche und Ziele in die weitere Ermittlung, Planung und Ausgestaltung der Leistung mit einbezogen.

Der Begriff „individuell“ wird im SGB IX häufig in Zusammenhang mit „Bedarf“ verwendet. Nach § 13 und § 19 SGB IX ist der individuelle Bedarf durch die Reha-Träger zu ermitteln und festzustellen. Auch § 36 der Gemeinsamen Empfehlung „Reha-Prozess“ sieht eine individuelle Bedarfsermittlung und -feststellung vor, wobei die aktuelle Lebenssituation des Individuums mit seinen jeweiligen Kompetenzen und Unterstützungsbedarfen den Ausgangspunkt der Ermittlung darstellt (§ 36 Abs. 2 GE Reha-Prozess). Grundsätzlich gilt für Sozialleistungen ein allgemeines Individualisierungsgebot (§ 33 Satz 1 SGB I). Demnach sind bei der Ausgestaltung von Sozialleistungen die persönlichen Verhältnisse der Leistungsberechtigten, ihre Bedarfe und ihre Leistungsfähigkeit sowie die örtlichen Verhältnisse zu berücksichtigen (vgl. § 33 Satz 1 SGB I) [19].

Eine besondere Ausprägung findet das Individualisierungsgebot bei Leistungen zur Teilhabe durch das spezielle Wunsch- und Wahlrecht nach § 8 SGB IX [ebd.19]. Dem folgend ist den be-

rechtigten Wünschen des Menschen mit Behinderungen zu entsprechen und sind seine persönliche Situation, sein Alter, sein Geschlecht, seine familiären Gegebenheiten sowie seine religiösen und weltanschaulichen Bedürfnisse zu berücksichtigen. Dies gilt sowohl bei der Entscheidung über die Leistung als auch bei der konkreten Ausgestaltung derselben. Arbeitsprozesse und Arbeitsmittel sollten sich nicht nur an bestehenden Strukturen (Leistungserbringern, Leistungsorten, Leistungsformen) orientieren, vielmehr sollte sich ihr Einsatz nach den Erfordernissen im Einzelfall ausrichten. Eine individuelle Bedarfsermittlung setzt voraus, dass sie unabhängig von bestehenden Leistungsangeboten und Leistungsgruppen erfolgt [14]. Erst wenn der Bedarf vollständig ermittelt wurde, kann dieser festgestellt werden und erst in einem nächsten Schritt erfolgt die Planung und Übersetzung in mögliche Leistungen zur Bedarfsdeckung (vgl. auch die Anforderungen an eine umfassende Bedarfsermittlung, Abschnitt 2.1).

Die Bedarfsermittlung hat unabhängig von Leistungsangeboten und Leistungsgruppen zu erfolgen.

Eine individuelle Bedarfsermittlung ist gekennzeichnet durch die Ausrichtung aller Handlungsschritte an der Person. Ausgangspunkt ist das Individuum mit seinen jeweiligen Fähigkeiten, Fertigkeiten und Unterstützungsbedarfen. Die Vorstellungen, Wünsche und Ziele des Menschen mit Behinderungen sind zu ermitteln und in Planung, Leistungsentscheidung sowie -erbringung einzubeziehen.

In Kürze

2.4 BEDARFSERMITTLUNG AN TEILHABEZIELEN AUSRICHTEN: ZIELORIENTIERTE BEDARFSERMITTLUNG

Ziel des Reha-Prozesses ist es, die Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe des Menschen mit Behinderungen zu fördern (Art. 3 UN-BRK sowie §§ 1 und 4 SGB IX). Im Wesentlichen haben Leistungen zur Teilhabe das „gesamtgesellschaftliche Ziel, die Leistungs- und Erwerbsfähigkeit der Versicherten zu erhalten sowie die Teilhabe der Menschen am sozialen und beruflichen Leben zu sichern“ [20].

Während der Bedarfsermittlung sind Teilhabeziele gemeinsam mit dem Leistungsberechtigten zu entwickeln und festzulegen [21]. Im weiteren Verlauf sind auf Grundlage dieser Teilhabeziele konkrete Leistungs- und Handlungsziele abzuleiten. Solche beziehen sich auf einzelne Bestandteile des Reha-Prozesses, greifen idealerweise ineinander und tragen zum Erreichen der Teilhabeziele bei. Bei der Zielentwicklung ist, aufbauend auf definierten Leistungszielen, auf eine sinnvolle Priorisierung und eine Differenzierung in möglichst nah erreichbare Handlungsziele zu achten [22].

Während der Bedarfsermittlung sind Teilhabeziele gemeinsam mit dem Leistungsberechtigten zu entwickeln und festzulegen.

Am individuellen Teilhabeziel sind die Rehabilitationsleistungen und deren Ergebnis hinsichtlich der Zielerreichung zu prüfen. Die Ziele müssen dem persönlichen Anliegen des Menschen mit Behinderungen entsprechen und an der individuellen Lebenssituation ansetzen [14]. Neben seinen Vorstellungen und Wünschen sind auch individuelle Eignung und Neigung, bisherige Tätigkeiten sowie die Lage und Entwicklung des Arbeitsmarktes in die Zielfindung mit einzubeziehen [23]. Bei der gemeinsamen Entwicklung und Festlegung von Teilhabezielen muss jedoch beachtet werden, dass rechtliche Regelungen und vorgegebene Rahmenbedingungen in einem Spannungsverhältnis zu den individuellen Zielen eines Menschen stehen können [20]. Umso wichtiger ist es, die Vorstellungen und Wünsche während der Bedarfsermittlung zu ermitteln, Ziele gemeinsam zu entwickeln und festzulegen und möglichst einen Konsens zwischen den Beteiligten herzustellen.

Wesentlich für die Bedarfsermittlung ist die gemeinsame Festlegung der Teilhabeziele und damit verbunden die Frage, wie man diese Ziele erreichen kann. Alle Informationen müssen immer im Hinblick auf die Teilhabeziele erhoben werden. Dementsprechend sind nur die Daten zu erheben und die Arbeitsmittel einzusetzen, die tatsächlich erforderlich sind. Die im Rahmen der Bedarfsermittlung eingesetzten Beratungen, Leistungen und Arbeitsmittel sind an den Teilhabezielen auszurichten.

Leistungen zur Teilhabe haben das Ziel, die Teilhabe von Menschen mit Behinderungen an der Gesellschaft zu sichern oder wiederherzustellen. Daher sind die jeweiligen Teilhabeziele gemeinsam mit den Menschen mit Behinderungen auszuhandeln, festzulegen und so genau wie möglich zu konkretisieren.

In Kürze

2.5 DIE BETEILIGUNG VERSCHIEDENER DISZIPLINEN GEWÄHRLEISTEN: MULTI-/INTERDISZIPLINÄRE BEDARFS-ERMITTLUNG

Bei der Bedarfsermittlung ist eine berufsgruppenübergreifende Zusammenarbeit erforderlich.

Ausgehend vom Einzelfall sind unterschiedliche Disziplinen und Kompetenzen in die Bedarfsermittlung einzubeziehen.

Charakteristisch für die Rehabilitation von Menschen mit Behinderungen ist eine integrative Kombination verschiedener Leistungen und Hilfen [26]. Sie wird als ein "multi- und interdisziplinäres Management" beschrieben [27]. Bei Reha-Trägern und Leistungserbringern arbeiten oftmals Ärzte, Psychologen, Beratungsfachkräfte, Pädagogen und andere Fachkräfte nicht nur intra-, sondern indirekt oder direkt auch interinstitutionell¹⁵ zusammen [28–30]. Auch für eine systematische und umfassende Bedarfsermittlung ist eine berufsgruppenübergreifende Zusammenarbeit nötig [14; 31].

Die UN-Behindertenrechtskonvention sieht vor, dass Leistungen für Menschen mit Behinderungen auf einer „multidisziplinären Bewertung der individuellen Bedürfnisse und Stärken beruhen“ (Art. 26 Abs. 1a UN-BRK). Hieran angelehnt verpflichtet § 39 Abs. 2 der Gemeinsamen Empfehlung „Reha-Prozess“ die Reha-Träger, wenn erforderlich, zu einer möglichst interdisziplinären Ermittlung des Teilhabebedarfs [4].

Auch die funktionsbezogene Begutachtung als Teil der Bedarfsermittlung ist ein individueller Vorgang, bei der nach Bedarf unterschiedliche Disziplinen und Kompetenzen hinzugezogen werden sollten [32]. Diesem Grundgedanken folgend sind im Sinne einer umfassenden und funktionsbezogenen Bedarfsermittlung verschiedene Sachverständige zur Ermittlung des Teilhabebedarfs einzubeziehen, um „sämtliche Dimensionen einer chronischen Erkrankung zu erfassen“ [33]. Unter Berücksichtigung der Erfordernisse des Einzelfalls sind die jeweils relevanten Disziplinen und Professionen an der Ermittlung des Teilhabebedarfs zu beteiligen [14]. Über die Einholung unterschiedlicher Befunde hinaus sollten die verschiedenen Disziplinen auch bei der Beurteilung des Bedarfs und der folgenden Planung von Leistungen und Hilfen zusammenarbeiten [ebd.]. Dabei ist die Kooperation verschiedener Disziplinen nicht einfach nur die Kombination verschiedener Untersuchungsergebnisse, sondern muss als ein wichtiges Korrektiv zur Objektivierung ggf. subjektiv verzerrter Befunde gesehen werden [34]. Wesentliches Kennzeichen einer solchen interdisziplinären Bedarfsermittlung ist der gemeinsame Austausch über die erhobenen Informationen, wobei der fachliche Diskurs zwischen den Disziplinen gleichberechtigt auf Augenhöhe geführt wird [21].

Nicht in jedem Fall ist der persönliche, interdisziplinäre Austausch zwischen allen beteiligten Professionen erforderlich. Mindestvoraussetzung ist jedoch die Einbeziehung der jeweils relevanten Disziplinen in die Bedarfsermittlung und die Bedarfsfeststellung auf Grundlage der verschiedenen erhobenen Befunde (multidisziplinäre Bedarfsermittlung).

Die ICF – und das ihr zugrundeliegende bio-psycho-soziale Modell – eröffnen hierbei die Möglichkeit, eine ganzheitliche Perspektive einzunehmen, Teilhabeziele abzuleiten oder relevante Disziplinen zu beteiligen [36].

In Kürze

Bei einer interdisziplinären Ermittlung des Teilhabebedarfs arbeiten verschiedene Professionelle (z. B. Ärzte, Psychologen, Beratungsfachkräfte) zusammen. Es werden Informationen durch verschiedene Disziplinen eingeholt. Eine interdisziplinäre Bedarfsermittlung setzt einen gemeinsamen Austausch aller an der Bedarfsermittlung beteiligten Disziplinen zur gemeinsamen Feststellung des Teilhabebedarfs voraus. Erfolgt die Beurteilung eines Bedarfs auf Grundlage von Informationen verschiedener beteiligter Disziplinen, allein durch eine Disziplin, ist diese als multidisziplinär zu charakterisieren.

15. z. B. zwischen Reha-Trägern und Leistungserbringern und Arbeitgebern, aber auch zwischen verschiedenen Reha-Trägern an den Sektorengrenzen usw.

2.6 VERSTÄNDLICHKEIT UND NACHVOLLZIEHBARKEIT SICHERSTELLEN: TRANSPARENTE BEDARFSERMITTLUNG

Transparenz ist Ausgangspunkt für nachvollziehbare Leistungsprozesse und die Mitbestimmung von Menschen mit Behinderungen. Erst durch Transparenz kann eine Beteiligung einer Person an der Bedarfsermittlung zielführend ermöglicht werden. Dabei dient Transparenz insbesondere der Umsetzung von Rechten aus UN-BRK und SGB IX.

Für die Reha-Träger prägt sich der Begriff der Transparenz durch verschiedene Aufklärungs-, Beratungs- und Betreuungspflichten gegenüber dem Menschen mit Behinderungen aus.¹⁶ Ein transparentes Verfahren setzt dabei auf einen adressatengerechten Informationszugang und auf eine die Bedürfnisse des Menschen berücksichtigende Informationsvermittlung. Transparenz erzeugt Verständlichkeit und Vertrauen, welches die Basis für die weitere Beteiligung und Mitwirkung im individuellen Rehabilitationsprozess darstellt. Daneben umfasst eine transparente Entscheidung eine allgemein verständliche Begründung¹⁷ und die Möglichkeit zur Einsichtnahme in die maßgeblichen Unterlagen der Bedarfsermittlung.

Unabhängig vom Akteur sind in jeder Bedarfsermittlung Arbeitsprozesse und Arbeitsmittel so zu gestalten, dass für alle Beteiligten, insbesondere aber für den Leistungsberechtigten, nachvollziehbar ist, auf welche Weise der Bedarf ermittelt wird [14]. Dazu wird er durch den Reha-Träger bzw. Leistungserbringer regelmäßig über den Verlauf des Reha-Prozesses informiert, sodass alle wesentlichen Schritte klar, verständlich und nachvollziehbar sind. Bezogen auf die Bedarfsermittlung, muss sich dem Leistungsberechtigten jederzeit erschließen, welche Informationen erhoben und welche Instrumente wozu eingesetzt werden.

Sobald im Verlauf des Rehabilitationsprozesses alle notwendigen Informationen vorliegen, können durch den Reha-Träger bzw. Leistungserbringer Entscheidungen getroffen werden. Auch die Entscheidungen müssen für den Leistungsberechtigten verständlich und nachvollziehbar sein. Ein transparentes Verfahren reduziert Unklarheiten, Missverständnisse und Informationsverluste und bildet zugleich die Basis für ein partizipatives Verfahren und eine möglichst konsensorientierte Bedarfsfeststellung/Leistungsanpassung.

Ein transparentes Bedarfsermittlungsverfahren ist für alle Beteiligten verständlich und nachvollziehbar. So werden Unklarheiten, Missverständnisse und Informationsdefizite vermieden. Zugleich stellt Transparenz gegenüber den Leistungsberechtigten die Basis für deren Beteiligung und eine konsensorientierte Bedarfsermittlung und -feststellung dar.

Transparenz bildet den Ausgangspunkt für die Beteiligung des Leistungsberechtigten.

Wesentliche Schritte und Inhalte der Bedarfsermittlung sind klar, verständlich und nachvollziehbar darzulegen.

In Kürze

2.7 DIE KONKRETEN LEBENSBEDINGUNGEN UND DIE UMWELT BERÜCKSICHTIGEN: LEBENSWELT- UND SOZIALRAUM-ORIENTIERTE BEDARFSERMITTLUNG

Jede Behinderung ist als individuelle Wechselwirkung zwischen der Person mit einem Gesundheitsproblem und der sie umgebenden Umwelt aufzufassen. Um den Teilhabebedarf eines Menschen ermitteln zu können, müssen daher nicht nur der Mensch selbst, sondern auch seine Bezüge in seine Lebenswelt und seinen Sozialraum mitbetrachtet werden.

16. Vgl.: §§ 13ff. SGB I sowie spezifische Regelungen der einzelnen Leistungsgesetze.

17. für Verwaltungsakte vgl. auch § 35 Abs. 1 SGB X.

Das Konzept der Sozialraumorientierung findet insbesondere in der Soziologie, Sozialpädagogik und sozialen Arbeit Anwendung. Es ist durchgängig als Handlungsrahmen zu verstehen und nimmt vor allem das Wohn- und Lebensumfeld eines Menschen in den Blick. Die Fachverbände für Menschen mit Behinderungen definieren Sozialraumorientierung als Berücksichtigung der konkreten Gegebenheiten und Lebensbedingungen [37]. Ausgehend von der Lebensgeschichte und den konkreten Lebensbedingungen (Lebensführung, Selbstversorgung, Familie, Umfeld, Arbeit etc.) [38] gilt es bei einer Ermittlung von Bedarfen zu klären, welche Vorstellungen und Wünsche ein Mensch bezogen auf seine Zukunft hat. Das Ziel besteht darin, den Menschen zu befähigen, seine Lebensumwelt unter seiner Mitwirkung an seine individuellen Erfordernisse anzupassen und danach auszurichten.

Auch positive, unterstützende Faktoren sind in die Bedarfsermittlung einzubeziehen.

Darauf aufbauend sind – ausgehend von der Frage, was der Mensch mit Behinderungen möchte – Unterstützungsbedarfe und individuelle Ressourcen zu ermitteln. Nur durch die Fokussierung von aktuellen Lebensräumen und sozialen Bezügen eines Menschen kann ein Bezug zu seiner konkreten Lebenssituation hergestellt werden [39]. Für die Bedarfsermittlung heißt dies, dass bezogen auf die Lebenssituation eines Menschen, nicht nur die Defizite betrachtet, sondern auch positive, unterstützende Faktoren einzubeziehen sind [14]. Mit Blick auf ein Teilhabeziel, sind zum Beispiel vorliegende Kontextfaktoren zu erheben und in ihrer Rolle als hemmende oder fördernde Faktoren zu berücksichtigen.

Auch für eine passgenaue Leistungsentscheidung und Leistungsausgestaltung kann der Leistungsberechtigte nicht losgelöst von seiner Lebenssituation und seinem Umfeld gesehen werden. Soziale Beziehungen und Bindungen, Kontakte, Angebote vor Ort oder auch die Übernahme der Versorgung von Kindern und Angehörigen, stellen einzubeziehende Aspekte dar. Die Wirkung einer Lebenswelt- und Sozialraumorientierung geht in der Bedarfsermittlung über die Erhebung von Kontextfaktoren hinaus.

In Kürze

Da eine Behinderung aus der Wechselwirkung von Person und Umwelt resultiert, sind Aspekte der Umwelt – und ihrer individuellen Wirkung als Förderfaktor oder Barriere – von Relevanz. Eine lebensweltbezogene und sozialraumorientierte Bedarfsermittlung berücksichtigt insbesondere die konkreten Lebensbedingungen im Sozialraum sowie die sächliche und personale Umwelt. Erst durch den Einbezug der konkreten Lebenssituation des Menschen mit Behinderungen kann ermittelt werden, welche Leistungen und Hilfen benötigt werden.

2.8 AKTIVE BETEILIGUNG DER LEISTUNGSBERECHTIGTEN SICHERSTELLEN: PARTIZIPATIVE BEDARFSERMITTLUNG

Im Kontext der Selbstbestimmung und gleichberechtigten Teilhabe am Leben in der Gesellschaft ist Partizipation als gesellschaftliches Leitziel der Politik für Menschen mit Behinderungen verankert. Auch die UN-Behindertenrechtskonvention verdeutlicht die Notwendigkeit der Partizipation von Menschen mit Behinderungen, um diese in die Lage zu versetzen, ein selbstbestimmtes Leben zu führen. Die Monitoring-Stelle UN-BRK des Instituts für Menschenrechte fordert, dass Partizipation als Ziel, als Grundsatz, als Recht, als staatliche Verpflichtung und als zivilgesellschaftliche Verantwortlichkeit umgesetzt wird [40]. So ist Partizipation neben der Teilhabe im gesellschaftlichen Sinne auch als Aufforderung an Institutionen zu verstehen, Menschen mit Behinderungen an den sie betreffenden Prozessen zu beteiligen. Zur weiteren Stärkung von Selbstbestimmung und Partizipation wurde zuletzt auch die ergänzende unabhängige Teilhabeberatung (EUTB) eingeführt.

Die Bedarfsermittlung, als Teil des Reha-Prozesses, ist als Verständigungs- und gemeinsamer Erarbeitungsprozess zu verstehen.

Damit das Ziel der gesellschaftlichen Teilhabe erreicht werden kann, müssen Leistungen zur Teilhabe möglichst passgenau ausgestaltet werden. Dies setzt die aktive Einbeziehung des Leistungsberechtigten im gesamten Reha-Prozess voraus. Die Bedarfsermittlung, als Teil des Reha-Prozesses, ist als Verständigungs- und gemeinsamer Erarbeitungsprozess zu verstehen [14]. Dafür ist der Mensch mit Behinderung zu informieren, aufzuklären und zu beraten. Seine

Vorstellungen, Wünsche und Ziele sind im gesamten Reha-Prozess zu berücksichtigen [21]. Die Mitwirkung des Menschen mit Behinderungen muss im Reha-Prozess aktiv ermöglicht und durch geeignete Maßnahmen gefördert werden. Menschen mit Behinderungen müssen den Sinn, die Bedarfsermittlung selbst und dessen Ergebnis verstehen, um sich einbringen zu können [14]. Wesentliche Voraussetzungen hierfür sind Barrierefreiheit und Transparenz (vgl. Abschnitt 2.6).

Letztlich können Leistungen zur Teilhabe nur mit der Zustimmung des Menschen mit Behinderungen erbracht werden (§ 8 Abs. 4 SGB IX). Auch der Teilhabebedarf ist in Abstimmung mit ihm festzustellen (vgl. § 19 Abs. 1 S.1 SGB IX). Die aktive Mitwirkung setzt bereits bei der Bedarfsermittlung ein, da ohne seine unmittelbare Einbindung auch die einer Feststellung vorlaufende Ermittlung des Teilhabebedarfs nicht möglich ist [14]. Menschen mit Behinderungen muss es ermöglicht werden, sich aktiv an der Bedarfsermittlung zu beteiligen [42] und auf Augenhöhe an der Bedarfsermittlung mitwirken zu können [43].

Partizipation im Kontext der Bedarfsermittlung ist nicht nur aktiv zu ermöglichen, sondern der Mensch mit Behinderungen muss ggf. dazu befähigt werden, sich aktiv beteiligen zu können [14; 44]. Dies betrifft sowohl den Bereich der Technologien, die zur Verständigung notwendig sind, als auch eine Aufbereitung von Informationen in geeigneter Form, die der Mensch mit Behinderungen benötigt, um selbstbestimmte Entscheidung treffen zu können. Dazu braucht er einen Überblick über die ihm offen stehenden Möglichkeiten und bestehenden Alternativen. Auch hat der Mensch mit Behinderungen das Recht, jederzeit eine Person seines Vertrauens als Beistand zur Bedarfsermittlung hinzuzuziehen.

Eine partizipative Bedarfsermittlung ist gekennzeichnet durch die aktive Beteiligung des Menschen mit Behinderungen am Reha-Prozess. Insbesondere zur Stärkung von Selbstbestimmung und Verwirklichung von Teilhabemöglichkeiten ist allen Menschen mit Behinderungen Mitbestimmung und Mitwirkung zu ermöglichen.

Leistungsberechtigten muss es ermöglicht werden, sich aktiv und auf Augenhöhe an der Bedarfsermittlung zu beteiligen.

In Kürze

2.9. ZUSAMMENFASSENDER BETRACHTUNG

Die Grundanforderungen an die Bedarfsermittlung bilden neben dem bio-psycho-sozialen Modell eine zentrale Grundlage des Konzepts. Als allgemeingültige und übergreifende Grundsätze stellen sie das Fundament jeder Bedarfsermittlung dar. Die sich aus den Grundanforderungen ergebenden Konsequenzen für die Bedarfsermittlung lassen sich in zwei, nicht trennscharf zueinander stehenden Schwerpunkten bündeln (Abbildung 3).

Einerseits ergeben sich prozessuale Anforderungen, die mit der Leitfrage „Wie ist der Prozess auszugestalten?“ beschrieben werden können. Dabei sind insbesondere die Grundanforderungen der Transparenz und Partizipation bedeutsam. Andererseits finden sich inhaltliche Anforderungen an die Bedarfsermittlung unter der Leitfrage „Wie ist die Bedarfsermittlung auszugestalten?“, zu denen beispielsweise die Grundanforderung der „umfassenden Bedarfsermittlung“ wesentlich beiträgt. Aus mehreren Grundanforderungen ergeben sich aber auch prozessuale wie inhaltliche Anforderungen gleichermaßen.

Grundanforderungen stellen allgemeingültige und übergreifende Grundsätze jeder Bedarfsermittlung dar.



Abbildung 3: Grundanforderungen an die Bedarfsermittlung, vereinfachte Darstellung

Die acht Grundanforderungen finden innerhalb dieses Konzepts in unterschiedlicher Weise Eingang in die Ausgestaltung der nachfolgenden Kapitel (überblicksartig siehe Tabelle 2).

Kapitel 3, welches sich übergreifenden Aspekten widmet und dabei die Interaktion zwischen Reha-Fachkräften und Leistungsberechtigten anspricht, greift vor allem die prozessualen Anforderungen auf.

Kapitel 4, welches sich mit den Inhalten der Bedarfsermittlung auseinandersetzt, schließt erwartungsgemäß insbesondere an die inhaltlichen Anforderungen an. Dies betrifft beispielsweise den Abschnitt 4.2 „Funktionsfähigkeit und Behinderung – Bedarfsermittlung auf Basis des bio-psycho-sozialen Modells“. Allerdings kommen auch die prozessualen Anforderungen in Kapitel 4 bezogen auf bestimmte Sachverhalte zum Tragen. So ist zum Beispiel die Entwicklung von Zielen ein individueller und partizipativer Prozess. Die prozessualen Grundanforderungen werden somit innerhalb der übergreifenden Aspekte und der Inhalte wieder aufgegriffen.

Grundanforderung	findet sich insbesondere wieder in ...
umfassend (Abschnitt 2.1)	Funktionsfähigkeit und Behinderung – Bedarfsermittlung auf Basis des bio-psycho-sozialen Modells (Abschnitt 4.2)
funktionsbezogen (Abschnitt 2.2)	Funktionsfähigkeit und Behinderung – Bedarfsermittlung auf Basis des bio-psycho-sozialen Modells (Abschnitt 4.2)
individuell (Abschnitt 2.3)	Die Stellung des Leistungsberechtigten im Rehabilitationsprozess (Abschnitt 3.1)
zielorientiert (Abschnitt 2.4)	Ziele (Abschnitt 4.4)
multi-/interdisziplinär (Abschnitt 2.5)	Beurteilung und Festlegung des Teilhabebedarfs (Abschnitt 4.5)
transparent (Abschnitt 2.6)	Transparenz – der informierte Leistungsberechtigte (Abschnitt 3.3)
lebenswelt- und sozialraumorientiert (Abschnitt 2.7)	Die Kontextfaktoren: Umwelt- und personbezogene Faktoren (Abschnitt 4.2.3) Kompetenzen (Abschnitt 4.3)
partizipativ (Abschnitt 2.8)	Partizipation (Abschnitt 3.4)

Tabelle 2: Die Grundanforderungen und ihre Implementierung im Konzept

A |
B |
C |

TEIL B BEDARFSERMITTLUNG IN DER HANDLUNGSPRAXIS

Während Teil A Grundlagen der Bedarfsermittlung aufgreift, fokussiert Teil B die Bedarfsermittlung in der Handlungspraxis. Die übergreifenden Aspekte (Kapitel 3), die Inhalte der Bedarfsermittlung (Kapitel 4) sowie die Kapitel zur Zusammenarbeit und den Instrumenten (Kapitel 5 und 6) haben das Ziel, den Akteuren eine fachliche Basis für ihre Bedarfsermittlungen in der Praxis zur Verfügung zu stellen. Dabei sind die jeweils gültigen Vorschriften zum Datenschutz zu beachten. Im Fokus stehen dabei stets passgenaue Leistungen für Leistungsberechtigte.

3 ÜBERGREIFENDE ASPEKTE DER BEDARFSERMITTLUNG MIT BESONDEREM FOKUS AUF DEN LEISTUNGSBERECHTIGTEN

4 INHALTE DER BEDARFSERMITTLUNG

5 ZUSAMMENARBEIT IN DER BEDARFSERMITTLUNG

6 INSTRUMENTE DER BEDARFSERMITTLUNG

Die Rolle und Sichtweise des Leistungsberechtigten ist innerhalb der Bedarfsermittlung klar zu verankern.

Die Bedarfsermittlung ist kein einseitiger direkter Prozess. Vielmehr ist die Bedarfsermittlung als Verständigungs- und Erarbeitungsprozess zu verstehen, der gemeinsam zwischen den Reha-Fachkräften von Reha-Trägern oder Leistungserbringern und dem Leistungsberechtigten erfolgt. Eine klare Verankerung der Rolle und Sichtweise des Leistungsberechtigten innerhalb der Bedarfsermittlung, z. B. durch die Ermittlung von Selbstauskünften oder eine gemeinsame Zielentwicklung, ist wesentlich für die Stärkung seiner Selbstbestimmung und die Verwirklichung seiner Teilhabemöglichkeiten.

Dieses Kapitel beschreibt übergreifende Aspekte, die in der Interaktion zwischen dem Leistungsberechtigten und den Reha-Fachkräften von Reha-Trägern und Leistungserbringern besondere Bedeutung erlangen. Anders als die Inhalte der Bedarfsermittlung (Kap. 4), können diese übergreifenden Aspekte nicht nur auf die Phasen, in denen Bedarfsermittlung stattfindet, begrenzt werden. Beratung, Kommunikation und Transparenz setzen im Idealfall bereits in der Phase der Bedarfserkennung an und beschränken sich nicht auf die Phase der Bedarfsermittlung. Vielmehr strahlen sie auf den gesamten Reha-Prozess eines Leistungsberechtigten bis zur Verwirklichung von Teilhabe aus.

Im Einzelnen beleuchtet dieses Kapitel die zentrale Stellung des Leistungsberechtigten im Reha-Prozess im Allgemeinen und in der Bedarfsermittlung im Besonderen. Inhaltlich geht es vor allem um die Stellung des Leistungsberechtigten und um die Perspektive der Akteure auf diesen. Die im Einzelfall zuständige Reha-Fachkraft soll sich stets eines positiven, ressourcenorientierten Ansatzes bedienen. Bezogen auf die Interaktion zwischen Reha-Fachkraft und Leistungsberechtigtem werden die zentralen Aspekte der Kommunikation, Transparenz und Partizipation näher aufgegriffen und erläutert. Zuletzt wird auf die Mitwirkungspflichten des Leistungsberechtigten im Reha-Prozess und auf sein Recht auf informationelle Selbstbestimmung eingegangen.

Als praxisorientierter Teil des Konzepts sind in die folgenden Kapitel auch zwei durchgehende Fallbeispiele integriert. Diese werden zunächst kurz vorgestellt:

Fallbeispiel 1:
Herr F., 39 Jahre,
Wiedereingliederung

Herr F. (39 Jahre) hatte einen Unfall mit seinem PKW. Beim Unfallereignis stieß er mit einem anderen PKW frontal zusammen. Neben kleineren Verletzungen zog er sich eine Fersenbeinfraktur rechts mit nachfolgender Algodystrophie (Morbus Sudeck) zu. Zudem erlitt er eine Verletzung am Meniskus im rechten Kniegelenk. Trotz intensiver medizinischer Rehabilitation stellt sich heraus, dass er seinen erlernten Beruf als Restaurantfachmann infolge des Unfalls nicht mehr ausüben kann. Aufgrund von Schmerzen im Bein kann er die übliche Gehstrecke eines Restaurantfachmanns von durchschnittlich 15 km am Tag nicht mehr beschwerdefrei absolvieren. Darüber hinaus leidet Herr F. unabhängig von dem Unfallereignis an einer medikamentös eingestellten Epilepsie. Infolge des Unfalls stellt Herr F. einen Antrag auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben beim zuständigen Reha-Träger.

- Nach seinem Antrag auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (UV: alternativ von Amts wegen) führt der zuständige Reha-Träger eine Bedarfsermittlung durch, um eine passende Leistung zur beruflichen Rehabilitation zu finden. Neben dem Antragsvordruck werden dazu z. B. alle für das Antragsgeschehen relevanten ärztlichen Befunde zum vorliegenden Gesundheitsproblem eingeholt und ggf. einer (sozialmedizinischen) Begutachtung zugeführt.
- Nachdem die Erforderlichkeit von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben grundsätzlich gegeben ist, wird im Rahmen eines Assessments (z. B. durch Fachdienste oder innerhalb einer 4-wöchigen Eignungsabklärung bei einem Leistungserbringer) gemeinsam ein Berufsziel entwickelt. Im Rahmen dieser Bedarfsermittlung werden verschiedene Berufsbilder, die den Vorstellungen und Wünschen des Herrn F. entsprechen, auf ihre Realisierbarkeit (z. B. physische und psychische Leistungsfähigkeit) hin geprüft. Am Ende favorisiert Herr F. das Berufsbild des Tourismuskaufmanns, da er sich für ferne Länder und Kulturen interessiert und angesichts seiner Einschränkungen eine Tätigkeit im Büro anstrebt. Die Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben wird bewilligt.
- Herr F. beginnt seine Umschulung bei einem Leistungserbringer. Zu Beginn der Bildungsleistung wird durch den Leistungserbringer eine Bedarfsermittlung veranlasst, um die individuelle Leistungsplanung zu ermöglichen. Zum Erreichen des Umschulungsziels werden in regelmäßigen Abständen beim Leistungserbringer wiederkehrende Bedarfsermittlungen bis zur Erreichung des Leistungsziels durchgeführt.
- Zur Erreichung des Teilhabeziels einer dauerhaften Beschäftigung als Tourismuskaufmann unterstützt der Reha-Träger den Leistungsberechtigten. Hierzu werden bei Bedarf weitere Bedarfsermittlungen von ihm veranlasst.

Bei Frau V. (17 Jahre) wurde im Laufe ihrer Schulzeit eine Lernbehinderung (leichte Intelligenzminderung F70 (ICD-10)) festgestellt. Sie besucht eine Schule mit sonderpädagogischer Förderung. Auf dem Weg zu einem Fußballspiel stürzt die Schülerin aufgrund von Glätte. Dabei zieht sie sich eine komplexe Waden- und Schienbeinfraktur und eine Weichteilverletzung am rechten Unterschenkel zu. Darüber hinaus entwickelt sich bei ihr eine Angststörung, die sich im Straßenverkehr bei Schnee und Frost z. B. durch Angstzustände und Schweißausbrüche äußert. In der Vorabschlussklasse der Schule nimmt sie Kontakt zum zuständigen Berufsberater auf, der für sie einen Termin bei der zuständigen Reha-Fachkraft der Agentur für Arbeit vereinbart. Die Reha-Beratungsfachkraft klärt Frau V. über den Reha-Prozess auf und entwickelt mit ihr gemeinsam berufliche Perspektiven und Ziele.

- Die zuständige Reha-Beraterin der Agentur für Arbeit (BA) entscheidet auf Basis von Beratungsgesprächen, dass eine Untersuchung sowohl durch einen Arzt (hier: Ärztlicher Dienst der BA) als auch durch einen Psychologen (hier: Berufspsychologischer Service der BA) erforderlich ist, um zu klären, ob Frau V. Bedarf an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben im Sinne des § 19 SGB III (Reha-Status) hat, welche Beeinträchtigungen und Potentiale vorliegen und in welchem Rahmen eine berufliche Teilhabe realistisch erscheint.
- Mit Frau V. werden die Ergebnisse der Begutachtungen besprochen. In der Folge wird mit ihr erarbeitet, dass sie zunächst an einer Berufsvorbereitenden Bildungsmaßnahme (BvB) teilnimmt, da sie bislang noch nicht die Ausbildungsreife erreicht hat. Die Leistung wird bewilligt.
- Frau V. könnte sich eine Ausbildung im Holzbereich vorstellen. Die Reha-Beraterin informiert sie über den Beruf der Fachpraktikerin für Holzverarbeitung. Im Rahmen der BvB wird der spezifische Bedarf von Frau V. für das Erreichen der Ausbildungsreife ermittelt. Darüber hinaus kann sie neben der BvB die begonnene ambulante psychologische Behandlung zur Bewältigung der Angststörung fortsetzen.
- Im Rahmen der BvB kann das Leistungsziel, die Ausbildungsreife, von Frau V. erreicht und ein Praktikum in einem holzverarbeitenden Betrieb gemacht werden. Dabei verfestigt sich der Ausbildungswunsch von Frau V. zur Fachpraktikerin für Holzverarbeitung.
- Die Reha-Beraterin steht während der BvB regelmäßig in Kontakt mit Frau V. Auf Grundlage der Berichte aus der BvB, den vorliegenden Gutachten und den in den Gesprächen getroffenen Vereinbarungen, bewilligt sie Frau V. die Teilnahme an einer Ausbildungsmaßnahme zur Fachkraft für Holzbearbeitung bei einem Leistungserbringer.
- Die Reha-Beratungsfachkraft und der beauftragte Leistungserbringer stehen im laufenden Austausch über den Ausbildungsstand von Frau V. Zum Ende der Ausbildung zeichnet sich ab, dass Frau V. die Abschlussprüfung erfolgreich absolvieren wird.
- Ein konkreter Arbeitsplatz steht gegen Ende der Ausbildung in Aussicht. In einem Gespräch im Rahmen des Absolventenmanagements wird in einem gemeinsamen Gespräch der Reha-Fachkräfte von BA und Leistungserbringer und Frau V. überlegt, mit welchen zusätzlichen Leistungen eine Arbeitsaufnahme (z. B. Technische Hilfen, Assistenzleistungen) erleichtert werden kann.

Fallbeispiel 2:

Frau V., 17 Jahre,
Ersteingliederung

3.1 DIE STELLUNG DES LEISTUNGSBERECHTIGTEN

Das Recht auf gleichberechtigte Teilhabe ist nicht an einen bestimmten Ort oder Zeitpunkt gebunden. Vielmehr ist es selbstverständlich, dass auch bei der Bedarfsermittlung die Rechte und subjektiven Sichtweisen des Individuums bei allen Schritten angemessen zu berücksichtigen sind. Im Kern ist dies nichts anderes als eine zivilgesellschaftliche Sichtweise, die sich im Leitspruch „nichts über uns, ohne uns!“ wiederfindet. Organisationen der Selbsthilfe betonen daher, dass es nach der UN-BRK um aktive Beteiligung gehe und nicht lediglich um ein „Dabeisein“. Zu diesen zivilgesellschaftlichen und normativen Aspekten tritt ein weiterer hinzu, der zusätzlich für eine Partizipation der Leistungsberechtigten bei der Bedarfsermittlung spricht: Über aktive Beteiligung entsteht Identifikation und über Identifikation kann Motivation aufgebaut bzw. gefestigt werden, was den Erfolg des individuellen Reha-Prozesses nachhaltig unterstützt.¹⁸

Die Rechte eines Menschen sowie seine subjektive Sichtweise sind bei allen Schritten angemessen zu berücksichtigen.

18. Auch die ICF beschreibt gegenüber dem Menschen mit Behinderungen Grundsätze zur Wahrung von Autonomie, Respekt und Vertraulichkeit, die bei ihrer Anwendung stets einzuhalten sind [6].

Der Leistungsberechtigte ist von Beginn an aktiv in die Bedarfsermittlung einzubeziehen.

Für die Bedarfsermittlung bedeutet dies: Der Leistungsberechtigte ist von Beginn an aktiv einzubeziehen. Wesentliche Voraussetzung für eine gelingende Umsetzung ist es, den Leistungsberechtigten nicht nur als Leistungsnehmer, sondern als aktiven Teilnehmenden des Reha-Prozesses anzusehen. Denn es ist sein individueller Weg der Rehabilitation, der durch sozialstaatliche Leistungen mit dem Ziel der Teilhabe am Arbeitsleben unterstützt und begleitet wird.

Um Selbstbestimmung und Selbstverantwortung während des gesamten Rehabilitationsverlaufs zu ermöglichen, müssen die Leistungsberechtigten ihre Selbstwirksamkeit und Handlungskompetenz leben bzw. entwickeln können. Dafür ist es notwendig, dass Reha-Träger oder Leistungserbringer den Leistungsberechtigten strukturell und im Einzelfall den dazu erforderlichen Raum geben [45].

Aus der konsequenten Einbeziehung des Individuums in allen Phasen des Reha-Prozesses ergibt sich:

- a) Die subjektive Sicht des Leistungsberechtigten bezogen auf seine gegenwärtige Situation, die (beabsichtigte) Rehabilitation und seine langfristigen Teilhabevorstellungen sind angemessen mit einzubeziehen.
- b) Die Verfahrensschritte zur Ermittlung des Teilhabebedarfs sind so zu gestalten, dass der Leistungsberechtigte als Subjekt in die Lage versetzt wird, seine persönliche Sichtweise auch tatsächlich ins Verfahren einbringen zu können.

Die konsequente Einbeziehung der subjektiven Sichtweise des Leistungsberechtigten kann gelingen, wenn der Leistungsberechtigte seine Angelegenheiten selbst in die Hand nehmen kann. Ziel ist es, dass er sich „seiner Fähigkeiten bewusst ist, eine eigene Motivation entwickelt und seine individuellen und kollektiven Ressourcen zu nutzen lernt“ [46]. Für Reha-Fachkräfte ergibt sich daraus, dass sie dem Leistungsberechtigten ermöglichen, seine Belange jederzeit während der Bedarfsermittlung einzubringen [45]. Als Hauptakteur seiner Rehabilitation soll der Leistungsberechtigte selbst über den Fortgang seines Reha-Prozesses entscheiden [47].

In Kürze

Der Leistungsberechtigte nimmt eine aktive Rolle innerhalb der Bedarfsermittlung ein. Seine Rechte sowie seine subjektiven Sichtweisen sind im Verfahren zu berücksichtigen und einzubeziehen. Ziel ist es, seine Selbstbestimmung und Selbstverantwortung zu fordern und zu fördern.

3.2 RESSOURCENORIENTIERTE BETRACHTUNG

Die Verwendung des Begriffs der Ressourcen ist in den einschlägigen Fachdisziplinen sehr vielfältig und nicht immer sehr präzise. In der Sozialpolitik und im Management von Organisationen werden unter „Ressourcen“ z. B. materielle, monetäre, personelle oder auch zeitliche Ressourcen verstanden, die zur Bewältigung von Aufgaben zur Verfügung stehen bzw. potenziell aktivierbar sind.

Während der Bedarfsermittlung bei Leistungen zur Teilhabe ist zu ermitteln, in welchen konkreten Bereichen der Leistungsberechtigte Unterstützung benötigt, um gleichberechtigt am Leben teilhaben zu können. Daher wird in der Praxis oft folgenden Fragen nachgegangen: „Was kann eine Person nicht? Welche Beeinträchtigungen liegen vor? Wo benötigt die Person konkrete Hilfe?“ Dieser Blickwinkel erweist sich, vor allem bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, als unzureichend. Um einen konkreten Bedarf festzulegen, sind auch die Ressourcen des Leistungsberechtigten in die Ermittlung einzubeziehen. Insbesondere bei der Frage, wie eine (Re-) Integration in Arbeit dauerhaft gelingen kann, bilden Ressourcen des Leistungsberechtigten die Grundlage für folgende Planungen, Leistungen und Hilfen.

In der Rehabilitation wird der Begriff „Ressource“ – je nach Profession und Perspektive der Reha-Fachkraft – sehr unterschiedlich genutzt. Unter Ressourcen können persönliche Stärken, Fähigkeiten und Fertigkeiten oder auch Potenziale verstanden werden. Auch subjektiv bedeutsame Einflussfaktoren außerhalb der Person können Ressourcen darstellen, wie die Familie, ein

Unter Ressourcen werden z. B. persönliche Stärken, Fähigkeiten und Fertigkeiten oder auch Potenziale des Menschen verstanden.

gutes Arbeitsklima oder eine gute Anbindung an den öffentlichen Nahverkehr. Zu derartigen Ressourcen zählen auch freiwillige oder ehrenamtliche Helfer, Freunde und Angehörige eines Leistungsberechtigten, die ihn unterstützen. Diese Ressourcen können zum Beispiel in der individuellen Lebenswelt oder im Sozialraum zur Verfügung stehen. Der Ressourcenbegriff ist demnach sehr breit und umfassend zu verstehen. Ressourcen können dauerhaft vorliegen oder sie können situativ aktiviert werden.

Mit dem Begriff der Ressourcen hängt das Konzept der Ressourcenorientierung folglich eng zusammen. Wesentliches Merkmal entsprechender Konzepte ist die Abkehr von einer defizitorientierten Sichtweise [48]. Dieser Perspektivwechsel eint den Ansatz mit der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) [6]. Die ICF setzt den Begriff der Ressource sprachlich allerdings nicht unmittelbar in Verbindung mit dem – für die Bedarfsermittlung maßgeblichen – bio-psycho-sozialen Modell. Vielmehr ergeben sich im bio-psycho-sozialen Modell verschiedene Formen der Ausprägung von Ressourcen. Es handelt sich beispielsweise um

- Umweltfaktoren, wie die Unterstützung durch Familie oder Freunde,
- personbezogene Faktoren (z. B. Faktoren der Persönlichkeit, Talente, Begabungen) oder
- Körperfunktionen, z. B. die unbeeinträchtigte Beweglichkeit der Arme eines Paraplegikers.

Alle Formen der Ausprägung von Ressourcen sind geeignet, den Erfolg von Leistungen zu unterstützen. Bei der Bedarfsermittlung wird sich zwar eines ressourcenorientierten Ansatzes bedient, aufgrund der Unschärfe des Ressourcenbegriffs werden dem maßgeblichen Arbeitsmodell zur Bedarfsermittlung (siehe Kapitel 4) allerdings die eindeutigen Bezeichnungen der ICF zugrunde gelegt.

Eine ressourcenorientierte Bedarfsermittlung nimmt nicht die Defizite des Leistungsberechtigten in den Blick. Vielmehr sind persönliche Potenziale sowie mögliche Ressourcen der Umwelt wichtig, weshalb es gilt, diese zu ermitteln und zu berücksichtigen.

In Kürze

3.3 BERATUNG UND KOMMUNIKATION

Im gesamten Reha-Prozess und insbesondere bei der Bedarfsermittlung nimmt die Kommunikation mit dem Leistungsberechtigten für Reha-Träger und Leistungserbringer einen zentralen Stellenwert ein. Neben methodischen Aspekten (z. B. „Wie kann die Kommunikation mit dem Leistungsberechtigten gelingen?“) ist es wichtig, abstrakt beschriebene Aspekte der Selbstbestimmung für die Bedarfsermittlung zu konkretisieren. Wesentlich sind dabei die Fragen, wie Leistungsberechtigte ihren Rehabilitationsprozess aktiv (mit)gestalten (können) und wie diese in die Lage versetzt werden können, dies möglichst selbstbestimmt zu tun.

Neben dem Beratungsangebot des Reha-Trägers sowie eines beauftragten Leistungserbringers existiert seit dem 01.01.2018 eine weitere Anlaufstelle für Leistungsberechtigte. Als zusätzliches Informations- und Beratungsangebot hat der Gesetzgeber die ergänzende unabhängige Teilhabeberatung (EUTB) eingeführt. In der Praxis sollen diese vom Reha-Träger und Leistungserbringer unabhängigen regionalen Beratungsstellen¹⁹ etablierte Beratungsformate ergänzen und eine unabhängige Beratung im Vorfeld der Beantragung von konkreten Leistungen ermöglichen. So soll das neue Beratungsangebot die Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen stärken und zur Verbesserung ihrer Teilhabemöglichkeiten beitragen. Während des Reha-Prozesses und der darin enthaltenen Bedarfsermittlung ist der Leistungsberechtigte über das verfügbare Beratungsangebot der ergänzenden unabhängigen Teilhabeberatung zu informieren [4].

Der Leistungsberechtigte hat den Reha-Prozess aktiv mitzugestalten. Dazu ist er ggf. zu befähigen.

19. Weitere Informationen unter: www.teilhabeberatung.de.

Während der Bedarfsermittlung sind Leistungsberechtigte fortlaufend professionell zu beraten.

Bei der Bedarfsermittlung ist es für Reha-Träger und Leistungserbringer in erster Linie wichtig, die Beratung und Kommunikation gegenüber dem Leistungsberechtigten an dessen konkreten Bedürfnissen auszurichten [49]. Größtmögliche „Selbstbestimmung und Selbstverantwortung können von den Leistungsberechtigten nur ausgeübt werden, wenn die Leistungsberechtigten von Reha-Trägern und Leistungserbringern umfassend über ihre Möglichkeiten informiert und durch die Reha-Fachkräfte professionell beraten werden, um ihre Möglichkeiten zu erkennen und zu nutzen“ [50]. Eine adressatengerechte Beratung und Kommunikation stellt die zentrale Voraussetzung für die aktive Partizipation des Leistungsberechtigten an „seinem“ Reha-Prozess dar.

Die Beratung von Reha-Trägern und Leistungserbringern stellt in der Regel keine isolierte Leistung dar. Sie findet innerhalb einer Reihe anderer Handlungen statt, ist also eingebettet in vorausgehende und daran anknüpfende weitere Aktivitäten. Die Reha-Träger haben unter Beteiligung von Leistungserbringern, Interessenverbänden von Menschen mit Behinderungen und weiteren Fachexperten „Trägerübergreifende Beratungsstandards“ erarbeitet und vereinbart [49]. Diese formulieren im Hinblick auf den gesamten Rehabilitationsprozess Grundlagen für „gute Beratung“. Dazu zählen neben dem Beratungsverständnis und ethischen Grundprinzipien als Grundlagen der Beratung auch ein Kompetenzprofil für Beratungsfachkräfte und Kriterien der Sicherstellung guter Beratung. Auf diese Beratungsstandards wird daher hier besonders verwiesen [49]. Darüber hinaus sind für die Beratung von Reha-Trägern und Leistungserbringern auch weitere Anforderungen maßgeblich, z. B. die des Nationalen Forums Beratung [51].

Ausgewählte Anforderungen an Beratung:

- Sie „stellt die Ratsuchenden mit ihren Anliegen, Interessen, Kompetenzen und Potenzialen in den Mittelpunkt.“
- Sie „erfordert grundsätzlich Freiwilligkeit der Inanspruchnahme.“
- Sie „ist für Ratsuchende leicht zugänglich und transparent“ und barrierefrei nutzbar.
- Sie „verpflichtet sich auf ethische Prinzipien und wahrt die Rechte der Ratsuchenden.“
- Sie „erfordert die gemeinsame Gestaltung einer für das Anliegen und den Rahmen der Beratung förderlichen Beziehung.“
- Sie „ist ergebnisoffen und erfordert die gemeinsame Klärung der Erwartungen der Ratsuchenden an die Beratung sowie eine Verabredung über Ziel, Weg und angestrebte Ergebnisse des Beratungsprozesses.“
- Sie „erfordert eine gemeinsame Analyse und Reflexion der Situation der Ratsuchenden sowie ihrer Interessen, Werthaltungen und Ressourcen.“
- Sie „unterstützt Ratsuchende dabei, aktiv und eigenverantwortlich Lösungsperspektiven zu erarbeiten, Entscheidungen zu treffen und diese umzusetzen.“ [51]

Der Erstkontakt zwischen Reha-Fachkraft und Leistungsberechtigtem hat eine zentrale Bedeutung.

Die Basis für eine vertrauensvolle Kommunikation zwischen Leistungsberechtigtem und Reha-Träger oder Leistungserbringer wird in der Regel bereits beim Erstkontakt gelegt, welcher inhaltlich auch der (ersten) Erhebung von Informationen (z. B. Beeinträchtigungen, Wünsche und Ziele des Leistungsberechtigten) dient. Dieses Beratungsgespräch zwischen dem Leistungsberechtigten und der zuständigen Reha-Fachkraft legt die Basis für einen fortlaufenden Interaktionsprozess und eine gelingende Planung des weiteren Reha-Prozesses. Dafür ist eine transparente und barrierefreie Kommunikation über den gesamten Prozess eine zentrale Voraussetzung. Eine ausführliche (Erst)Information der Leistungsberechtigten über deren Rechte und Möglichkeiten schafft die nötige Transparenz über die Bedarfsermittlung, mögliche Leistungen und über das Reha-System mit seinen Akteuren insgesamt. Das Beratungsgespräch bietet somit allen Leistungsberechtigten Orientierung für erforderliche Meinungsbildungsprozesse und selbstbestimmte Entscheidungen [50]. Eine fortwährend adressatenorientierte Reha-Beratung ist ergebnisoffen angelegt und ermöglicht den Leistungsberechtigten, stets gut informierte Entscheidungen zu treffen.

Fallbeispiel 2:

Frau V., 17 Jahre, Ersteingliederung

Frau V. erhält über den Berufsberater in ihrer Schule einen Termin bei der zuständigen Reha-Beratungsfachkraft der örtlichen Agentur für Arbeit. Im Erstgespräch informiert diese über die Zielstellung des gemeinsamen Vorgehens in der Bedarfsermittlung und über die nächsten Schritte. Im Beratungsgespräch wird Frau V.

über die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und die Möglichkeiten und das Erfordernis ihrer Mitwirkung (z. B. bei der Zielentwicklung) informiert. Daneben wird Frau V. aufgeklärt, dass sie Entscheidungen im Reha-Prozess aktiv mitzugestalten hat. Im weiteren Verlauf werden die Ergebnisse einzelner Schritte der Bedarfsermittlung und das weitere Vorgehen zwischen Frau V. und der Reha-Beratungsfachkraft besprochen. Zum Einstieg ins Arbeitsleben werden mit ihr während der Bedarfsermittlung verschiedene Möglichkeiten erarbeitet. Letztlich entscheidet sie sich zunächst für eine Teilnahme an einer Berufsvorbereitenden Bildungsmaßnahme (BvB).

Die Kommunikation mit dem Leistungsberechtigten ist individuell zu gestalten und an seinen Bedürfnissen auszurichten. Eine umfassende Information und Beratung durch die Reha-Fachkraft bilden die Voraussetzung zur Umsetzung von Selbstbestimmung und Selbstverantwortung des Leistungsberechtigten im Rehabilitationsprozess.

Fallbeispiel 2:

Frau V., 17 Jahre,
Ersteingliederung

In Kürze

3.4 TRANSPARENZ – DER INFORMIERTE LEISTUNGSBERECHTIGTE

Eine wichtige Funktion von Kommunikation und Beratung ist die Herstellung von Transparenz. Hierzu wurde bereits in Abschnitt 2.6 dargelegt, dass dazu Verständlichkeit und Nachvollziehbarkeit über die Bedarfsermittlung an sich und über den Einsatz von spezifischen Instrumenten für die Leistungsberechtigten erforderlich sind. Dadurch werden Unklarheiten, Missverständnisse und Informationsdefizite vermieden. Zugleich stellt Transparenz gegenüber den Leistungsberechtigten die Basis für deren Beteiligung (Partizipation) und eine konsensorientierte Bedarfsermittlung und -festlegung dar.

Zu Beginn jeder Bedarfsermittlung ist der Leistungsberechtigte von der Reha-Fachkraft ausführlich über Zweck, Verlauf und grundsätzliche Schritte aufzuklären. Im Verlauf muss für den Leistungsberechtigten nachvollziehbar sein, auf welche Weise der Bedarf ermittelt wird, welche Informationen erhoben werden, welche Instrumente wozu eingesetzt werden [41] und welche Kriterien und Anforderungen neben der Berücksichtigung seiner Vorstellungen, Wünsche und Ziele relevant sind [14]. Dabei werden mit dem Leistungsberechtigten auch Ergebnisse von Ermittlungsschritten besprochen. Zur Strukturierung des Dialogs bietet sich insbesondere der Ansatz der Bilanzierung an: Was haben wir? Wo stehen wir? Was brauchen wir noch? Unterlagen wie auch die Ergebnisse von Ermittlungsschritten werden dem Leistungsberechtigten erläutert bzw. auf Verlangen zur Verfügung gestellt. Insbesondere Entscheidungen sollten für den Leistungsberechtigten durch Erläuterung von Gründen, die für die Entscheidung maßgeblich waren, transparent sein.

Beim begleitenden dialogischen Beratungsprozess ist dem Leistungsberechtigten u. a. die Möglichkeit zu geben, Einsicht in Unterlagen zu nehmen oder Fragen zu stellen. Durch Nachfragen hat die Reha-Fachkraft im Rahmen der Bedarfsermittlung sicherzustellen, dass die Informationen vom Leistungsberechtigten verstanden wurden und für ihn nachvollziehbar sind.

Während der Bedarfsermittlung – wie auch für den gesamten Reha-Prozess – lässt sich größtmögliche Transparenz zwischen der Reha-Fachkraft und dem Leistungsberechtigten herstellen, wenn folgende Kriterien von den Reha-Fachkräften bei Reha-Trägern und Leistungserbringern beachtet werden:

- Einen adressatengerechten Informationszugang und eine entsprechende Informationsvermittlung.
- Das Sicherstellen von Verständlichkeit und Entwickeln von Vertrauen, welches die Basis für die weitere Beteiligung und Mitwirkung des Leistungsberechtigten in seinem individuellen Rehabilitationsprozess darstellt.
- Das regelmäßige Informieren des Leistungsberechtigten über den Verlauf und die weiteren Schritte des Verfahrens, sodass alle notwendigen Verfahrensschritte für ihn klar, nachvollziehbar und verständlich sind.
- Die Rückmeldung über inhaltliche (Zwischen-)Ergebnisse der Bedarfsermittlung.

Durch Transparenz werden Unklarheiten, Missverständnisse und Informationsdefizite vermieden.

Die Reha-Fachkraft hat sicherzustellen, dass die übermittelten Informationen verstanden wurden.

In Kürze

Ein transparenter Reha-Prozess im Allgemeinen und eine ebenso transparente Bedarfsermittlung im Besonderen sind für den Leistungsberechtigten jederzeit verständlich und nachvollziehbar. So werden Unklarheiten, Missverständnisse und Informationsdefizite vermieden. Zugleich stellt Transparenz gegenüber den Leistungsberechtigten die Basis für deren Beteiligung und eine konsensorientierte Bedarfsermittlung und -festlegung dar.

3.5 PARTIZIPATION – DIE AKTIVE EINBEZIEHUNG DES LEISTUNGSBERECHTIGTEN

Die aktive Beteiligung des Leistungsberechtigten ist ein zentraler Teil der Bedarfsermittlung.

Die bislang beschriebenen übergreifenden Aspekte der Stellung des Leistungsberechtigten, der Beratung sowie der Transparenz dienen letztlich insbesondere dem Ziel, die Partizipation des Leistungsberechtigten zu ermöglichen. Die aktive Beteiligung von Menschen mit Behinderungen an den sie betreffenden Belangen ist als gesellschaftliches Leitziel fest verankert (siehe dazu auch die Ausführungen unter Punkt 2.8).

Partizipation innerhalb dieses Konzepts meint die aktive Beteiligung des Leistungsberechtigten am Reha-Prozess im Allgemeinen und bei der Bedarfsermittlung im Besonderen. Die Mitbestimmung und Mitwirkung sind für alle Leistungsberechtigten im Rahmen der einzelnen Schritte einer Bedarfsermittlung sicherzustellen und im Einzelfall zu ermöglichen. Dabei darf sich „Partizipation nicht auf formales Beteiligen beschränken, sondern muss auch inhaltlich mitgestaltend verstanden werden“ [52]. Eine Bedarfsermittlung kann ohne die unmittelbare und aktive Einbeziehung des Leistungsberechtigten kaum gelingen. Grundsätzlich ist die Bedarfsermittlung als Verständigungs- und Erarbeitungsprozess zwischen Reha-Fachkraft und Leistungsberechtigtem zu verstehen [14]. Im Zuge des gesamten Reha-Prozesses hat der Leistungsberechtigte das Recht, auf Augenhöhe mitzuwirken. Seine Mitwirkung, z. B. durch ein aktives Einbinden seiner subjektiven Sicht mittels Selbsteinschätzung, bei der Bedarfsermittlung ist unerlässlich; insbesondere in den Bereichen, in denen seine Vorstellungen, Wünsche und Ziele eine besondere Rolle einnehmen. Darauf aufbauende Planungen, Entscheidungen und Leistungen sollten im Konsens mit ihm festgelegt werden.

Bei Bedarf sind Vorkehrungen für eine barrierefrei Kommunikation zu treffen.

Im Besonderen muss die Bedarfsermittlung so durchgeführt werden, dass sich der Leistungsberechtigte – aufbauend auf eine transparente Verfahrensgestaltung (Vgl. Abschnitt 3.4) – einbringt bzw. einbringen kann und das Ergebnis mitträgt. Die aktive Wahrnehmung des Rechtes auf eine möglichst große Mitgestaltung durch den Leistungsberechtigten in der Bedarfsermittlung, bei der Leistungsplanung und Umsetzung der Rehabilitation, setzt eine barrierefreie Kommunikation voraus. Hierfür sind die notwendigen strukturellen (z. B. Barrierefreiheit von Informationen mittels leichter Sprache) und individuellen Vorkehrungen (z. B. das Stellen eines Gebärdensprachdolmetschers) zu treffen. Darüber hinaus hat der Leistungsberechtigte das Recht, jederzeit eine Person seines Vertrauens als Beistand zur Bedarfsermittlung hinzuzuziehen.

Selbstbestimmte Entscheidungen setzen ferner Kenntnisse über mögliche Alternativen voraus. Über eine Beratung, die im Vorfeld von Leistungsentscheidungen Transparenz über die verschiedenen Alternativen herstellt, kann der Leistungsberechtigte aktiv in seiner Meinungsbildung unterstützt werden. Dazu gehört ebenso das Abwägen von Chancen und Risiken einzelner Entscheidungsvarianten [53].

Damit Partizipation bei Reha-Trägern und Leistungserbringern bestmöglich gelingen kann, ist die Bedarfsermittlung durch Offenheit gekennzeichnet, indem

- aktiv die subjektiven Vorstellungen, Wünsche und Ziele des Leistungsberechtigten ermittelt und im Gesamtprozess berücksichtigt und gewürdigt werden,
- ausreichend Gelegenheiten zur Meinungsäußerung gegeben werden,
- Alternativen gemeinsam entwickelt werden,
- gemeinsam Bewertungsaspekte abgewogen/gewichtet werden.

Eine partizipative Bedarfsermittlung ist gekennzeichnet durch die aktive Beteiligung des Leistungsberechtigten am Reha-Prozess im Allgemeinen und bei der Bedarfsermittlung im Besonderen. Insbesondere zur Stärkung von Selbstbestimmung und Verwirklichung von Teilhabemöglichkeiten ist allen Leistungsberechtigten Mitbestimmung und Mitwirkung im Zuge der einzelnen Schritte der Bedarfsermittlung zu ermöglichen.

In Kürze

3.6 INFORMATIONELLE SELBSTBESTIMMUNG UND MITWIRKUNGSPFLICHTEN DES LEISTUNGSBERECHTIGTEN

Grundsätzlich hat der Leistungsberechtigte das Recht, selbst zu entscheiden, wann und innerhalb welcher Grenzen er persönliche Lebenssachverhalte offenbart oder eben nicht. Dabei kann er sich auf sein Recht auf informationelle Selbstbestimmung berufen. Dem Leistungsberechtigten muss jedoch klar sein, dass bestimmte Informationen benötigt werden, um im Rahmen der Bedarfsermittlung seinen Teilhabebedarf überhaupt bestimmen und/oder passgenau festlegen zu können.

Der Leistungsberechtigte kann sich jederzeit auf sein Recht auf informationelle Selbstbestimmung berufen.

Als Recht auf informationelle Selbstbestimmung wird das Recht des Einzelnen verstanden, grundsätzlich selbst über die Preisgabe und Verwendung seiner personenbezogenen Daten zu bestimmen. Das Recht auf informationelle Selbstbestimmung ist im Grundgesetz nicht explizit geregelt. Das Bundesverfassungsgericht hat es aus dem allgemeinen Persönlichkeitsrecht entwickelt.

Rechtlicher Hinweis

Insofern ist der Leistungsberechtigte von Rechts wegen im gesamten Prozess (z. B. Bedarfsermittlung, Leistungserbringung) zur Mitwirkung verpflichtet. Viele Informationen, die für die Leistungsbewilligung erforderlich sind, können ohne seine Mitwirkung nicht erhoben werden. Daher hat der Gesetzgeber die Pflichten der Leistungsberechtigten im Sozialgesetzbuch an zentraler Stelle normiert.

Die Mitwirkungspflichten des Leistungsberechtigten sind im SGB I in den §§ 60 bis 67 geregelt. Dabei ist gesetzlich genau festgelegt, in welchen Bereichen eine Mitwirkung zu erfolgen hat. Die Mitwirkungspflichten gelten unmittelbar nur für das Verwaltungsverfahren bei einem Sozialleistungsträger.

Rechtlicher Hinweis

Wer Sozialleistungen (z. B. LTA) beantragt oder erhält, hat alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistungen erheblich sind. Auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers, soll der Antragssteller/Leistungsberechtigte zur mündlichen Erörterung des Antrags oder zur Vornahme anderer für die Entscheidung über die Leistung notwendigen Maßnahmen persönlich erscheinen. Zudem sind die Antragssteller/Leistungsberechtigten verpflichtet, sich auf Verlangen einer ärztlichen oder psychologischen Untersuchung zu unterziehen, soweit diese für die Entscheidung über die Leistung erforderlich ist.

Neben der Verpflichtung zur Mitwirkung im Verfahren sieht der Gesetzgeber aber auch Grenzen der Mitwirkung vor. Die Pflicht zur Mitwirkung besteht demnach nicht, soweit

Mitwirkung beinhaltet sowohl Pflichten als auch Grenzen, die zu beachten sind.

- 1) ihre Erfüllung nicht in einem angemessenen Verhältnis zu der in Anspruch genommenen Sozialleistung oder ihrer Erstattung steht oder
- 2) ihre Erfüllung dem Betroffenen aus einem wichtigen Grund nicht zugemutet werden kann oder
- 3) der Leistungsträger sich durch einen geringeren Aufwand als der Antragsteller/Leistungsberechtigte die erforderlichen Kenntnisse selbst beschaffen kann (§ 65 Abs. 1 SGB I).

Zudem können Behandlungen und Untersuchungen,

- 1) bei denen im Einzelfall ein Schaden für Leben oder Gesundheit nicht mit hoher Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden kann,
 - 2) die mit erheblichen Schmerzen verbunden sind oder
 - 3) die einen erheblichen Eingriff in die körperliche Unversehrtheit bedeuten,
- abgelehnt werden (§ 65 Abs. 2 SGB I).

Im Zuge des Reha-Prozesses ist daher durch Reha-Träger und Leistungserbringer durch ein transparentes Vorgehen und umfassende Beratung sicherzustellen, dass der Leistungsberechtigte weiß, welche Informationen zu welchem Zweck über ihn erhoben werden. Möchte der Leistungsberechtigte zu bestimmten Sachverhalten keine Angaben machen, ist dies zu akzeptieren. Gleichzeitig sind ihm mögliche (negative) Auswirkungen seines Handelns auf die Bedarfsermittlung, Leistungsbewilligung oder Leistungsanpassung aufzuzeigen und zu erklären. So kann der Leistungsberechtigte selbst entscheiden, welche Informationen er mitteilen möchte oder welche nicht.

In Kürze

Der Leistungsberechtigte ist verpflichtet, alle für die Bedarfsermittlung relevanten Informationen anzugeben. Möchte er zu bestimmten Sachverhalten keine Angaben machen, ist dies zu akzeptieren. Mögliche Auswirkungen auf die Bedarfsermittlung und die resultierende Leistungsbewilligung sind ihm darzulegen und die Folgen zu erklären.

3.7 ZUSAMMENFASSENDER BETRACHTUNG

Die übergreifenden Aspekte der Bedarfsermittlung zielen auf das Zusammenwirken von Leistungsberechtigten, Reha-Trägern und Leistungserbringern ab. Wird die Bedarfsermittlung als gemeinsamer diskursiver Prozess zwischen Leistungsberechtigtem und zuständiger Reha-Fachkraft verstanden, sind die in diesem Kapitel beschriebenen Aspekte eine zentrale Bedingung für einen gelingenden Reha-Prozess.

In der Bedarfsermittlung kommt dem Leistungsberechtigten als Subjekt des Reha-Prozesses eine aktive Rolle zu.

In der Bedarfsermittlung kommt dem Leistungsberechtigten als Subjekt des Reha-Prozesses eine aktive Rolle zu, die nicht nur mit Blick auf den Erfolg der Leistung unerlässlich ist. Die Rechte und Sichtweise des Leistungsberechtigten sind bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben stets einzubeziehen und zu berücksichtigen. Dazu zählt auch eine ressourcenorientierte Sichtweise. Eine adressatenorientierte Kommunikation mit dem Leistungsberechtigten nimmt während der gesamten Bedarfsermittlung einen besonderen Stellenwert ein. Sie bildet die Basis für ein vertrauensvolles Miteinander. Nur durch eine solche Beratung und Unterstützung sowie die Bereitstellung von nötigen Informationen kann der Leistungsberechtigte letztlich selbstbestimmt und eigenverantwortlich Entscheidungen treffen. Das Gebot der Transparenz bildet gleichzeitig die Grundlage für eine entsprechend partizipativ ausgestaltete Bedarfsermittlung.

Übergreifende Aspekte sind bei allen Inhalten einer Bedarfsermittlung einzuhalten.

Auch wenn der Leistungsberechtigte zur Mitwirkung in der Bedarfsermittlung verpflichtet ist, liegt die Entscheidung über den Grad seiner aktiven Mitwirkung bei ihm selbst. Für eine erfolgreiche Bedarfsermittlung und zur Stärkung von Selbstbestimmung und Selbstverantwortung des Leistungsberechtigten im Rehabilitationsprozess, sind die beschriebenen übergreifenden Aspekte konsequent im gesamten Reha-Prozess im Allgemeinen und in der Bedarfsermittlung im Besonderen umzusetzen. Sie finden somit übergreifend Anwendung in allen nachfolgend beschriebenen Inhalten der Bedarfsermittlung (Kapitel 4).

A |
B |
C |

TEIL B BEDARFSERMITTLUNG IN DER HANDLUNGSPRAXIS

Während Teil A Grundlagen der Bedarfsermittlung aufgreift, fokussiert Teil B die Bedarfsermittlung in der Handlungspraxis. Die übergreifenden Aspekte (Kapitel 3), die Inhalte der Bedarfsermittlung (Kapitel 4) sowie die Kapitel zur Zusammenarbeit und den Instrumenten (Kapitel 5 und 6) haben das Ziel, den Akteuren eine fachliche Basis für ihre Bedarfsermittlungen in der Praxis zur Verfügung zu stellen. Dabei sind die jeweils gültigen Vorschriften zum Datenschutz zu beachten. Im Fokus stehen dabei stets passgenaue Leistungen für Leistungsberechtigte.

3 ÜBERGREIFENDE ASPEKTE DER
BEDARFSERMITTLUNG MIT
BESONDEREM FOKUS AUF DEN
LEISTUNGSBERECHTIGTEN

4 **INHALTE DER
BEDARFSERMITTLUNG**

5 ZUSAMMENARBEIT IN
DER BEDARFSERMITTLUNG

6 INSTRUMENTE DER
BEDARFSERMITTLUNG

Die Nutzung eines strukturierten Arbeitsmodells unterstützt die Bedarfsermittlung bei LTA.

ARBEITSMODELL ZUR BEDARFSERMITTLUNG IN DER BERUFLICHEN REHABILITATION

Bei jeder Bedarfsermittlung ist eine Vielzahl von Informationen relevant, um den Teilhabebedarf eines Menschen bestimmen zu können. Dieses Kapitel beschäftigt sich – aufbauend auf den dargelegten Grundanforderungen – mit Inhalten der Bedarfsermittlung sowie deren Verhältnis zueinander.²⁰ Hierzu wird sich eines strukturierenden Arbeitsmodells unter Nutzung des bio-psycho-sozialen Modells der WHO bedient (Abbildung 4). Mit dem Arbeitsmodell können Inhalte unabhängig von ihrer Form (z. B. Gutachten, Ergebnisse aus psychometrischen Tests, Assessments oder Gesprächsnotizen) oder ihres Ursprungs (z. B. Selbsteinschätzung vs. Fremdeinschätzung, eigene vs. beauftragte Ermittlungen der Reha-Fachkraft) strukturiert werden. Weiterhin hilft das Modell dabei, Zusammenhänge und Wechselwirkungen zwischen den einzelnen Inhalten der Bedarfsermittlung zu verdeutlichen. Zunächst wird das Arbeitsmodell in seiner Gesamtheit vorgestellt. Anschließend werden die einzelnen Inhalte in den folgenden Abschnitten des Kapitels erläutert.



Abbildung 4: Arbeitsmodell zum Zusammenhang der Inhalte der Bedarfsermittlung in der beruflichen Rehabilitation

Das Gesundheitsproblem und/oder Ziele des Leistungsberechtigten bilden Auslöser für die Ermittlungen der Reha-Fachkräfte.

Das Gesundheitsproblem und/oder Ziele des Leistungsberechtigten bilden den Auslöser für die Ermittlungen der Reha-Fachkräfte. In der Praxis der Reha-Träger setzt diese durch einen Antrag oder durch Aktivitäten von Amts wegen ein. Leistungserbringer werden hingegen einerseits im Rahmen von Aufträgen der Reha-Träger mit der Gesamtheit oder mit Teilen einer Bedarfsermittlung (z. B. Eignungsabklärung) betraut (vgl. Kapitel 5 und 6). Andererseits ist diese Grundlage für die individuelle Leistungsausgestaltung im Rahmen der Leistungsdurchführung.

Unabhängig vom Akteur setzt eine Bedarfsermittlung das Vorliegen zentraler Daten über den Leistungsberechtigten voraus: die Stammdaten (Abschnitt 4.1). Stammdaten sind wichtig zur Durchführung einer Bedarfsermittlung. Sie stellen selbst allerdings keinen zu ermittelnden Inhalt dar. Zu den Stammdaten zählen Angaben zur Person und Erreichbarkeit des Leistungsberechtigten. Sie ermöglichen die Kommunikation während der Bedarfsermittlung.

20. In Abhängigkeit vom jeweiligen Akteur der Bedarfsermittlung ist nicht auszuschließen, dass weitere Inhalte, die hier nicht explizit aufgeführt werden, im Einzelfall bedeutsam sind und zu einer Vertiefung der Bedarfsermittlung führen.

DIE INHALTE EINER BEDARFSERMITTLUNG

Zu den Inhalten einer Bedarfsermittlung im Bereich der beruflichen Rehabilitation zählen:²¹

- die Biografie des Leistungsberechtigten (Abschnitt 4.2),
- seine Gesundheitsprobleme (Abschnitt 4.3.1),
- die Auswirkungen der Gesundheitsprobleme auf die Körperfunktionen und -strukturen sowie auf die Aktivitäten und Teilhabe des Leistungsberechtigten (Abschnitt 4.3.2),
- relevante Kontextfaktoren, die in der Umwelt (Umweltfaktoren) oder in der Person selbst (personbezogenen Faktoren) liegen können, mit Einfluss auf die individuelle Teilhabe (Abschnitt 4.3.3) sowie
- die Kompetenzen des Leistungsberechtigten (Abschnitt 4.4) und
- seine individuellen Ziele (Abschnitt 4.5).

Abhängigkeiten und Wechselwirkungen verschiedener Inhalte prägen und bestimmen das Handeln der Reha-Fachkräfte wesentlich.

Die Abhängigkeiten und Wechselwirkungen dieser Inhalte prägen und bestimmen das Handeln der Reha-Fachkräfte wesentlich. Einzelne Inhalte sollen dabei nicht unabhängig voneinander betrachtet werden, vielmehr stehen die jeweils gewonnenen Informationen miteinander im Zusammenhang, indem sie z. B.

- jeweilige Ergebnisse positiv oder negativ beeinflussen²² (ergebnisbezogen) und/oder
- im Laufe der Bedarfsermittlung die Zielrichtung, Art und/oder Ermittlungstiefe bei Inhalten mitbestimmen (prozessbezogen).

Von besonderer Bedeutung ist hier das Wechselverhältnis von Zielen und den weiteren Inhalten der Bedarfsermittlung. Denn gerade aus Zielen ergeben sich in der Breite und/oder Tiefe weitere Informationsbedarfe zu den anderen Inhalten der Bedarfsermittlung. Und aus anderen Informationen (z. B. Kompetenzen, Körperfunktionen) resultieren Auswirkungen auf die Entwicklung von Zielen. Kurzgefasst: Teilhabeziele können sowohl Ausgangspunkt als auch Ergebnis von Schritten der Informationserhebung im Rahmen der Bedarfsermittlung sein. Im Rahmen der Bedarfsermittlung können erhobene Informationen beispielsweise dazu führen, dass ein angestrebtes Berufsbild des Leistungsberechtigten angesichts vorliegender Gesundheitsprobleme (Allergie) oder geschädigter Körperfunktionen (z. B. Funktionsdefizit der Hand) nicht ausgeübt werden kann. Dagegen können sich aus Interessen und Kompetenzen oder aus bestimmten Körperfunktionen (z. B. Aufmerksamkeit) Anhaltspunkte für die Entwicklung von Teilhabezielen ergeben. Die Ermittlung von Informationen und die Entwicklung von Zielen erfolgt somit in Abhängigkeit voneinander.

Aus den Zielen des Leistungsberechtigten ergeben sich Informationsbedarfe zu den Inhalten einer Bedarfsermittlung.

KONTINUIERLICHE EINSCHÄTZUNG UND BEURTEILUNG DES INFORMATIONSTANDES

Während des Ermittlungsprozesses erfolgt kontinuierlich eine Einschätzung und Beurteilung des aktuellen Ermittlungsstandes durch die zuständige Reha-Fachkraft. Mittels der Beurteilung des aktuellen Ermittlungsstandes wird dabei eine Gesamtschau und Bewertung der jeweils vorliegenden Informationen vorgenommen. Die Reha-Fachkraft beurteilt anhand der erhobenen Informationen im Einzelnen, ob weitere Aktivitäten zur Bedarfsermittlung nötig sind, oder ob ein ausreichender Kenntnisstand zur Festlegung des Bedarfs vorliegt. Als Ergebnis der Bewertung ergeben sich zwei Möglichkeiten:

Während der Ermittlung erfolgt kontinuierlich eine Beurteilung des aktuellen Ermittlungsstandes durch die Reha-Fachkraft.

21. Die nachfolgenden Inhalte beziehen sich insbesondere auf Ermittlungsprozesse bei Personen, bei denen aller Voraussicht nach ein sozialrechtlicher Anspruch auf Leistungen zur Teilhabe besteht (z. B. Reha-Status nach § 19 SGB III, persönliche und versicherungsrechtliche Voraussetzungen nach § 10,11 SGB VI oder Vorliegen eines Versicherungsfalles nach § 7 SGB VII). Die Feststellung eines solchen sozialrechtlichen Anspruchs als erstem Arbeitsschritt erfordert – auf inhaltlicher Ebene – in aller Regel ein deutlich geringeres Set an Informationen, als nachfolgend dargestellt wird. Gleichwohl sind einige nachfolgenden Inhalte zumindest teilweise relevant, z. B. die grundsätzlichen Informationen zum Gesundheitsproblem.

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

- Entweder die vorliegenden Informationen sind noch nicht hinreichend und/oder die Ziele sind noch nicht passend, weshalb sich weitere Beratungsaktivitäten oder Schritte der Bedarfsermittlung anschließen, bis ein ausreichender Erkenntnisstand in den Bereichen der Ziele und Informationen vorliegt, oder
- die vorliegenden Informationen lassen in Kombination mit den individuellen Teilhabezielen eines Leistungsberechtigten eine abschließende Bewertung und damit eine Festlegung des Teilhabebedarfs zu.

4.1 STAMMDATEN

Stammdaten bilden eine Voraussetzung für die Durchführung einer Bedarfsermittlung.

Für eine Bedarfsermittlung werden zentrale Angaben über den Leistungsberechtigten benötigt, die sog. Stammdaten. Die Stammdaten sind zwar kein Inhalt der Bedarfsermittlung²³, stellen jedoch eine Voraussetzung für die Durchführung einer Bedarfsermittlung dar. Als Stammdaten werden relativ konstante Daten über eine Person bezeichnet. In der Bedarfsermittlung sind dies Daten zur Person, dessen Erreichbarkeit sowie Informationen, die zur Kontaktaufnahme mit der Person nötig sind. Nur auf Grundlage dieser Informationen kann eine auf den Leistungsberechtigten zugeschnittene Kommunikation erfolgen und sein Anliegen nachvollziehbar und verständlich bearbeitet werden. Stammdaten können darüber hinaus Ansätze für die Ermittlung von Inhalten liefern (z. B. aus Informationen zur barrierefreien Kontaktaufnahme können sich Anhaltspunkte für vertiefte inhaltliche Ermittlungen ergeben). In der Praxis sollten die Stammdaten vor bzw. zu Beginn einer Bedarfsermittlung vorliegen.

4.1.1 WAS IST ZU ERHEBEN?

Stammdaten ermöglichen und erleichtern die Kontaktaufnahme mit dem Leistungsberechtigten.

Die relevanten Stammdaten über den Leistungsberechtigten sind durch die Reha-Träger und Leistungserbringer zu erheben. Diese sind:

- 1) **Angaben zur Person des Leistungsberechtigten**
Hierzu zählen: Name, Vorname, Geburtsdatum, Geburtsort, Geschlecht, Familienstand, Staatsangehörigkeit, Anzahl der leiblichen und unterhaltspflichtigen Kinder im Haushalt sowie ggf. der anerkannte Grad der Behinderung und der Pflegegrad.
- 2) **Angaben zur Erreichbarkeit des Leistungsberechtigten**
Hierzu zählen: Anschrift, Telefonnummer, E-Mail-Adresse und ggf. Faxnummer.
- 3) **Angaben zur Kontaktaufnahme mit dem Leistungsberechtigten**
Aufgrund der Behinderung, des Lebensalters oder aus anderen Gründen, sind sonstige Personen, wie Erziehungsberechtigte oder Bevollmächtigte einzubeziehen.

Die Reha-Fachkraft sollte im Rahmen der Bedarfsermittlung daher wissen, ob:

- 1) Bevollmächtigte, gesetzliche Betreuer oder Erziehungsberechtigte in die Bedarfsermittlung einzubeziehen sind,
- 2) weitere Erfordernisse im Hinblick auf die Kommunikation (z. B. Dolmetscher) und Barrierefreiheit (z. B. Assistenzkraft, Hilfsmittel) bestehen und die Kommunikation zwischen Reha-Träger bzw. Leistungserbringer und Leistungsberechtigtem erleichtern würde.

23. Daher werden im Kontext der Stammdaten die Begriffe Leistungsberechtigter und Antragssteller verwendet. Nicht jeder Antragssteller wird auch zum Leistungsberechtigten.

Stammdaten und Daten, die über die Bedarfsermittlung hinausgehen

Reha-Träger und Leistungserbringer erheben neben den Stammdaten oftmals weitere Daten. Diese sind für sie im Rahmen ihrer Aufgaben und Zuständigkeiten notwendig, jedoch haben diese Daten für die Ermittlung von Teilhabebedarf keine Relevanz. Hierzu zählt bei Reha-Trägern insbesondere die Erhebung von versicherungsrechtlichen Zeiten, des Unfalltages oder die Erhebung von Aspekten zur Klärung von Kausalitäten oder unterhaltssichernder Leistungen (z. B. Bankverbindung, Sozialversicherungsnummer). Auch bei Leistungserbringern werden weitere Daten beim Leistungsberechtigten erfragt. Es handelt sich z. B. um Angaben zum Stand der medizinischen Rehabilitation, zur familiären Situation oder zur individuellen Mobilität. Alle hier auszugsweise genannten Erhebungen sind für die Organisationen im Einzelfall wichtig und relevant, dienen im Einzelfall allerdings anderen Zwecken.

Praxishinweis**4.1.2 WIE KÖNNEN DIE STAMMDATEN ERMITTELT WERDEN?**

Die Erhebung von Stammdaten erfolgt in der Regel durch

- den Leistungsantrag²⁴ beim Reha-Träger oder die Anmeldung (Auftrag) des Reha-Trägers beim Leistungserbringer sowie
- den Aufnahmebogen beim Leistungserbringer.

Stammdaten werden grundsätzlich mit dem Leistungsantrag oder dem Aufnahmebogen erfasst.

Auch kann es sinnvoll sein, die Stammdaten im Rahmen eines persönlichen Gesprächs zu erheben, was möglichen Missverständnissen vorbeugt. Ein solches Vorgehen bietet sich insbesondere an, wenn die schriftliche Kommunikation mit dem Leistungsberechtigten aufgrund vorliegender Barrieren nicht oder nur eingeschränkt möglich ist, z. B. bei Menschen mit schwereren Beeinträchtigungen. Ein persönliches Gespräch lässt sich zugleich inhaltlich mit weiteren relevanten Aspekten verbinden, wie der Aufklärung über Ziele, Inhalte und Vorgehen in der Bedarfsermittlung.

Die Kommunikation der Reha-Fachkraft muss sich unmittelbar an den Bedürfnissen des Leistungsberechtigten orientieren (z. B. Barrierefreiheit, Leichte Sprache, langsames Sprechen) (vgl. Kapitel 3). In diesem Zusammenhang ist auch zu klären, ob geeignete Hilfestellungen die Kommunikation erleichtern würden (z. B. Einsatz eines Dolmetschers, Beteiligung von Freunden und Familien, technische Unterstützung).

4.2 BIOGRAFIE

Ziel der Ermittlung durch die Reha-Fachkraft ist es, einen Überblick über die Berufs- und Bildungsbiografie des Leistungsberechtigten zu gewinnen und so z. B. Ansätze für die Entwicklung von Zielen zu identifizieren oder auch gewisse Tätigkeitsfelder auszuschließen. In der Bedarfsermittlung ist es zentral, welchen für die Bedarfsermittlung verwertbaren schulischen und beruflichen Hintergrund ein Leistungsberechtigter hat. Hierbei stehen Fragen nach dem Werdegang im Vordergrund:

Die Biografie umfasst zwei Ebenen: Aspekte der Bildungsbiografie und der Berufsbiografie.

- Welcher Bildungsweg, welche Ausbildungen, Tätigkeiten und Praktika wurden absolviert?
- In welchen Branchen und bei welchen Arbeitgebern war der Leistungsberechtigte beschäftigt und an welchen Aufgaben und Projekten war er in welcher Form beteiligt?
- Welche sonstigen beruflichen Erfahrungen hat er erworben?
- Welche besonderen Qualifikationen wurden in und neben der Schule oder im Berufsleben erlangt?

24. Die erforderlichen Stammdaten liegen oft bereits in anderen Kontexten beim Reha-Träger vor (Arbeitsvermittlung (BA), Durchführung der medizinischen Rehabilitation (UV, RV)). Hier wären fehlende Daten lediglich zu vervollständigen.

4.2.1 WAS IST ZU ERHEBEN?

Es sind Informationen über die Bildungs- und Berufsbiografie des Leistungsberechtigten zu ermitteln. Die Ermittlung der Biografie zielt auf die Feststellung von zentralen Stationen und Tätigkeiten des Leistungsberechtigten ab. Zu beachten ist, dass nicht immer eine Berufsbiografie des Leistungsberechtigten vorliegt, was insbesondere den Bereich der beruflichen Ersteingliederung betrifft.

Bei jungen Menschen steht daher die Bildungsbiografie (z. B. „gute“ Schulfächer, Sozialverhalten, Praktika) im Vordergrund.

Bei der Ermittlung liegt der Fokus der Reha-Fachkraft auf zwei Fragestellungen, soweit im Einzelfall zutreffend:

Die Bildungsbiografie umfasst mehr als Informationen zur Schullaufbahn.

Wie sieht die Bildungsbiografie des Leistungsberechtigten aus?

- Dazu zählen zum Beispiel: höchster (letzter) Schulabschluss *oder* besuchte Schule(n), entsprechende Zeiträume, angestrebter Abschluss, Schulwechsel, Schulform (ggf. inklusive Beschulung, Förderschule etc.), fachliche Selbsteinschätzung („gute“ Fächer), Praktika, Nebenjobs und Ehrenämter (z. B. Feuerwehr, Rettungsdienst), Vereinszugehörigkeit und Freizeitaktivitäten (Hobbys), Berufe von Eltern, Geschwistern und engen Freunden.
- Darüber hinaus zählen zur Bildungsbiografie ggf. absolvierte und/oder abgebrochene Berufsausbildungen und Studiengänge inklusive Zeiträumen, Prüfungen und ggf. Abbruchgründe, absolvierte Berufsfelder und ihre Zeiträume (z. B. Anlernberufe, Umschulungen sowie etwaige Beendigungsgründe), (Fern-)Lehrgänge, Weiterbildungen, Kurse (Art, Zeitraum, Abschluss) oder Auslandsaufenthalte und Fremdsprachkenntnisse.

Durch die Berufsbiografie lassen sich Entwicklungen aber auch Brüche und Unstetigkeiten identifizieren.

Wie sieht die Berufsbiografie des Leistungsberechtigten aus?

- Dazu zählen zum Beispiel bisherige Tätigkeiten und Beendigungsgründe sowie Tätigkeitsumfang (Vollzeit, Teilzeit).
 - a) Zur aktuellen Tätigkeit bzw. zur zuletzt ausgeübten Tätigkeit: Name und Anschrift des Arbeitgebers, Art des Betriebes (Branche), Befristung, potenzielle Hemmnisse bezogen auf die Fortführung des Beschäftigungsverhältnisses; Kontakt und Ansprechperson beim Arbeitgeber, Betriebsarzt (Name, Anschrift und Rufnummer) oder
 - b) im Falle der Arbeitslosigkeit: Arbeitslosenmeldung und Dauer der Arbeitslosigkeit.

Aus der Biografie lassen sich verschiedene bedeutsame Informationen für die Bedarfsermittlung gewinnen. Neben Angaben zu bisherigen Eckpunkten und Stationen zur Schulbildung, beruflichen Tätigkeiten und gewonnenen beruflichen Erfahrungen werden Kontinuitäten (z. B. lange Betriebszugehörigkeit), Unstetigkeiten und Brüche (z. B. häufige Tätigkeits-, Unternehmens- oder Branchenwechsel), Lücken und andere besondere biografische Entwicklungen (z. B. bisherige Tätigkeits-, Ortswechsel) deutlich.

Diese Informationen, ihre maßgebenden Ursachen und individuellen Konsequenzen, die der Leistungsberechtigte aus Erfahrungen gezogen hat, können insbesondere bei der Ermittlung von Kompetenzen (Abschnitt 4.4) und den personbezogenen Faktoren (Abschnitt 4.3.3) bedeutsam werden (z. B. tragen die beruflichen Erfahrungen zur Entwicklung von Eigenschaften, Kompetenzen, und der Persönlichkeit einer Person bei).

Biografische Angaben können bei der Ermittlung anderer Inhalte der Bedarfsermittlung bedeutsam werden.

4.2.2 WIE KANN DIE BIOGRAFIE ERMITTELT WERDEN?

Die Ermittlung der Biografie des Leistungsberechtigten erfolgt in der Regel durch

- den Leistungsantrag beim Reha-Träger oder
- den Aufnahmebogen beim Leistungserbringer oder
- einen aktuellen vollständigen Lebenslauf des Leistungsberechtigten oder
- ein persönliches Gespräch beim Reha-Träger oder Leistungserbringer.

4.3 FUNKTIONSFÄHIGKEIT UND BEHINDERUNG – BEDARFSERMITTLUNG AUF BASIS DES BIO-PSYCHO-SOZIALEN MODELLS

Für die Reha-Fachkraft ist es wichtig, ein Gesamtbild über die aktuelle Teilhabesituation des Leistungsberechtigten zu erlangen. Das bio-psycho-soziale Modell ermöglicht dies in der Bedarfsermittlung, indem es die Funktionsfähigkeit²⁵ des Leistungsberechtigten abbildet. Auf folgenden Ermittlungen aufbauend, kann sodann der individuelle Teilhabebedarf formuliert werden. Die Bedarfsermittlung stellt somit sicher, dass alle Aspekte (Schädigungen, Beeinträchtigungen, Förderfaktoren oder Barrieren), die mit Blick auf die Teilhabe am Arbeitsleben relevant sind, bei der Festlegung des Bedarfs miteinbezogen werden. Eine Bedarfsermittlung, die dagegen nicht alle Komponenten des Modells einbezieht, würde unvollständig und somit defizitär bleiben [54].

Das bio-psycho-soziale Modell berücksichtigt neben Schädigungen von Körperfunktionen und -strukturen sowie Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe auch den Kontext des Leistungsberechtigten, welcher die Auswirkungen des Gesundheitsproblems abmildern oder verstärken kann. Zum Kontext zählt neben der materiellen, sozialen und einstellungsbezogenen Umwelt (Umweltfaktoren) der spezielle Hintergrund des Lebens und der Lebensführung eines Menschen (personbezogene Faktoren), der nicht Teil seines Gesundheitsproblems ist. Kontextfaktoren können, bezogen auf die individuelle Teilhabe, sowohl Förderfaktoren als auch Barrieren darstellen. Somit beeinflussen diese das Ausmaß der individuellen Behinderungen.

Darüber hinaus bietet die Bedarfsermittlung auf der Basis des bio-psycho-sozialen Modells einen weiteren Vorteil: Die Logik des Modells und die Sortierung anhand von Komponenten helfen, relevante Aspekte, die von den verschiedenen Professionen ermittelt worden sind, einheitlich im Rahmen eines übergreifenden Ordnungssystems zu sortieren. In der Praxis werden Informationen zum Leistungsberechtigten sukzessiv durch Ermittlungsergebnisse vervollständigt, bis sie die Teilhabesituation des Leistungsberechtigten ausreichend abbilden. Durch die Ordnung von Informationen nach Komponenten lassen sich übereinstimmende und widersprüchliche Informationen schnell identifizieren und weitere Ermittlungen anstoßen. Dies umfasst sowohl durch Reha-Fachkräfte erhobene Informationen als auch die Sichtweise und Einstellungen des Leistungsberechtigten selbst. Nur aus der Zusammenschau aller Perspektiven entsteht ein umfassendes Bild über die Teilhabesituation eines Leistungsberechtigten [9].

Das bio-psycho-soziale Modell ermöglicht es, die Funktionsfähigkeit eines Menschen abzubilden.

Der Gesetzgeber hat die Reha-Träger zu einer funktionsbezogenen Bedarfsermittlung verpflichtet (§ 13 SGB IX). Eine funktionsbezogene Bedarfsermittlung setzt die Nutzung des bio-psycho-sozialen Modells der WHO voraus.

Rechtlicher Hinweis

NUTZUNG DES BIO-PSYCHO-SOZIALEN MODELLS

Bei einer Bedarfsermittlung sind grundsätzlich alle Komponenten des bio-psycho-sozialen Modells durch die Reha-Fachkraft einzubeziehen. Die jeweils anzusetzende Ermittlungstiefe ergibt sich aus der Fragestellung sowie den individuellen Gegebenheiten, insbesondere wird die Ermittlungstiefe durch die Ziele des Leistungsberechtigten maßgeblich mitbestimmt.

25. Zu zentralen Begrifflichkeiten siehe Abschnitt 1.3, wie auch Kapitel 7.

Es sind alle Komponenten des bio-psycho-sozialen Modells einzubeziehen. Die Tiefe ergibt sich aus dem Einzelfall.

In der Praxis bietet es sich an, erforderliche Informationen von verschiedenen Professionen (Ärzte, Psychologen, Therapeuten und andere Reha-Fachkräfte) heranzuziehen, um die Funktionsfähigkeit des Leistungsberechtigten in ausreichender Breite und Tiefe zu ermitteln. Auch Informationen des Leistungsberechtigten zu den einzelnen Komponenten des bio-psycho-sozialen Modells sind wichtig und somit zu ermitteln. Im Ergebnis ist es entscheidend, eine inter- bzw. multidisziplinäre und mehrdimensionale Sichtweise auf die Funktionsfähigkeit des Leistungsberechtigten zu erhalten, um den Bedarf feststellen zu können.

Mit Blick auf die so identifizierten Auswirkungen eines oder mehrerer Gesundheitsprobleme sind die Kontextfaktoren zu erheben, die diese Auswirkungen und damit die Funktionsfähigkeit als Förderfaktor oder Barriere positiv wie negativ beeinflussen können. Insofern liegt ein besonderes Augenmerk auf den Wechselwirkungen zwischen den Komponenten.

Die Ermittlungen haben sich an Teilhabezielen bzw. bedeutsamen Fragestellungen zu orientieren.

Bei der folgenden Einordnung und Dokumentation der ermittelten Informationen liefern die Kapitelebenen der ICF²⁶, soweit vorhanden, der zuständigen Reha-Fachkraft eine geeignete Arbeitsgrundlage. Diese wird in den nachfolgenden Unterabschnitten skizziert. In der Praxis finden Ermittlungen zu einzelnen Komponenten des bio-psycho-sozialen Modells oft im Vorfeld oder parallel in anderen Zusammenhängen (z. B. Prüfung eines Leistungs- oder Versicherungsfalls (Arbeitsunfall, Berufskrankheit), medizinische Rehabilitation) statt.²⁷ Wichtig ist es, die Ermittlungen insbesondere auf die (ggf. vorläufigen) Teilhabeziele bzw. die bestehenden Fragestellungen auszurichten, um Informationen zielgerichtet zu ermitteln oder Ziele weiter konkretisieren zu können.

BEDARFSERMITTLUNG AUF BASIS DES BIO-PSYCHO-SOZIALEN MODELLS

Ziel einer Ermittlung auf Basis des bio-psycho-sozialen Modells ist es, einen aussagekräftigen Überblick über die aktuelle Teilhabesituation des Leistungsberechtigten zu erhalten. Dazu ist ein strukturiertes Vorgehen auf Basis der folgenden Arbeitsschritte erforderlich (Abbildung 5):

- 1) Erfassung von Gesundheitsproblemen mit Auswirkungen auf die Aktivitäten und Teilhabe.
- 2) Ermittlung von Auswirkungen der Gesundheitsprobleme auf die Körperfunktionen und -strukturen sowie auf die Aktivitäten und Teilhabe unter Berücksichtigung von Kontextfaktoren in ihrer Eigenschaft als Förderfaktor oder Barriere.

Die Wechselwirkungen in und zwischen den einzelnen Komponenten sind stets zu beachten.

Im Einzelnen sind nach der Ermittlung der Gesundheitsprobleme die Auswirkungen der Gesundheitsprobleme auf die Körperfunktionen und -strukturen sowie auf die Aktivitäten und Teilhabe zu ermitteln. Dabei sind die Wechselwirkungen zwischen den einzelnen Komponenten des Modells stets zu beachten. Diese werden im Modell durch die Doppelpfeile visualisiert [55].

Zu den Wechselwirkungen zählen verschiedenste Auswirkungen eines Aspektes auf andere Komponenten des Modells. So kann eine vollständige Lähmung beider Beine (Körperfunktion) infolge einer Paraplegie Einschränkungen in Form von Spastiken (neuromuskuloskeletaler und bewegungsbezogener Funktionen - Körperfunktion) auslösen und eine Gewichtszunahme (Körperstruktur) bedingen, die bei einer unsachgemäßen Versorgung im Rollstuhl (Umweltfaktor) wiederum lokale Schädigungen der Haut (Körperstruktur) und des Gewebes (Körperstruktur) in Form eines Dekubitus auslösen können.

26. Entsprechende Kapitel liegen für folgende Komponenten des Modells vor: Körperfunktionen und -strukturen, Aktivitäten und Teilhabe sowie Umweltfaktoren. Die personbezogenen Faktoren sind mit der ICF nicht klassifiziert worden; Strukturierungsvorschlag siehe Abschnitt 4.3.3).

27. Z. B. werden dem Reha-Träger oder dem Leistungserbringer oft eine Vielzahl von Unterlagen bereits mit dem Antrag oder der Aufnahme übersandt, mitgegeben oder anderweitig zur Verfügung gestellt.

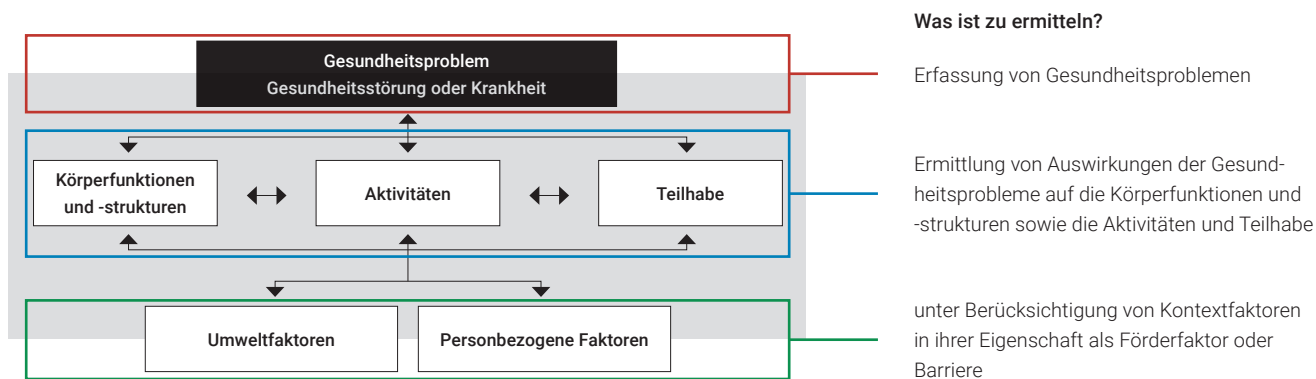


Abbildung 5: Bedarfsermittlung auf Basis des bio-psycho-sozialen Modells

4.3.1 ERFASSUNG VON GESUNDHEITSPROBLEMEN

4.3.1.1 WAS IST ZU ERHEBEN?

Eine Bedarfsermittlung auf Basis des bio-psycho-sozialen Modells setzt die Berücksichtigung und Erhebung aller Gesundheitsprobleme mit Auswirkungen auf die Teilhabe eines von Krankheit oder Behinderung betroffenen Menschen voraus [6; 56–58]. Auswirkungen auf die Teilhabe haben – im sozialrechtlichen Kontext (§ 2 SGB IX) – in der Regel alle Gesundheitsprobleme, die mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate bestehen. Neben den aktuellen Gesundheitsproblemen sind aber auch andere, von der Norm abweichende Körperzustände zu ermitteln, sei es durch eine Krankheit oder eine angeborene Beeinträchtigung [9]. Zu solchen zählen auch geistige bzw. kognitive oder psychische Behinderungen.

Ziel ist es, alle Gesundheitsprobleme und abweichenden Zustände, die Auswirkungen auf die individuelle Teilhabe haben können, zu ermitteln. Die Beurteilung hat unter Einbeziehung des Leistungsberechtigten zu erfolgen.

Alle Gesundheitsprobleme mit Auswirkungen auf die Teilhabe sind bedeutsam und somit zu erheben.

4.3.1.2 WIE KÖNNEN GESUNDHEITSPROBLEME ERMITTELT WERDEN?

Die Diagnostik von Gesundheitsproblemen obliegt in Deutschland der ärztlichen oder psychologischen Verantwortung. Die Ergebnisse werden als Diagnosen in der Regel mithilfe der ICD-10²⁸ kodiert. Im Rahmen einer Bedarfsermittlung sollten möglichst nur ärztliche und psychologische Befunde herangezogen werden, die auf einer persönlichen Untersuchung, Anamnese und Diagnostik beruhen. Die Ausführungen des Leistungsberechtigten über seine Gesundheitsprobleme sollten ggf. durch ärztliche und/oder psychologische Konsultationen abgesichert werden. Für die ermittelnde Reha-Fachkraft bestehen verschiedene Ansätze, Informationen zu Gesundheitsproblemen mit Auswirkungen auf die individuelle Teilhabe einzuholen, wie:

Die Diagnostik von Gesundheitsproblemen obliegt der ärztlichen oder psychologischen Verantwortung.

- Einholung von Fremdbefunden bzw. vorhandenen Unterlagen (Befundberichte über ambulante und stationäre Behandlungen, Gutachten diverser Reha-Träger, ärztlichen und psychologischen Stellungnahmen, Reha-Berichten, anderen Auskünften von Ärzten und Psychologen),
- Beauftragung von sozialmedizinischen, psychologischen oder anderen ärztlichen Gutachten oder Stellungnahmen, die auf einer aktuellen Anamnese und Beurteilung eines Sachverständigen basieren.

28. ICD-10: Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision; nähere Informationen siehe www.dimdi.de

Es ist zu beachten, dass sich Gesundheitsprobleme auch erst im Verlauf der Bedarfsermittlung identifizieren lassen (z. B. durch Wechselwirkungen oder neue Diagnosen). Nach der ärztlichen oder psychologischen Diagnostik weiterer Gesundheitsprobleme, sind die Auswirkungen dieser – neu identifizierten – Gesundheitsprobleme zu ermitteln.

Praxishinweis

Im Vorfeld einer Beauftragung eines Gutachtens oder einer Untersuchung, ist darauf zu achten, dass vom Leistungsberechtigten eine Entbindung von der Schweigepflicht gegenüber dem Gutachter vorliegt.

Fallbeispiel 1:

Herr F., 39 Jahre,
Wiedereingliederung

Folgende Gesundheitsprobleme wurden ermittelt: Zustand nach Fersenbeinfraktur rechts mit verbleibender Algodystrophie (Morbus Sudeck), beginnende Arthrose im Fußgelenk, Innenmeniskusschaden II-Grades rechtes Kniegelenk, medikamentös eingestellte Epilepsie, zudem Hypertonie (Bluthochdruck), Rückenschmerzen bedingt durch Fehlbelastungen im rechten Fuß.

Fallbeispiel 2:

Frau V., 17 Jahre,
Ersteingliederung

Folgende Gesundheitsprobleme wurden ermittelt: Zustand nach Waden- und Schienbeinbruch rechts, Weichteilschaden am rechten Unterschenkel, leichte Intelligenzminderung, Angststörung.

4.3.2 ERMITTLUNG DER AUSWIRKUNGEN DER GESUNDHEITS-PROBLEME AUF KÖRPERFUNKTIONEN UND -STRUKTUREN SOWIE AKTIVITÄTEN UND TEILHABE

4.3.2.1 ERMITTLUNG VON AUSWIRKUNGEN DER GESUNDHEITS-PROBLEME AUF DIE KÖRPERFUNKTIONEN UND -STRUKTUREN

Es sind alle krankheits- und behinderungsbedingten Auswirkungen auf Ebene der Körperfunktionen und -strukturen zu ermitteln.

WAS IST ZU ERHEBEN?

Es ist wichtig, alle krankheits- und behinderungsbedingten Auswirkungen auf Ebene der Körperfunktionen und -strukturen zu ermitteln, um z. B. passende Förderungen im Rahmen einer beruflichen Neuorientierung zu identifizieren und darauf aufbauend passende Hilfen zu finden. Nur durch eine solche Vorgehensweise lassen sich eine Behandlungs- und medizinische Rehabilitationsbedürftigkeit frühzeitig feststellen und passgenaue Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben finden. Ausgangspunkt dieser Ermittlungen sind die Gesundheitsprobleme, deren Auswirkungen in der Regel länger als 6 Monate bestehen und über kurzzeitige Beeinträchtigungen, die durch „kurzfristig bestehende“ Gesundheitsprobleme (z. B. Verstauchung des Fingers, Bruch des kleinen Zehs) hinausgehen.

In erster Linie betrifft die Ermittlung bestehende Schädigungen. Allerdings sind nicht nur diese zu ermitteln, sondern auch Ressourcen im Bereich der Körperfunktionen und -strukturen. Dazu zählen besondere Fähigkeiten oder Körperfunktionen (z. B. eine besonders gute Merkfähigkeit infolge eines Autismus). Auch die ICF klassifiziert diese besonderen Funktionen, die „im Übermaß“ vorliegen, im Bereich der Körperfunktionen und -strukturen, soweit sie mit einem Gesundheitsproblem in Verbindung stehen [6].

Strukturgebend für die Ermittlung sind die einschlägigen Kapitelebenen zu Körperfunktionen und -strukturen der ICF.

Strukturgebend für die Ermittlung sind – ausgehend von den Gesundheitsproblemen –, die einschlägigen Kapitelebenen der Körperfunktionen und -strukturen der ICF (Tabelle 3). Zur systematischen Identifizierung von geschädigten Körperfunktionen und -strukturen können Arbeitshilfen – angelehnt an die Kapitelebene der ICF – besonders hilfreich sein. Beispielhaft zu nennen sind Formvordrucke für ärztliche und psychologische Berichte oder Checklisten als Hilfestellung für Reha-Fachkräfte. Ziel der Bemühungen ist es, alle relevanten Schädigungen beim Leistungsberechtigten zu erkennen; auch, um ggf. bestehenden (medizinischen und/oder psychologischen) Behandlungsbedarf zu identifizieren.

Im Rahmen der Bedarfsermittlung ist es wichtig, diejenigen Informationen über den Leistungsberechtigten zu erfassen, die zentralen Einfluss auf den Erfolg einer beruflichen Reha-Leistung haben könnten. Beispielsweise können Schädigungen der Körperfunktionen sehr offensichtlich zu Tage treten, oft lassen sie sich jedoch für die Reha-Fachkraft nicht unmittelbar erschließen. Dies gilt insbesondere für Schädigungen zentraler Körperfunktionen zur Verwirklichung von beruflicher Teilhabe, wie Aufmerksamkeit, Konzentration oder Feinmotorik. Zu solchen lassen sich im Setting eines persönlichen Gesprächs zwar ggf. Hinweise identifizieren, einen objektiven Nachweis kann ein solches Gespräch jedoch nicht leisten.

Nicht alle Beeinträchtigungen der Körperfunktionen können durch Gespräche identifiziert werden.

WIE SIND DIE AUSWIRKUNGEN DES GESUNDHEITSPROBLEMS AUF DIE KÖRPERFUNKTIONEN UND -STRUKTUREN ZU ERMITTELN?

Nicht immer sind Schädigungen der Körperfunktionen und -strukturen so auffällig wie beispielsweise bei einer Amputation. Gerade im Bereich der Körperfunktionen ist eine gezielte Ermittlung anhand von Indizien (z. B. unklare Aussagen des Leistungsberechtigten „Meine Hand macht nicht so mit“; „Ich kann mich bei der Bildschirmarbeit schlecht konzentrieren“) oft unumgänglich, um Schädigungen auf Ebene der Körperfunktionen und -strukturen zu erkennen. Um diese adäquat zu identifizieren, sollte auf die Expertise von Sachverständigen (Ärzten, Psychiatern, Psychologen, Therapeuten) zurückgegriffen werden. Dies gelingt durch die:

Bei der Ermittlung von Schädigungen der Körperfunktionen und -strukturen ist die Expertise von Sachverständigen zu nutzen.

- **Einholung von Fremdbefunden.**

Berichte über ambulante und stationäre Behandlungen oder die bisherige Erbringung von Reha-Leistungen, Gutachten diverser Reha-Träger, ärztliche und psychologische Stellungnahmen, Reha-Berichte, Auskünfte von Ärzten und Psychologen.

- **Beauftragung von Gutachten und Stellungnahmen bei Sachverständigen.**

Dazu zählen sozialmedizinische, psychiatrische oder auch psychologische Gutachten und Stellungnahmen. Im Rahmen der Begutachtung werden Fremdbefunde, die allgemeine, klinische, soziale und beruflich orientierte Anamnese und die Untersuchungsergebnisse des Gutachters kombiniert und beurteilt. Insbesondere bei der psychologischen Begutachtung werden häufig psychometrische Tests (vgl. Instrumentendatenbank, Kapitel 6) zur Vervollständigung der gutachterlichen Befunde genutzt.

- **Beauftragung von Testverfahren oder anderen Assessments bei Sachverständigen.**

Soweit innerhalb der Organisation keine ausreichende Expertise zur Beurteilung der Fragestellungen vorgehalten wird (z. B. im Rahmen von Fachdiensten), können Reha-Fachkräfte bei den Reha-Trägern ggf. auch die Angebote von Leistungserbringern im medizinischen und/oder psychologischen Bereich nutzen.

Zuordnung von Ergebnissen: Bei der Auswahl und beim Einsatz von Instrumenten ist z. B. in Fallbeispiel 2 davon auszugehen, dass das beabsichtigte zu messende Merkmal (z. B. Aufmerksamkeit) mit dem Gesundheitsproblem in Verbindung steht (z. B. Einsatz eines Tests zur Messung der Aufmerksamkeit beim Gesundheitsproblem „leichte Intelligenzminderung“). Ergebnisse sind dann im Bereich dieser Komponente „Körperfunktionen“ einzuordnen. Ist ein Zusammenhang zum Gesundheitsproblem nicht gegeben, siehe Abschnitt „personbezogene Faktoren“.

Praxishinweis

Neben den vorgenannten Ermittlungsansätzen, die auf der Expertise von Sachverständigen aufbauen, stellen Selbstauskünfte des Leistungsberechtigten eine Hilfe dar, Informationen zu teilhaberelevanten Körperfunktionen und -strukturen zu erhalten. Selbstauskünfte haben einerseits einen sehr hohen Stellenwert in der Bedarfsermittlung, andererseits sollten Selbsteinschätzungen des Leistungsberechtigten zu den Körperfunktionen und -strukturen durch andere (objektivierbare) Befunde von Sachverständigen abgesichert werden. Nur so lassen sich verdeckte und offene Schädigungen an den entsprechenden Körperfunktionen und/oder kognitive oder psychische Beeinträchtigungen objektiv identifizieren, ihre Ursachen und Zusammenhänge ergründen und bei der Bedarfsfestlegung berücksichtigen.

Es sind Selbst- und Fremdauskünfte zu allen Komponenten des bio-psycho-sozialen Modells einzubeziehen.

Kapiteluntergliederungen der ICF		
	Körperfunktionen sind die physiologischen Funktionen von Körpersystemen (einschließlich psychologischer Funktionen)	Körperstrukturen sind anatomische Teile des Körpers, wie Organe, Gliedmaßen und ihre Bestandteile
1.	Mentale Funktionen z. B. Funktionen des Bewusstseins, der Orientierung, der Intelligenz, psychosoziale Funktionen, Funktionen von Temperament und Persönlichkeit oder auch spezifische mentale Funktionen, wie Aufmerksamkeit, Funktionen des Gedächtnisses, emotionale Funktionen, Funktionen der Wahrnehmung, des Denkens etc.	Strukturen des Nervensystems
2.	Sinnesfunktionen und Schmerz z. B. Funktion des Sehens, Hör- und Vestibularfunktionen, Schmecken, Riechen, Tasten, Schmerz	Das Auge, das Ohr und mit diesen im Zusammenhang stehende Strukturen
3.	Stimm- und Sprechfunktionen z. B. Funktionen der Stimme, Artikulationsfunktionen, Funktionen des Redeflusses, alternative stimmliche Äußerungen	Strukturen, die an der Stimme und am Sprechen beteiligt sind
4.	Funktionen des kardiovaskulären, hämatologischen, Immun- und Atmungssystems z. B. Herzfunktionen, Blutgefäßfunktionen, Funktionen des hämatologischen Systems, Atmungsfunktion, Funktion der kardiorespiratorischen Belastbarkeit	Strukturen des kardiovaskulären, des Immun- und des Atmungssystems
5.	Funktionen des Verdauungs-, des Stoffwechsel- und des endokrinen Systems z. B. Funktionen der Nahrungsaufnahme, Verdauungsfunktionen, Funktionen der Aufrechterhaltung des Körpergewichts, Stoffwechselfunktionen, Wärmeregulation, Funktionen der endokrinen Drüsen etc.	Mit dem Verdauungs-, Stoffwechsel und endokrinen System in Zusammenhang stehende Strukturen
6.	Funktionen des Urogenital- und reproduktiven Systems Funktionen der Harnbildung- und der -ausscheidung z. B. Harnausscheidung, Genital- und reproduktive Funktionen.	Mit dem Urogenital- und dem Reproduktionssystem in Zusammenhang stehende Strukturen
7.	Neuromuskuloskeletale und bewegungsbezogene Funktionen z. B. Funktionen der Gelenke und Knochen, Muskeln, Bewegung	Mit Bewegung in Zusammenhang stehende Strukturen
8.	Funktionen der Haut und der Hautanhangsgebilde z. B. Schutzfunktionen, Heilfunktion, Funktionen der Haare und Nägel, und anderen Strukturen	Strukturen der Haut und Hautanhangsgebilde

Tabelle 3: Kapiteluntergliederung der Körperfunktionen und Körperstrukturen in der ICF und deren Nutzung anhand der Fallbeispiele (angelehnt an [59, S. 52 ff. und S. 86ff.])

Fallbeispiele zu Körperfunktionen		
	Fallbeispiel 1 Herr F., 39 Jahre, Wiedereingliederung	Fallbeispiel 2 Frau V., 17 Jahre, Ersteingliederung
1.	minimale Konzentrationsstörungen, Beeinträchtigungen der mentalen Funktionen beim Auftreten eines (seltenen) Anfalls.	Intelligenzminderung verbunden mit einer leichten Lese- und Rechtschreibschwäche (niedrige Lesegeschwindigkeit, Schwierigkeiten bei Doppellauten), Einschlaf- und Durchschlafprobleme, Angespanntheit und innere Unruhe, impulsives Auftreten, wenig Selbstvertrauen, Angst (aufgrund der gesundheitlichen Situationen).
2.	Belastungsschmerz und Ruheschmerz im Fußgelenk.	Belastungsschmerz im Bein.
3.	-	-
4.	erhöhte Blutdruckfunktion.	-
5.	-	-
6.	-	-
7.	Einschränkungen der Beweglichkeit im Knie- und Fußgelenk sowie bei der Gehfähigkeit, hinkendes Gangbild, schmerzhafte Muskelverhärtung im Fußgelenk, verminderte Muskulatur im rechten Bein, Beeinträchtigungen der neuromuskuloskeletalen und bewegungsbezogenen Funktionen beim Auftreten eines (seltenen) Anfalls.	Einschränkung der Beweglichkeit in den Gelenken des rechten Beines, Muskelminderung, Kraftdefizit im rechten Bein.
8.	Nagel- und Haarwachstumsveränderungen im Fußgelenk.	-

Fallbeispiel 2:

Frau V., 17 Jahre,
Ersteingliederung

Die Leistungsberechtigte V. klagt während ihrer Qualifizierung zur Fachpraktikerin für Holzverarbeitung über wiederkehrende Konzentrationsdefizite. Im Gespräch mit der Reha-Fachkraft führt sie aus, dass diese Defizite mit schlaflosen Nächten zusammenhängen könnten. Die Ursachen der Schlaflosigkeit lassen sich im persönlichen Gespräch allerdings nicht näher bestimmen. Ggf. kann eine ärztliche bzw. psychologische Diagnostik Aufschluss über die Ursache und Ausprägung der Konzentrationsstörungen geben und zu weiteren Maßnahmen führen.

4.3.2.2 ERMITTLUNG VON AUSWIRKUNGEN DER GESUNDHEITSPROBLEME AUF AKTIVITÄTEN UND TEILHABE

Unter Aktivität versteht die ICF „die Durchführung einer Aufgabe oder einer Handlung (Aktion) durch einen Menschen“. Der Begriff „Teilhabe“ meint „das Einbezogen sein in eine Lebenssituation“ [6]. Während diese Definitionen konzeptionell differenzieren, nutzt die ICF unterhalb der beiden Komponenten „Aktivitäten“ und „Teilhabe“ des bio-psycho-sozialen Modells eine gemeinsame Klassifikation. Die ICF stellt ihren Nutzern eine Liste mit Kapiteln zur Verfügung, die neun zentrale Lebensbereiche auflistet, um die Aktivitäts- und Teilhabebereiche der Menschen umfassend abzubilden (Tabelle 4).

WAS IST ZU ERMITTELN?

Es ist wichtig, alle 9 Lebensbereiche bei der Ermittlung der Aktivitäten und Teilhabe einzubeziehen.

Ziel der Ermittlung durch die Reha-Fachkraft ist es, ausgehend von den Gesundheitsproblemen, resultierende Beeinträchtigungen im Bereich der Aktivitäten und Teilhabe zu ermitteln. Diese bestimmen maßgeblich den individuellen Bedarf des Leistungsberechtigten (z. B. Einschränkungen bei der Tätigkeitsausübung, Probleme beim Gehen, Probleme beim Kontakt und beim Umgang mit Menschen). Um den individuellen Bedarf festzustellen, ist es wichtig, alle neun Lebensbereiche in die Bedarfsermittlung einzubeziehen.

Gleichwohl bedeutet dies für die Reha-Fachkraft nicht, dass alle Lebensbereiche bei jedem Leistungsberechtigten in gleichem Umfang abzu prüfen sind. Die Bedarfsermittlung im Bereich der neun Lebensbereiche hat vielmehr mit Blick auf die Gesamtsituation sowie auf die Ziele des Leistungsberechtigten hypothesengeleitet in unterschiedlicher Intensität zu erfolgen. Die tabellarische Übersicht (Tab. 4) soll der Reha-Fachkraft als gedankliche Stütze dienen, um auf Basis von individuellen Gesundheitsproblemen und ihren Auswirkungen auf die Körperfunktionen und -strukturen sowie den Zielen des Leistungsberechtigten, geeignete Anhaltspunkte für die Ermittlung von vorliegenden Beeinträchtigungen zu erhalten. Sollten sich im Gespräch mit dem Leistungsberechtigten, durch seinen Leistungsantrag oder durch sonstige Hinweise spezifische Beeinträchtigungen in einem der Lebensbereiche offenbaren, sind ggf. weitere Experten hinzuzuziehen, um die folgenden Beeinträchtigungen näher zu ergründen (z. B. Ärzte, Psychologen, Therapeuten etc.).

WIE SIND DIE AUSWIRKUNGEN DER GESUNDHEITSPROBLEME AUF DIE AKTIVITÄTEN UND TEILHABE ZU ERMITTELN?

Die Ermittlungsansätze zur Feststellung von Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe sind vielfältig.

Wichtig ist es, alle Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe des Leistungsberechtigten zu ermitteln. Dazu bieten sich verschiedene Möglichkeiten an. Selbstauskünfte des Leistungsberechtigten nehmen einen besonderen Stellenwert ein. Zudem finden sich Informationen zu den Beeinträchtigungen in:

- Fremdbefunden (Berichte, Gutachten und (ärztliche und psychologische) Stellungnahmen). Insbesondere im Rahmen von psychologischen Begutachtungen werden oftmals spezifische Tests genutzt.
- Pädagogischen, arbeitstherapeutischen oder sonstigen Stellungnahmen und Berichten,
- Ergebnisberichten zu eingesetzten Instrumenten,
- Selbstauskünften des Leistungsberechtigten, die sich in Gesprächen mit dem Leistungsberechtigten zeigen. Auch Beobachtungen und Befragungen stellen hilfreiche Mittel dar.

4.3.3 DIE KONTEXTFAKTOREN: UMWELT- UND PERSONBEZOGENE FAKTOREN

Eine Ermittlung auf Basis des bio-psycho-sozialen Modells bedeutet, dass neben Schädigungen der Körperfunktionen und -strukturen sowie den Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe, besonders der gesamte Lebenshintergrund des Leistungsberechtigten einbezogen wird. Dazu zählen sowohl die materielle, soziale und einstellungsbezogene Umwelt (Umweltfaktoren) als auch der spezielle Hintergrund des Lebens und der Lebensführung (personbezogene Faktoren) des Leistungsberechtigten. Im Hinblick auf seine individuelle Teilhabe können die Kontextfaktoren entweder Barrieren oder Förderfaktoren darstellen. Förderfaktoren haben einen positiven Einfluss auf die Aktivitäten und Teilhabe des Leistungsberechtigten. Sie steigern die Funktionsfähigkeit und mildern die Folgen seiner Beeinträchtigung.

Wichtig und zugleich besonders schwierig bei der Ermittlung von Kontextfaktoren ist es, die im Einzelfall relevanten Kontextfaktoren bezogen auf die Ziele des Leistungsberechtigten zu identifizieren. Jedenfalls lassen sich Kontextfaktoren in Ihrer Wirkung nur individuell und im Blick auf die konkrete Fragestellung – unter Beachtung des Datenschutzes – bestimmen.

Während einer Bedarfsermittlung im Bereich der beruflichen Rehabilitation können Kontextfaktoren je nach Fragestellung anders beurteilt werden, so zum Beispiel bezogen auf eine konkrete Leistung oder in Bezug auf die Erreichung der Teilhabeziele.

Wird Herr F. eine Umschulung zum Tourismuskaufmann absolvieren können? **Förderfaktoren:** Versorgung mit orthopädischem Schuhwerk (+), Familie gibt ihm Sicherheit (+), wohnortnaher Leistungserbringer (+), seine Ehefrau begrüßt die Umschulung (+). Herr F. möchte seine Familie wieder selbst versorgen (+), Schmerztherapeut vorhanden (+), Interesse (+). **Barrieren:** schlechte Internetverbindung (-), Führerscheinentzug (-), ungeduldiger Mensch (-).

Der gesamte Lebenshintergrund des Leistungsberechtigten kann im Rahmen der Kontextfaktoren relevant werden.

Kontextfaktoren lassen sich in ihrer Wirkung nur individuell und im Blick auf die konkrete Fragestellung bestimmen!

Fallbeispiel 1:
Herr F., 39 Jahre,
Wiedereingliederung

Wird Frau V. nach ihrer Ausbildung zur Fachpraktikerin für Holzverarbeitung dauerhaft auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt (Teilhabeziel) tätig werden können? **Förderfaktoren:** Ausstattung mit technischen Hilfsmitteln am Arbeitsplatz (+), Ärzte und Therapeuten unterstützen und fördern sie (+), die Freundinnen von Frau V. sind alle berufstätig (+), große Zuverlässigkeit (+). **Barrieren:** Unselbstständigkeit (-), ihre Mutter umsorgt sie mehr als es notwendig erscheint (-).

Fallbeispiel 2:
Frau V., 17 Jahre,
Ersteingliederung

4.3.3.1 IDENTIFIKATION, ERMITTLUNG UND BEWERTUNG VON UMWELTFAKTOREN

WAS SIND UMWELTFAKTOREN?

Umweltfaktoren bilden die materielle, soziale und einstellungsbezogene Umwelt ab, in der Menschen leben und ihr Dasein entfalten. Bei der Ermittlung von Umweltfaktoren durch die Reha-Fachkraft ist die Perspektive des Leistungsberechtigten auf seine Umwelt einzunehmen (Perspektivwechsel). Im Einzelfall kann die relevante Umwelt sehr vielseitig sein, wie die folgende Tabelle 5 zeigt. Strukturell lassen sich alle Umweltfaktoren in fünf Kapitel einordnen.²⁹ Wichtig ist es, die in Abhängigkeit von der Situation und den Zielen des Leistungsberechtigten entscheidenden Umweltfaktoren zu identifizieren und in die Bedarfsermittlung einzubeziehen.

29. Hier ist festzuhalten, dass die ICF an einigen Stellen eher auf einer abstrakten Ebene bleibt und insbesondere Umweltfaktoren mit Bezug zur Arbeitswelt von der involvierten Berufsgruppe ergänzt werden müssen.

Kapiteluntergliederungen der ICF		
Kap.	Kapiteluntergliederungen der ICF (Lebensbereiche)	Beispiele/Muster/Erläuterungen ... Der Leistungsberechtigte ist beeinträchtigt,
1.	Lernen und Wissensanwendung	z. B. bei der bewussten sinnlichen Wahrnehmung (hierzu zählen das Zuschauen und Zuhören), beim elementaren Lernen (Nachmachen, Nachahmen, Üben, Lesen, Schreiben, Rechnen lernen, sich Fertigkeiten anzueignen) und bei der Wissensanwendung (Denken, Lesen, Schreiben, Rechnen, Probleme lösen, Entscheidungen treffen).
2.	Allgemeine Aufgaben und Anforderungen	z. B. einfache und komplexe Aufgaben zu übernehmen, tägliche Routinen durchzuführen oder mit Stress und psychischen Anforderungen umzugehen.
3.	Kommunikation	z. B. bei der Kommunikation verbaler oder nonverbaler Mitteilungen, als Empfänger oder Sender, beim Umgang mit Zeichen und Symbolen, bei der Konversation und beim Gebrauch von Kommunikationsgeräten und -techniken.
4.	Mobilität	z. B. die Körperposition zu ändern und aufrecht zu erhalten, Gegenstände zu tragen, zu bewegen und zu handhaben, zu gehen und sich fortzubewegen, sich mit Transportmitteln fortzubewegen, ein Fahrzeug fahren, usw.
5.	Selbstversorgung	z. B. bei der Körperpflege (Waschen, Pflegen, An- und Auskleiden, die Toilette benutzen), beim Essen, beim Trinken, auf seine Gesundheit zu achten.
6.	Häusliches Leben	z. B. bei der Ausführung von häuslichen und alltäglichen Handlungen und Aufgaben, in Bereichen des häuslichen Lebens, bei der Beschaffung einer Wohnung, von Lebensmitteln, Kleidung und anderen Notwendigkeiten, bei der Erledigung von Haushaltsaufgaben (Reinigung und Reparatur), die Pflege von persönlichen und anderen Haushaltsgegenständen zu übernehmen sowie anderen zu helfen.
7.	Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen	z. B. beim Ausführen von Aufgaben und Handlungen, die für die elementaren und komplexen Interaktionen mit Menschen (Fremden, Freunden, Verwandten, Familienmitgliedern und Intimpartnern) in einer kontextuellen und sozial angemessenen Weise erforderlich sind.
8.	Bedeutende Lebensbereiche	z. B. beim Ausführen von Aufgaben und Handlungen, die für die Beteiligung an Erziehung/Bildung, Arbeit und Beschäftigung sowie am wirtschaftlichen Leben erforderlich sind.
9.	Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben	z. B. bei Handlungen und Aufgaben, die für die Beteiligung am organisierten sozialen Leben außerhalb der Familie, in der Gemeinschaft sowie in verschiedenen sozialen und staatsbürgerlichen Lebensbereichen (Gemeinschaftsleben (formelle, informelle Vereinigungen, Feierlichkeiten) bei Erholung und Freizeit, bei Religion und Spiritualität, im politischen Leben) erforderlich sind.

Tabelle 4: Kapiteluntergliederung der Aktivitäten und Teilhabe in der ICF und deren Nutzung anhand der Fallbeispiele (Quelle: angelehnt an [6, S. 97 ff.]

Fallbeispiele		
	Fallbeispiel 1 Herr F., 39 Jahre, Wiedereingliederung	Fallbeispiel 2 Frau V., 17 Jahre, Ersteingliederung
1.	-	Beeinträchtigungen beim Lesen, Schreiben, Lernen und bei der folgenden Wissensanwendung, schlechte Konzentrationsfähigkeit, schlechte Merkfähigkeit, leichte Ablenkbarkeit.
2.	-	Beeinträchtigungen bei Teamaufgaben sowie mit Stress umzugehen, Beeinträchtigungen bei der Übernahme komplexer Aufgaben.
3.	-	-
4.	Beeinträchtigungen der Mobilität (Knien, Stehen, lange Entfernungen gehen, beim Führen eines PKWs), Fahrverbot (Einschränkung, zur Arbeit zu fahren);	Beeinträchtigungen in der Mobilität (hier: langes Gehen, Vermeidung Nutzung des öffentlichen Raums bei Glätte und Frost).
5.	Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit (hier: beim An- und Auskleiden).	-
6.	Beeinträchtigungen im häuslichen Leben (Einkaufen gehen, Reinigung des Wohnraums).	-
7.	-	-
8.	Beeinträchtigungen bei der derzeitigen Tätigkeit (Restaurantfachmann) sowie bei den Wegen zur Arbeit.	Beeinträchtigungen im wirtschaftlichen Leben (Umgang mit Geld), Beeinträchtigungen bei der Suche nach einem Arbeitsplatz.
9.	kaum sportliche Aktivität.	-

Kapiteluntergliederungen der ICF		
Kap.	Umweltfaktoren	Beispiel für im Einzelfall relevante Umweltfaktoren
1.	Produkte und Technologien (Hilfsmittel)	u. a. Verfügbarkeit von und Zugang zu Gesundheitsleistungen, Medikamenten und Hilfsmitteln, Verfügbarkeit von Produkten zur Mobilität, zur Kommunikation, zur Bildung, zur Erwerbsfähigkeit, zur sportlichen Betätigung, entsprechender barrierefreier Architektur zuhause und im Umfeld, Einkommen und Vermögen.
2.	Natürliche und vom Menschen veränderte Umwelt	u. a. Bevölkerung, Klima, Laute und Geräusche oder die Luftqualität.
3.	Unterstützung und Beziehungen	u. a. Familie, Freunde, Bekannte, Kollegen, Vorgesetzte, weitere Personen in der näheren (erreichbaren) Umwelt (Nachbarn, Vereinsmitglieder, Angehörige derselben Glaubensrichtung), aber auch Unterstützung über Kommunikationssysteme wie Telefon, Internet, E-Mail. Hierzu zählen auch Verpflichtungen, die sich aus diesen Beziehungen ergeben (z. B. Kinder von der KiTa abholen etc.).
4.	Mobilität Einstellungen	u. a. Einstellungen (auch Meinungen, Überzeugungen und Vorbehalte) der Personen aus der vorherigen Zeile, Konsequenzen aus vorliegenden Sitten, Bräuchen, Weltanschauungen, Werten und Normen oder Überzeugungen (z. B. soziale, politische, ökonomische Themen), deren Verhaltensweisen oder Handlungen Einfluss auf den Leistungsberechtigten haben.
5.	Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze	<ul style="list-style-type: none"> • Verfügbarkeit von potenziellen (Hilfs-)diensten (z. B. Fahrdienste, Pflegedienste, Nachbarschaftshilfe, Kinderbetreuung, Vereine oder andere Organisationen (Kirche, Feuerwehr)), • Wohnformen und -möglichkeiten, • staatliche Absicherung gegen die allgemeinen Lebensrisiken (Alter, Krankheit, Unfall, Pflege, Arbeitslosigkeit), Verfügbarkeit von Unterstützungsleistungen, Versicherungen und ihrer Leistungen, • Verfügbarkeit von Einkaufsmärkten, Beförderungsmöglichkeiten, Hilfen im Haushalt, • Reha-Einrichtungen (beruflich/medizinisch), Pflegedienste etc., Verfügbarkeit (Möglichkeit und Anwesenheit) von Ärzten, Fachärzten, Kliniken, Therapeuten, Sozialarbeitern, Psychotherapeuten etc. • Verfügbarkeit eines Bildungs- und Ausbildungswesens, Arbeits- und Beschäftigungswesens

Tabelle 5: Kapiteluntergliederung der Umweltfaktoren und deren Nutzung anhand der Fallbeispiele (Quelle: angelehnt an [6, S. 123 ff.]

Fallbeispiele		
Kap.	Fallbeispiel 1 Herr F., 39 Jahre, Wiedereingliederung Fragestellung: Relevante Umweltfaktoren bezogen auf die Aufnahme einer Umschulung zum Tourismuskaufmann?	Fallbeispiel 2 Frau V., 17 Jahre, Ersteingliederung Fragestellung: Relevante Umweltfaktoren zu Beginn oder während einer Leistung
1.	Orthopädische Schuhe (+), Schmerzmittel (+), medizinische Infrastruktur am Wohnort (-), schlechte Internetverbindung (-),	Medizinische Infrastruktur am Wohnort (+), Ausstattung mit technischen Hilfsmitteln am Arbeitsplatz (+).
2.	-	-
3.	Familie gibt ihm Sicherheit (+).	Einzelkind, ihre Eltern unterstützen sie grundsätzlich sehr (+), ihre Freunde haben alle einen Ausbildungsplatz (+), ihre Mutter umorgt sie ihrer Ansicht nach zu sehr (-).
4.	Seine Ehefrau begrüßt eine Umschulung (+).	Ärzte und Therapeuten unterstützen sie im Rahmen ihrer Möglichkeiten (+).
5.	Verfügbarkeit eines wohnortnahen Leistungserbringers mit passenden Angeboten (+), gute Arbeitsmarktlage in dem beabsichtigten Berufszweig (kaum Unterbeschäftigung) (+), Schmerztherapeut (+), nicht vorhandene Fahrerlaubnis wegen Epilepsie (-).	Sie wird von Ärzten und Therapeuten behandelt (+).

WIE LASSEN SICH UMWELTFAKTOREN ERMITTELN UND BEWERTEN?

Es sind nur Umweltfaktoren zu ermitteln, die im Hinblick auf die aktuellen Lebensumstände und Ziele des Leistungsberechtigten – im Sinne einer Barriere oder eines Förderfaktors für die berufliche Teilhabe – relevant sind.

Es gibt verschiedene Ansätze zur Erhebung von Umweltfaktoren:

- Selbstauskünfte des Leistungsberechtigten (Befragungen, Gespräche etc.),
- Beobachtungen durch Sachverständige (z. B. im Rahmen von Begutachtungen, Arbeitsplatzbegehungen, Arbeitserprobungen, Eignungsabklärung und anderen Assessments).

DIE ARBEITSWELT – DER BESONDERE UMWELTFAKTOR

Im Bereich der beruflichen Rehabilitation hat die individuelle Arbeitswelt (in der Sprache der ICF „Arbeits- und Beschäftigungswesen“) als Umweltfaktor (im Kontext von Kapitel 5 „Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze“) eine herausragende Bedeutung inne.

Betriebliche Anforderungen, individuelle Einstellungsbereitschaften sowie Vorrichtungen am Arbeitsplatz können eine Tätigkeitsaufnahme begünstigen und somit als Förderfaktoren wirken oder eine (potenzielle) Tätigkeit erschweren. Dann wären die identifizierten Aspekte als Barriere bezogen auf die individuelle Funktionsfähigkeit des Leistungsberechtigten zu bewerten.

Im Einzelfall kann die Verfügbarkeit einer Rampe im Eingangsbereich einer Betriebsstätte die Arbeitsaufnahme eines Leistungsberechtigten befördern (z. B. Rollstuhlfahrer). Eine mögliche Schichtarbeit kann dagegen belastend auf einen Leistungsberechtigten wirken und für ihn eine Barriere darstellen (z. B. Menschen mit psychischen Erkrankungen). Grundsätzlich lässt sich die Wirkung von Kontextfaktoren nicht verallgemeinern und auf alle Situationen gleichermaßen übertragen.

Ziel der Berücksichtigung der Arbeitswelt ist es letztlich, Möglichkeiten zu prüfen, ein (potenzielles) Tätigkeitsfeld so auszugestalten, dass der Leistungsberechtigte diese berufliche Tätigkeit ausüben kann.

Betriebliche Anforderungen können eine Tätigkeitsaufnahme begünstigen oder erschweren.

Fallbeispiel 1:
Herr F., 39 Jahre,
Wiedereingliederung

Dem Leistungsberechtigten F. steht ein halbes Jahr vor Ende seiner Qualifizierungsleistung ein Arbeitsplatz als Tourismuskaufmann in Aussicht. Im Rahmen der kontinuierlichen Bedarfsermittlung wird zwischen Leistungserbringer und Herrn F. (in Abstimmung mit dem zuständigen Reha-Träger) vereinbart, das letzte halbe Jahr der Qualifizierungsleistung zu nutzen, um Herrn F. auf seine Tätigkeit bei der künftigen Stelle vorzubereiten.

Fallbeispiel 2:
Frau V., 17 Jahre,
Ersteingliederung

Im Unternehmen YZ gibt es während eines Betriebspraktikums im Rahmen der Ausbildung zwischen dem Vorgesetzten und der Leistungsberechtigten Frau V. persönliche Differenzen. In der folgenden Bedarfsermittlung beim Leistungserbringer stellt sich die Frage, ob Frau V. aufgrund ihrer Beeinträchtigungen das Praktikum in dieser Form weiterhin ausüben kann und welche Hilfen (z. B. Arbeitsplatzorganisation, -gestaltung, Absprachen mit Frau V., Interventionen) erforderlich sind, um das Praktikum fortzusetzen. Der beteiligte Reha-Träger ist zu informieren und in die Überlegungen einzubeziehen.

Was ist zu ermitteln?

Insbesondere geht es darum, (mögliche) Barrieren an einem (potenziellen) Arbeitsplatz zu identifizieren. Neben ihrer Wirkung als Barriere können identifizierte Aspekte aus der Umwelt allerdings auch Förderfaktoren darstellen und so Einfluss auf den ermittelten Bedarf haben.

Aus folgenden Aspekten können sich mögliche Barrieren und Förderfaktoren ergeben:

Räumliche Anordnung des Arbeitsplatzes, Arbeitsabläufe und Arbeitsinhalte, fehlende Arbeitshilfen, Mechanisierung von Teilvorgängen, Anpassung der Umgebungseinflüsse (Klima, Schall, Schwingungen etc.), Dauer und zeitliche Verteilung der Arbeitszeit, Wahrnehmung des Betriebsklimas, Einbindung des Arbeitsplatzes, Entlohnung, Wege, Zugänge, Sozialräume, Information und Kommunikation, Arbeitssicherheit, Arbeitsbelastung, Zeitdruck, Stress, Einstellung von

An (potenziellen) Arbeitsplätzen können im Einzelnen sehr verschiedene Förderfaktoren und Barrieren bestehen.

Vorgesetzten und Kollegen, psychische Anforderungen, Gestaltung der Beziehungen zwischen Mitarbeitern/Kollegen und Führungskräften.

Wie können Barrieren und Förderfaktoren ermittelt werden?

- Gespräch mit dem Leistungsberechtigten (z. B. zu seinen aktuellen und bisherigen beruflichen Erfahrungen),
- Gespräch mit dem Arbeitgeber (z. B. über das Praktikum), dem Betriebsarzt, ggf. Kollegen oder mit anderen betrieblichen Akteuren,
- Beobachtung von Trainingssituationen,
- Rückmeldungen von Dritten (z. B. Arbeitstherapeuten),
- Besuche am Arbeits-/ Praktikumsplatz des Leistungsberechtigten,
- Einschaltung von Beratungsdiensten vor Ort (z. B. Integrationsfachdienst der Integrationsämter, Technischer Beratungsdienst (TBD) der Bundesagentur für Arbeit).

4.3.3.2 IDENTIFIKATION, ERMITTLUNG UND BEWERTUNG VON PERSONBEZOGENEN FAKTOREN

WAS SIND PERSONBEZOGENE FAKTOREN?

In der Praxis der Bedarfsermittlung ist es wesentlich, die relevanten personbezogenen Faktoren zu ermitteln, da ihnen ein Einfluss auf die Funktionsfähigkeit und somit auf die individuelle Teilhabe zuzuschreiben ist [6; 60]. Es sind nur solche personbezogenen Faktoren relevant, die hinsichtlich einer konkreten Zielstellung zur (beruflichen) Teilhabe eines Menschen eine Unterstützung (Förderfaktor) oder eine Barriere darstellen. Die Erhebung personbezogener Faktoren hat immer in enger Abstimmung mit dem Leistungsberechtigten zu erfolgen.

Personbezogene Faktoren sind in enger Abstimmung mit dem Leistungsberechtigten zu erheben.

Aufgrund der fehlenden Klassifizierung von personbezogenen Faktoren innerhalb der ICF wird für den Bereich der beruflichen Rehabilitation folgendes adaptiertes Schema genutzt (in Anlehnung an [60; 12]):

Legt man die Beschreibung der WHO zugrunde, könnte man sich unter personbezogenen Faktoren Eigenschaften einer Person vorstellen, die einen Bogen spannen von

- allgemeinen Merkmalen einer Person wie Alter und Geschlecht über
- physische Faktoren wie Körperbau und andere physische Faktoren, die insbesondere das körperliche Leistungsvermögen beeinflussen können (z. B. Muskelkraft, Herz-Kreislauffaktoren),
- mentale Faktoren im Sinne von Faktoren der Persönlichkeit und kognitiven sowie mnestischen Faktoren,
- Einstellungen und Verhaltensgewohnheiten dieser Person³⁰ bis hin zur
- Lebenslage und zu sozioökonomischen/kulturellen Faktoren.³¹

Andere Gesundheitsfaktoren, wie sie die WHO vorschlägt, könnten den personbezogenen Faktoren zugeordnet werden, wenn sie geeignet sind, die aktuelle Funktionsfähigkeit zu beeinflussen, aber nicht Teil des Gesundheitsproblems sind.³²

30. Im Rahmen bestehender Konzeptionen zu personbezogenen Faktoren (z. B. [65; 12]) werden neben den „Einstellungen und Verhaltensgewohnheiten“ hierunter auch die „Grundkompetenzen“ einer Person gezählt. Aufgrund ihrer fachlichen Bedeutung in der beruflichen Rehabilitation sowie einer nicht alleinigen Verankerung (smöglichkeit) von Kompetenzen im bio-psycho-sozialen Modell, bilden Kompetenzen im Rahmen dieses Konzepts einen eigenen Inhalt in der Bedarfsermittlung. Zu Zusammenhängen von Kompetenzen und dem bio-psycho-sozialen Modell siehe ebenfalls Abschnitt 4.4.

31. Lebenslage und sozioökonomische/kulturelle Faktoren sind klassische Merkmale sozialer Ungleichheit. Darunter versteht man die sozial ungleiche Verteilung materieller und immaterieller Lebenschancen. Diese liegen nicht in der Person, sondern sind gesellschaftlich bestimmt (Man ist nicht behindert, man wird behindert). Mit der Aufführung dieser Faktoren hier ist ausschließlich die von der Person vorgenommene Bewertung seiner Lebenslage gemeint. Dies tangiert u.a. die Wahrnehmung und Bewertung von Ungerechtigkeit und Stigmatisierung. Der Begriff der Lebenslagen stellt ein soziologisches Konstrukt dar und ist Gegenstand des Teilhabeberichts der Bundesregierung [24].

32. Hierzu könnte z. B. das Wissen über Erkrankungen, den Erkrankungsverlauf und vor allem den Umgang mit der Erkrankung zählen.

Personbezogene Faktoren sind immer bezogen auf eine bestimmte Frage/Zielstellung zu ermitteln.

WIE SIND PERSONBEZOGENE FAKTOREN ZU ERMITTELN?

Es sind nur die personbezogenen Faktoren zu ermitteln, die aufgrund einer konkreten Fragestellung (Zielstellung) zur (beruflichen) Teilhabe eines Menschen eine Barriere oder einen Förderfaktor darstellen können. Bei jedem erhobenen Merkmal (z. B. Optimismus) ist dabei auf Basis einer begründbaren Hypothese durch die Reha-Fachkraft zu entscheiden, ob dieses mit einem Gesundheitsproblem in Verbindung steht oder nicht. Aufbauend auf diese Entscheidung hat im zweiten Schritt eine sachlogische Zuordnung zu den Komponenten des bio-psycho-sozialen Modells zu erfolgen. Die Unterscheidung erfolgt anhand der Perspektive:

- Handelt es sich um das Ausmaß der Schädigung von Körperfunktionen und -strukturen bzw. um Beeinträchtigung von Aktivität und Teilhabe, dann wären die Aspekte dort einzuordnen.
- Handelt es sich um ein individuelles Merkmal, das nicht Teil des Gesundheitsproblems ist und einen positiven oder negativen Einfluss auf die krankheits- oder behinderungsbedingt eingeschränkten Aktivitäten und die Teilhabe hat, dann handelt es sich um einen personbezogenen Faktor.

Ansätze zur Erhebung von personbezogenen Faktoren sind:

- Einsatz eines Selbstauskunftsbogens³³
- persönliches Gespräch³³
- Einsatz von Instrumenten (z. B. durch Psychologen)

An die Beurteilung von personbezogenen Faktoren werden besondere Anforderungen gestellt.

Es können sich – insbesondere aus den Ergebnissen eingesetzter Instrumente im Bereich der Körperfunktionen – Hinweise für die Ausprägung von im Einzelfall relevanten personbezogenen Faktoren ergeben. Um diese Ergebnisse als personbezogene Faktoren im Rahmen der Bedarfsermittlung zu qualifizieren, darf

- die Eigenschaft nicht mit den Gesundheitsproblemen des Leistungsberechtigten zusammenhängen und
- es muss sich im Einzelfall um ein Merkmal handeln, das mit Blick auf die Fragestellung bzw. die Ziele des Leistungsberechtigten von Relevanz ist, weil es eine Wirkung als Förderfaktor oder Barriere auf die Aktivitäten und Teilhabe entfaltet.

WIE SIND PERSONBEZOGENE FAKTOREN ZU BEWERTEN?

Wichtig ist es, nur solche personbezogenen Faktoren zu dokumentieren, denen mit Blick auf die Ziele des Leistungsberechtigten ein Einfluss auf die Beeinträchtigungen der Aktivitäten/Teilhabe zuzuschreiben ist. Alle Ermittlungsschritte (Erhebung, Bewertung und Dokumentation) haben in enger Abstimmung mit dem Leistungsberechtigten und unter Einhaltung gültiger Datenschutzvorschriften zu erfolgen. Die ermittelten personbezogenen Faktoren sind, aufbauend auf die o.a. Gliederung im Fließtext, bezogen auf die individuelle Zielstellung zu beschreiben. Bei der Formulierung sind Zuschreibungen zu vermeiden, vielmehr ist ein am Verhalten orientierter, beschreibender Ansatz zu wählen.

Fallbeispiel 1:
Herr F., 39 Jahre,
Wiedereingliederung

Fragestellung/Ziel: Welche Förderfaktoren und Barrieren bestehen hinsichtlich einer Umschulung von Herrn F. zum Tourismuskaufmann?
Herr F. kommt aufgrund seiner freundlichen Natur bei Kunden und Geschäftspartnern sehr gut an. Er strahlt einen gesunden Optimismus aus und ist zu jeder Zeit sehr umgänglich (Förderfaktoren). Er bezeichnet sich selbst als sehr ungeduldig, was die Qualität seiner Arbeitsergebnisse mindert (Barriere).

33. Dies kann auch im Rahmen einer Begutachtung durch einen Sachverständigen genutzt werden.

Fragestellung/Ziel: Welche Förderfaktoren und Barrieren bestehen hinsichtlich der Fortsetzung der Ausbildung zur Fachpraktikerin für Holzverarbeitung?
 Aufgrund ihres Alters, ihres Optimismus, ihrer Anpassungsfähigkeit sowie ihrer Zuverlässigkeit geht Frau V. weiterhin von einer gelingenden Fortsetzung ihrer Ausbildung aus. Allerdings sei ihre Wohnsituation im elterlichen Heim für sie unbefriedigend. Ebenso fühle sie sich von ihrer Mutter sehr stark vereinnahmt.

Fallbeispiel 2:
 Frau V., 17 Jahre,
 Ersteingliederung

4.4 KOMPETENZEN

Kompetenzen bezeichnen die Fähigkeit und Bereitschaft einer Person, Kenntnisse und Fertigkeiten sowie persönliche, soziale und methodische Fähigkeiten in Arbeits- oder Lernsituationen und für die berufliche und persönliche Entwicklung zu nutzen [61]. Somit beschreiben Kompetenzen mehr als bloßes Wissen und Fertigkeiten. Bei der Anwendung von Kompetenzen geht es darum, situationsgerecht zu handeln und erworbenes Wissen praktisch einzusetzen [62; 63]. Kompetenzen sind somit mehr als bloße Körperfunktionen. Insbesondere im Bereich der beruflichen Rehabilitation nehmen die Kompetenzen einer Person daher einen hohen Stellenwert ein. Schließlich geht es um die Frage, wie Leistungsberechtigte erfolgreich in Arbeit und Beschäftigung integriert werden können. Bei der Besetzung offener Stellen durch Arbeitgeber erfolgt idealtypisch ein Abgleich zwischen dem Anforderungs- oder Tätigkeitsprofil eines Arbeitsplatzes mit dem individuellen Kompetenzprofil einer Person.

Kompetenzen beschreiben mehr als bloßes Wissen und Fertigkeiten.

Kompetenzen und das bio-psycho-soziale Modell

In Theorie und Praxis existieren sehr unterschiedliche Definitionen des Kompetenzbegriffs. Ebenso facettenreich wie der Begriff selbst variieren die Bezeichnungen und Inhalte einzelner Kompetenzfelder, die unter dem Begriff Handlungskompetenz subsumiert werden (z. B. [61; 64; 65]). Unzweifelhaft ist, dass einzelne Kompetenzen in ihrer Gesamtheit die Handlungskompetenz eines Menschen abbilden [12].

Kompetenzmodelle sind im Bereich der beruflichen Rehabilitation, der beruflichen Bildung, bei der Arbeitsvermittlung und in den Arbeitswissenschaften etabliert [12; 63]. Die meisten Kompetenzmodelle eint der Ansatz, dass sich die jeweiligen Kompetenzen einer Person aus dem Zusammenwirken von Kenntnissen (bzw. Wissen), Fähigkeiten und Fertigkeiten ergeben (ebd.). Einzelne Kompetenzen können durch Lernen und Trainieren erworben werden. Gleichwohl können Kompetenzen auch verlernt werden, wenn sie nicht mehr beansprucht oder gefördert werden.

Inhaltlich sind viele Kompetenzmodelle begrifflich durchaus anschlussfähig zum bio-psycho-sozialen Modell der WHO. Dies liegt insbesondere daran, dass sich Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten auch den Komponenten des Modells bzw. den Kapiteln der ICF zuordnen lassen würden. Bei einer solchen Zuordnung ist jedoch zu beachten, dass sich einschlägige Kompetenzmodelle und das bio-psycho-soziale Modell in ihrer Zielstellung grundsätzlich unterscheiden. Das bio-psycho-soziale Modell beschreibt die Auswirkungen von Gesundheitsproblemen auf Körperfunktionen und -strukturen sowie Aktivitäten und Teilhabe unter dem Einfluss von fördernden bzw. hemmenden Kontextfaktoren.

Währenddessen erfüllen Kompetenzmodelle nicht den Anspruch, die Funktionsfähigkeit eines Menschen abzubilden. Vielmehr zielen Kompetenzmodelle mitsamt ihrer Einteilung in verschiedene Kompetenzfelder darauf ab, relevante Kompetenzen eines Menschen in einem individuellen Handlungsfeld gebündelt darzustellen. Im Vergleich zum bio-psycho-sozialen Modell werden in den gängigen Kompetenzmodellen auch keine Körperstrukturen oder relevante Umweltfaktoren einbezogen. Darüber hinaus bilden die Kompetenzen einen Ansatzpunkt für die Entwicklung von Zielen. Mögliche Einordnungen von Kompetenzen in das bio-psycho-soziale Modell sind ferner Gegenstand aktueller fachwissenschaftlicher Debatten. Eine Einordnung von Kompetenzen in nur eine Komponente des bio-psycho-sozialen Modells ist aktuell noch nicht eindeutig möglich und würde – nach bisherigem Kenntnisstand – zu kurz greifen.

Im Rahmen dieses Konzepts wird daher der Inhalt „Kompetenzen“ (noch) als eigener Inhalt in der Bedarfsermittlung beschrieben. Langfristig ist eine andere Einordnung innerhalb der Komponenten des bio-psycho-sozialen Modells jedoch denkbar und möglich.

4.4.1 WAS IST ZU ERHEBEN?

4.4.1.1 DIE BERUFLICHE HANDLUNGSKOMPETENZ

Ein wichtiger Faktor für die erfolgreiche Integration in den Arbeitsmarkt ist die berufliche Handlungskompetenz einer Person in ihrem individuellen beruflichen Kontext. Anforderungen, die mit der angestrebten beruflichen Tätigkeit verbunden sind, treffen auf die Kompetenzen einer Person. Diese Kompetenzen befähigen den Menschen wiederum, angemessen, verantwortlich und sicher im Hinblick auf den Anwendungskontext zu agieren [63]. Die Zusammensetzung von Kompetenzen bestimmt das Ausmaß der individuellen Handlungskompetenz einer Person.

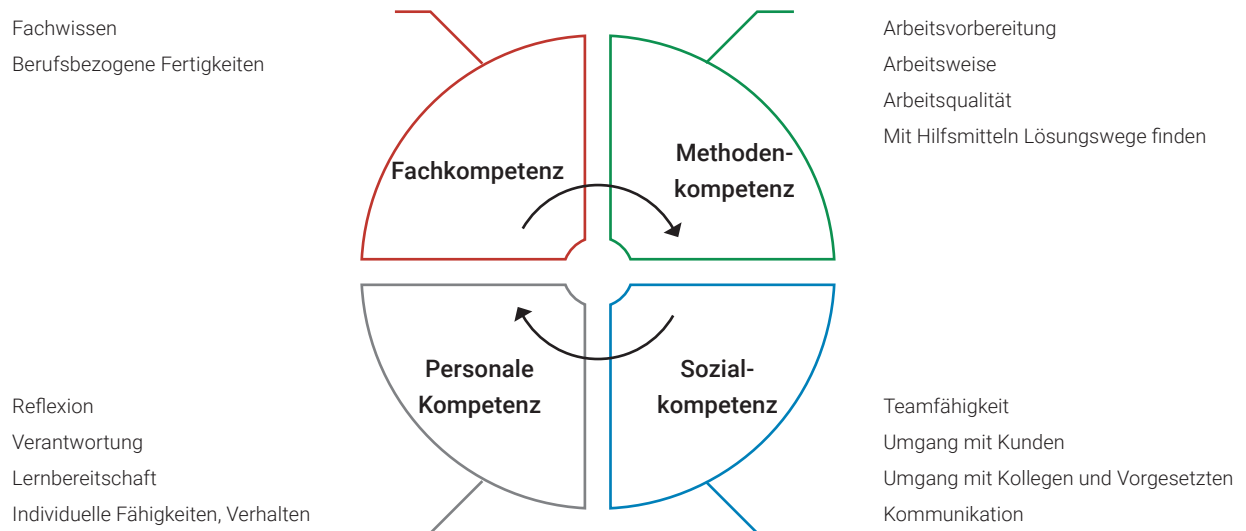


Abbildung 6: Kompetenzfelder innerhalb der beruflichen Handlungskompetenz (in Anlehnung an [61])

Die berufliche Handlungskompetenz besteht aus vier Kompetenzfeldern.

In der Praxis werden Kompetenzen zur besseren Handhabung in unterschiedliche Kompetenzfelder eingeteilt. Dafür existieren verschiedene Ansätze [z. B. 61]. Eine gängige Einteilung im Hinblick auf die berufliche Handlungskompetenz ist die Einordnung der Kompetenzen in vier Kompetenzfelder: Fachkompetenz, Methodenkompetenz, personale Kompetenz und Sozialkompetenz (siehe Abbildung 6) [61; 64; 66]. Eine klare Zuordnung einzelner Aspekte in die Kompetenzfelder kann im Einzelfall schwierig sein, da Kompetenzen miteinander interagieren.

Die Fachkompetenz meint die Befähigung und Bereitschaft, Aufgaben und Probleme mit Hilfe fachlicher Kenntnisse und Fertigkeiten zielorientiert, sachgerecht und selbstständig zu bewältigen sowie das Ergebnis zu beurteilen [66].

Fachkompetenzen umfassen neben theoretischen Kenntnissen auch praktisch anwendbares Handlungswissen sowie intellektuelle und handwerkliche Fähigkeiten [67]. Auch physische Fertigkeiten und die Geschicklichkeit sind als Fachkompetenz zu qualifizieren [61]. Dazu zählen beispielsweise Allgemeinwissen, Fremdsprachen- oder IT-Kenntnisse [62; 68], aber auch Kenntnisse über Problemlöse-, Organisations- oder Entscheidungsfindungsstrategien [69].

Die Methodenkompetenz bezeichnet die Befähigung und Bereitschaft zu zielgerichtetem, strukturiertem und effektivem Vorgehen bei der Bearbeitung von Aufgaben und Problemen. Insbesondere meint die Kompetenz den Aspekt, planmäßig vorzugehen sowie Ursachen, Einflüsse und Wirkungen situativ einordnen und bewerten zu können.

Dazu gehört, verschiedene Methoden zu kennen und zu beherrschen und diese zur Erledigung bestimmter Aufgaben in unterschiedlichen Situationen erfolgreich anzuwenden [67]. Im Einzelnen zählen zur Methodenkompetenz verschiedene fachliche und überfachliche Arbeitsverfahren, Lösungs- oder Lernstrategien sowie ihre selbstständige Anwendung, Reflexion und Weiterentwicklung [66]. Beispiele für Methodenkompetenz sind Präsentations- und Moderationstechniken, Gesprächsführung und Konfliktlösungsstrategien [62].

Die Sozialkompetenz bildet die Befähigung und Bereitschaft, soziale Beziehungen aufzubauen und zu gestalten sowie sich mit anderen rational und verantwortungsbewusst auseinanderzusetzen und zu verständigen.

Dazu gehören Empathie, Teamfähigkeit, Konfliktfähigkeit, Bereitschaft zu Toleranz und Solidarität, Gemeinschaftssinn, Hilfsbereitschaft oder Kontakt- und Kommunikationsfähigkeit. Sozialkompetenzen umfassen die Fähigkeiten, mit anderen Personen umzugehen [67]. Soziale Kompetenzen befähigen Menschen, situativ mit anderen Menschen zu kommunizieren und zu interagieren.

Die Personalkompetenz umfasst die Befähigung und Bereitschaft, eigene Begabungen und Fähigkeiten zu erkennen und zu entfalten, eine Identität und durchdachte Wertvorstellungen zu entwickeln sowie Lebenspläne zu fassen und zu verfolgen.

Dazu gehören Selbstständigkeit, Kritikfähigkeit, Konzentrationsfähigkeit, Selbstvertrauen, Zuverlässigkeit, Leistungsbereitschaft oder Verantwortungsbewusstsein [62; 66]. Im Gegensatz zur Sozialkompetenz, die auf den Umgang mit anderen Personen abzielt, bezieht sich die personale Kompetenz auf den Umgang mit der eigenen Person [67].

4.4.1.2 KOMPETENZEN BEI DER BEDARFSERMITTLUNG

Bei der Ermittlung der beruflichen Handlungskompetenz ist zu klären, welche Kompetenzen für die Auswahl und die Durchführung geeigneter Leistungen hilfreich sind, um langfristig die Integration des Leistungsberechtigten in Arbeit sicherzustellen. Ansatzpunkte für die Ermittlung der Kompetenzen ergeben sich dabei aus den Zielen und Vorstellungen des Leistungsberechtigten und aus Anforderungsprofilen bestimmter Tätigkeiten.

In Anlehnung an das beschriebene Kompetenzmodell sind im Zuge der Bedarfsermittlung durch Reha-Träger und Leistungserbringer die vier Kompetenzfelder mit Hilfe verschiedener Instrumente zu beleuchten und relevante Aspekte zu ermitteln. Im Einzelnen setzt die Ermittlung an zwei Stellen an:

- Einerseits geht es um das Erkennen vorhandener Kompetenzen des Leistungsberechtigten, um mit Blick auf die Ziele passende Leistungen zu identifizieren.
- Andererseits geht es um die Identifikation von Lücken im Kompetenzprofil, die durch Erlernen oder spezifische Trainings mit Hilfe professioneller Unterstützung angegangen werden, damit individuelle Ziele erreicht werden können.

Kompetenzen sind mit Blick auf die Teilhabeziele des Leistungsberechtigten zu erheben.

4.4.2 WIE KÖNNEN DIE KOMPETENZEN ERMITTELT WERDEN?

So unterschiedlich sich die einzelnen Kompetenzfelder innerhalb der Handlungskompetenz darstellen, so vielseitig sind auch die Möglichkeiten, die Kompetenzen eines Leistungsberechtigten zu ermitteln. In der Praxis bewährt hat sich die Ermittlung von Kompetenzen durch einen multi-/interdisziplinären Ansatz, der durch verschiedene Professionen (Beratungs-Fachkräfte, Psychologen, Ärzte, Pädagogen etc.) erfolgt. Die Kompetenzen eines Leistungsberechtigten werden dabei in Abhängigkeit vom Einzelfall multi- oder interdisziplinär, im Dialog mit dem Leistungsberechtigten eingeschätzt. Daraus kann ein Kompetenzprofil mit individuellen Handlungszielen abgeleitet werden.

Für die Ermittlung von Kompetenzen hat sich ein multi-/interdisziplinärer Ansatz bewährt.

Durch eine Auswertung des aktuellen Lebenslaufs lässt sich ein erster Eindruck über die fachlichen Kompetenzen des Leistungsberechtigten gewinnen. Auch Schul- oder Arbeitszeugnisse liefern wertvolle Informationen über fachliche Kompetenzen. Daneben enthalten sie zumeist Aussagen zur Methoden- und Sozialkompetenz des Leistungsberechtigten.

Praxishinweis

34. Siehe hierzu auch die Ausführungen zu den personbezogenen Faktoren unter Punkt 4.3.3.2

Der Leistungsberechtigte sollte bei der Bedarfsermittlung eine Einschätzung zu seinen Kompetenzen vornehmen.

Fachliche Kompetenzen lassen sich beispielsweise aus der Biografie des Leistungsberechtigten ableiten (Abschnitt 4.2).³⁴ Insbesondere Schul-, Berufs- und Hochschulabschlüsse sowie zurückliegende Umschulungen, Qualifizierungen und Weiterbildungen geben Aufschluss darüber, mit welchen Tätigkeiten sich der Leistungsberechtigte in der Vergangenheit auseinandergesetzt hat. Der Leistungsberechtigte selbst sollte im persönlichen Gespräch zudem eine eigene Einschätzung zu seinem Kompetenzprofil abgeben. Ein solches Gespräch zwischen der Reha-Fachkraft und dem Leistungsberechtigten ist ebenso geeignet, Selbsteinschätzungen und Ergebnisse von Ermittlungen gemeinsam zu reflektieren.

Kompetenzen bedürfen oftmals einer eingehenden Ermittlung. Einerseits, um zu prüfen, inwieweit sich die Selbsteinschätzung objektiviert abbildet. Andererseits, um das Ausmaß vorhandener Kompetenzen realistisch bezüglich der Anforderungen eines bestimmten Arbeitsplatzes, Berufsfeldes oder allgemein, für die Integration in Arbeit einschätzen zu können. Zur Erhebung von Kompetenzen, vor allem von Methoden-, Sozial- und Personalkompetenz, bieten sich unterschiedliche Möglichkeiten an, wobei Erkenntnisse zu den verschiedenen Kompetenzfeldern oftmals im Zusammenhang erhoben werden.³⁵ Ansätze zur Ermittlung von Kompetenzen sind beispielsweise

- theoretische und praktische Tests,
- Beobachtungen in praktischen Arbeitssituationen,
- Gespräche mit dem Arbeitgeber.

Im Feld fachlicher Kompetenzen werden häufig schriftliche und praktische Tests zu ihrer Erfassung eingesetzt. Durch den Einsatz solcher Instrumente können beispielsweise handwerkliche oder technische Fertigkeiten des Leistungsberechtigten festgestellt werden.

Die Erfassung von Kompetenzen kann in unterschiedlichen Kontexten erfolgen. Solche sind oftmals wesentlicher Gegenstand folgender Instrumente bzw. Leistungen (siehe hierzu auch Kapitel 6):

Es bestehen vielfältige Ansätze und Instrumente um Kompetenzen zu ermitteln.

- Leistungen zur Vorbereitung bzw. Orientierung³⁶,
- Arbeitserprobungen,
- Eignungsabklärungen,
- Praktika,
- Assessments oder
- Coachings.

Fallbeispiel 1:

Herr F., 39 Jahre,
Wiedereingliederung

Interdisziplinäre Besprechung von Befunden und Beobachtungen: Während der Eignungsabklärung verbringt Herr F. einige Arbeitstage im technischen Bereich des Leistungserbringers. Hier zeigen sich wiederholt Schwierigkeiten, sich seinen Arbeitsplatz sachgerecht einzurichten. In der Vorbereitung auf seine Tätigkeiten legt sich Herr F. oftmals zu viel Material und Werkzeug bereit, sodass nicht genügend Arbeitsfläche zur Bearbeitung der Metallstücke bleibt. Der Platzmangel und die Unübersichtlichkeit seines Arbeitsplatzes frustrieren ihn, sodass er seinen Arbeitsplatz wiederholt verlässt, um z. B. mit Kollegen ins Gespräch zu kommen. Aus dieser Beobachtung könnten die begleitenden Reha-Fachkräfte des Leistungserbringers im Rahmen der Methodenkompetenz auf eine mangelnde Fähigkeit zum Ordnung halten schließen. Die Fachkräfte aus dem angeschlossenen Internat des Leistungserbringers, in dem er während der Orientierungsmaßnahme wohnt, berichten jedoch, dass die Ordnung in seinem Zimmer nicht zu beanstanden sei. Für das Verhalten am Arbeitsplatz könnten andere Gründe wie z. B. Überforderung durch die Arbeitssituation, wenig Anleitung oder auch mangelndes Interesse ausschlaggebend sein. Dies muss im Rahmen eines Gesprächs näher ergründet werden.

Fallbeispiel 2:

Frau V., 17 Jahre,
Ersteingliederung

Interdisziplinäre Besprechung von Befunden und Beobachtungen: Die Ergebnisse der ärztlichen und psychologischen Abklärung werden im Rahmen der Bedarfsermittlung gemeinsam zwischen Reha-Beratungsfachkraft des Reha-Trägers, der Leistungsberechtigten sowie dem Psychologen und dem Arzt der internen Dienste der Agentur für Arbeit besprochen. Dabei wird diskutiert, in welchen Bereichen bereits ausreichende Fähigkeiten und Kompetenzen vorliegen und wo noch Unterstützungen angezeigt sind. Im Ergebnis wird interdisziplinär festgestellt, dass die Voraussetzungen für eine erfolgreiche Ausbildung derzeit noch nicht vorliegen. Frau V. ist in den Prozess aktiv eingebunden. Gemeinsam wird vereinbart, dass durch eine vorgeschaltete Berufsvorbereitende Bildungsmaßnahme (BvB), zunächst die Ausbildungsreife erlangt werden soll.

4.5 ZIELE

Es ist Aufgabe der Bedarfsermittlung, die Voraussetzungen für eine dauerhafte Integration des Leistungsberechtigten in Arbeit zu schaffen (§ 49 Abs. 1 SGB IX). Ziele sind dabei von zentraler Bedeutung. Mit Zielen sind vor allem Teilhabeziele gemeint, die sich auf die Teilhabe am Arbeitsleben beziehen. Sie bestimmen ganz wesentlich die Art und den Umfang der zu ermittelnden Informationen der Inhalte der Bedarfsermittlung. Ziele können daher sowohl Ausgangspunkt als auch Ergebnis einzelner Schritte der Bedarfsermittlung sein: Ausgehend von Zielen können Ermittlungen eingeleitet werden (z. B. Ist ein Berufswunsch realisierbar?). Zugleich lassen sich Ziele anhand der gewonnenen Erkenntnisse konkretisieren (z. B. Es besteht die Eignung für ein bestimmtes Berufsfeld). Innerhalb der Bedarfsermittlung beeinflussen sich demnach Ziele und (sukzessiv hinzugewonnene) Erkenntnisse wechselseitig. Ein Teilhabebedarf lässt sich nicht ohne konkrete Ziele festlegen.

Ein Teilhabebedarf lässt sich nicht ohne konkretisierte Ziele festlegen.

4.5.1 WAS IST ZU ERHEBEN? – DIE ENTWICKLUNG VON ZIELEN

Im Einzelnen lassen sich Ziele auf drei Ebenen unterscheiden:

- Teilhabeziele
- Leistungsziele
- Handlungsziele

4.5.1.1 TEILHABEZIELE

Teilhabeziele sind diejenigen Ziele, die mit Leistungen zur Teilhabe insgesamt erreicht werden sollen (vgl. Kapitel 1 und Abschnitt 2.4). Sie beschreiben einen Soll-Zustand am Ende des Reha-Prozesses. Damit bilden sie die Basis für eine tragfähige berufliche Perspektive. Sie sind ausgehend von den individuellen Zielen, Vorstellungen und Wünschen eines Leistungsberechtigten und unter Bezugnahme auf die Ziele der Leistungen zur Teilhabe (§ 4 Abs. 1 SGB IX) sowie auf die in der ICF genannten Lebensbereiche zu bilden (§ 42 GE Reha-Prozess). Teilhabeziele sind dabei so festzulegen, dass diese erreichbar und in ihrer Erreichung überprüfbar sind (§§ 13 Abs. 2 Nr. 3, 19 Abs. 2 Nr. 6 SGB IX). Das Gesamtziel des Reha-Prozesses ist die Verwirklichung der gemeinsam entwickelten Teilhabeziele [22].

Teilhabeziele bilden den Ausgangspunkt für eine tragfähige berufliche Perspektive.

Die Teilhabeziele bilden den Ausgangspunkt für die Entwicklung weiterer Ziele. Sie sind der Maßstab für die an ihnen auszurichtenden Leistungs- und Handlungsziele. Alle Ziele werden innerhalb der Bedarfsermittlung entwickelt, konkretisiert und überprüft. Bei der Entwicklung von Teilhabezielen spielen subjektive Aspekte (z. B. Neigung, Vorstellungen und Wünsche) genauso eine Rolle wie objektive Aspekte (z. B. Eignung, Funktionsfähigkeit, Rahmenbedingungen).

Teilhabeziele bilden die Basis für die Entwicklung von Leistungs- und Handlungszielen.

Allgemeine Beispiele für Teilhabeziele:

- dauerhafte Teilhabe am Arbeitsleben
- dauerhafte Integration in den allgemeinen Arbeitsmarkt

Konkrete Beispiele für Teilhabeziele:

- berufliche (Re-)Integration als Tourismuskaufmann
- dauerhafte berufliche Integration als Fachpraktikerin für Holzverarbeitung
- erfolgreiche Arbeitsaufnahme in einem geschützten Rahmen

35. Beispielsweise sind im Rahmen einer Fachaufgabe oder eines Fachproblems (Fachkompetenz), die Herangehensweise an die Aufgabenstellung (Methodenkompetenz) und die Interaktion mit Teammitgliedern (Sozialkompetenz) zwei mögliche Erkenntnisdimensionen, die beim Lösen der Aufgabe gleichzeitig beobachtet und/oder im Rahmen eines nachfolgenden Gesprächs reflektiert werden können.

36. Dazu zählen z. B. Berufsvorbereitende Bildungsmaßnahmen (BVB) oder Reha-Vorbereitungslehrgänge (RVL).

4.5.1.2 LEISTUNGSZIELE

Leistungsziele tragen wesentlich zur Erreichung der Teilhabeziele bei.

Leistungsziele bestimmen sich ausgehend von gemeinsam entwickelten Teilhabezielen und an den zur Erreichung des Teilhabeziels festgelegten Leistungen. Sie konkretisieren die Teilhabeziele anhand der Ziele der einzelnen Leistung(en) und hängen somit mit diesen eng zusammen (z. B. die dauerhafte Integration als Bankkauffrau setzt eine Umschulung (Leistung) und den erfolgreichen Abschluss dieser Umschulung (Leistungsziel) voraus). Die Leistungsziele tragen wesentlich zur Erreichung eines Teilhabeziels bei, wobei die Unterschiedlichkeit von Teilhabe- und Leistungszielen in der Praxis nicht übersehen werden darf. Aus einem Teilhabeziel können sich mehrere Leistungsziele ergeben, woraus im Rahmen der Leistungsauswahl Leistungsketten entstehen können (Abbildung 7).

Beispiele für Leistungsziele:

- Der Auszubildende M. hat eine berufsvorbereitende Bildungsmaßnahme (BvB) (Leistungsziel: Herstellung der Ausbildungsreife) erfolgreich absolviert. Sie bildet die Basis für eine folgende Ausbildung als Garten- und Landschaftsbauer (Leistungsziel: Erfolgreicher Abschluss der Ausbildung), die den Grundstein für die Ersteingliederung ins Erwerbsleben (Teilhabeziel) legen soll.
- Erfolgreicher Abschluss der Ausbildung zur Bankkauffrau
- Erfolgreicher Abschluss der Umschulung zum Feinmechaniker
- Erfolgreicher Abschluss der (Berufs-)Bildungsphase
- Erfolgreiches Erlangen der Ausbildungsreife

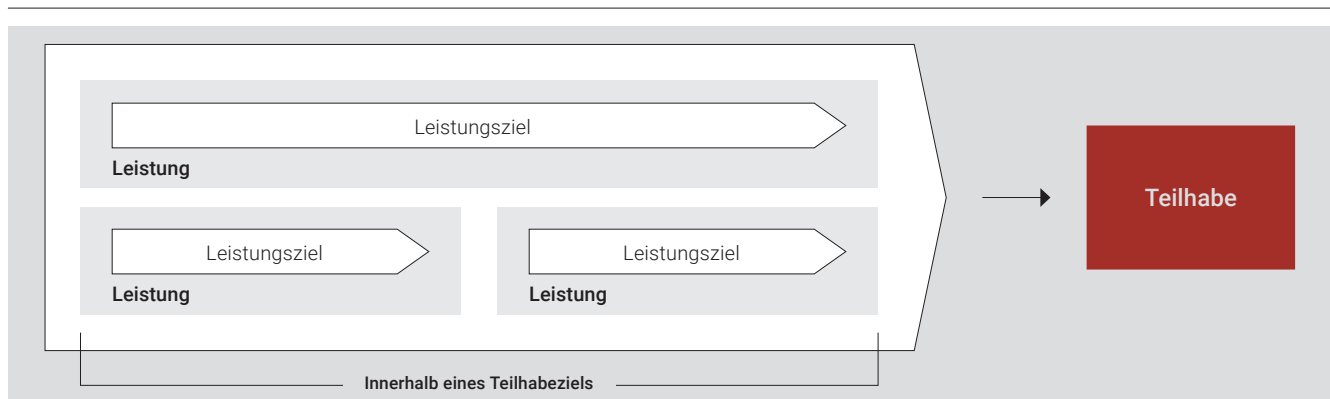


Abbildung 7: Mögliche Konstellation von Leistungszielen im Rahmen eines Teilhabeziels

4.5.1.3 HANDLUNGSZIELE

Handlungsziele sind unmittelbar auf das Erreichen der Teilhabe- bzw. Leistungsziele gerichtet und konkretisieren diese.

Handlungsziele sind unmittelbar auf das Erreichen der Teilhabe- bzw. Leistungsziele gerichtet und konkretisieren insbesondere Leistungsziele weiter. Sie beschreiben einen „eindeutigen und spezifischen Endzustand, zu dessen Erreichung bestimmte Interventionen und [...] Handlungen] eingesetzt werden können und sollen“ [70] (z. B. Erreichung der Fachkompetenz durch Wissensaneignung (Lernen)). Ansatzpunkt für die Entwicklung eines Handlungszieles bildet häufig ein konkretes Leistungsziel (z. B. erfolgreicher Abschluss der Ausbildung zur Bankkauffrau, erfolgreicher Abschluss der (Berufs-)Bildungsphase). Handlungsziele ergeben sich insbesondere aus individuellen Fähigkeiten und Kompetenzen im Verhältnis zu den Anforderungen einer angestrebten Tätigkeit bzw. auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt. Impulse für die Entwicklung von Handlungszielen entstehen z. B. aus wiederkehrenden Problemen, die im Rahmen der Durchführung der Leistungsziele hervortreten (z. B. häufige Unpünktlichkeit, Probleme beim Lesen und Verstehen, unzureichende Anwesenheit, psychische Instabilität, fehlende Fachkompetenz). In der Praxis

werden diese Probleme oft vom Leistungserbringer oder vom Leistungsberechtigten identifiziert und in die Bedarfsermittlung eingebracht. Die Ursachen solcher Probleme sind näher zu erforschen, um ein passgenaues Handlungsziel zu bilden (Mögliches Problem: Es bestehen noch Wissenslücken. Der Lernstoff „sitzt“ noch nicht. Mögliche Ursache: Überforderung. Handlungsziel: Die fachliche Kompetenz wurde mittels Stützunterricht gestärkt, sodass die Zwischenprüfung zum Fachpraktikerin für Holzverarbeitung absolviert werden kann).

Im Ergebnis beschreiben Handlungsziele einen angestrebten Zustand, der sich auf die Entwicklung (Förderung) oder Stabilisierung (Erhaltung) eines bestimmten Aspektes bezieht (z. B. Fachkompetenz, Körperfunktion). Handlungsziele bilden die operative Grundlage für passende Interventionen während der Leistungserbringung. In ihrer Formulierung sind Handlungsziele eindeutig und überprüfbar.

Der Reha-Träger ist im Rahmen des geschlossenen Vertrages bzw. des Auftrages über die Leistungserbringung zu beteiligen und, sofern erforderlich bzw. vereinbart, einzubeziehen. Auch er vereinbart oftmals unmittelbar Handlungsziele mit dem Leistungsberechtigten. Leistungserbringer ermitteln Handlungsziele zur Planung und Vorbereitung passender Interventionen. Für Reha-Träger dienen Handlungsziele daneben auch zur Überprüfung der Wirksamkeit der Leistungserbringung.

Handlungsziele beschreiben einen angestrebten Zustand, der sich auf die Entwicklung oder Stabilisierung eines bestimmten Aspektes bezieht.

Beispiele für Handlungsziele:

- Der Auszubildende A. hat die nötigen Fachkompetenzen im IT-Bereich erworben. Er wird zur Zwischenprüfung zugelassen.
- Der Leistungsberechtigte K. hat gelernt, im betrieblichen Alltag angemessen mit Kritik umzugehen.
- Die Umschülerin U. hat an ihrer Zuverlässigkeit und Pünktlichkeit gearbeitet. Ihre Arbeitsergebnisse werden nun fristgemäß vorgelegt.
- Der Umschüler L. hat Lerntechniken im Rahmen des Reha-Vorbereitungslehrgangs erlernt. Die Umschulung zum Bürokaufmann kann beginnen.

4.5.1.4 TEILHABE-, LEISTUNGS- UND HANDLUNGSZIELE IM SPIEGEL DER AUFGABEN VON REHA-TRÄGERN UND LEISTUNGSERBRINGERN

Wird das Verhältnis der Zielebenen zueinander betrachtet, ergibt sich – etwas vereinfacht – Folgendes (Abbildung 8):

- 1) Teilhabeziele ergeben sich aus der Zielstellung der Teilhabe am Arbeitsleben.
- 2) Leistungsziele konkretisieren die Teilhabeziele auf Ebene der Leistungen zur Teilhabe. Oft entstehen, bezogen auf die berufliche Rehabilitation, Leistungsketten, weshalb zum Erreichen eines Teilhabeziels mehrere aufeinanderfolgende oder parallele Leistungsziele entstehen bzw. erforderlich sind.³⁷
- 3) Handlungsziele konkretisieren Leistungsziele. Ein Leistungsziel führt in seiner Umsetzung in der Regel zu mehreren Handlungszielen. Noch typischer allerdings sind hier mehrere aufeinanderfolgende Handlungsziele, da Handlungsziele kleinschrittiger zu gestalten sind.

Die unterschiedlichen Zielebenen sind im Laufe des Reha-Prozesses an verschiedenen Stellen bedeutsam.

Auf allen drei Ebenen sind die Ziele ausgerichtet auf die Teilhabe des Leistungsberechtigten am Arbeitsleben.

37. Werden parallel zur beruflichen Rehabilitation weitere Leistungen erbracht, z. B. Leistungen zur sozialen Teilhabe, können auch mehrere Leistungsziele gleichzeitig bestehen.

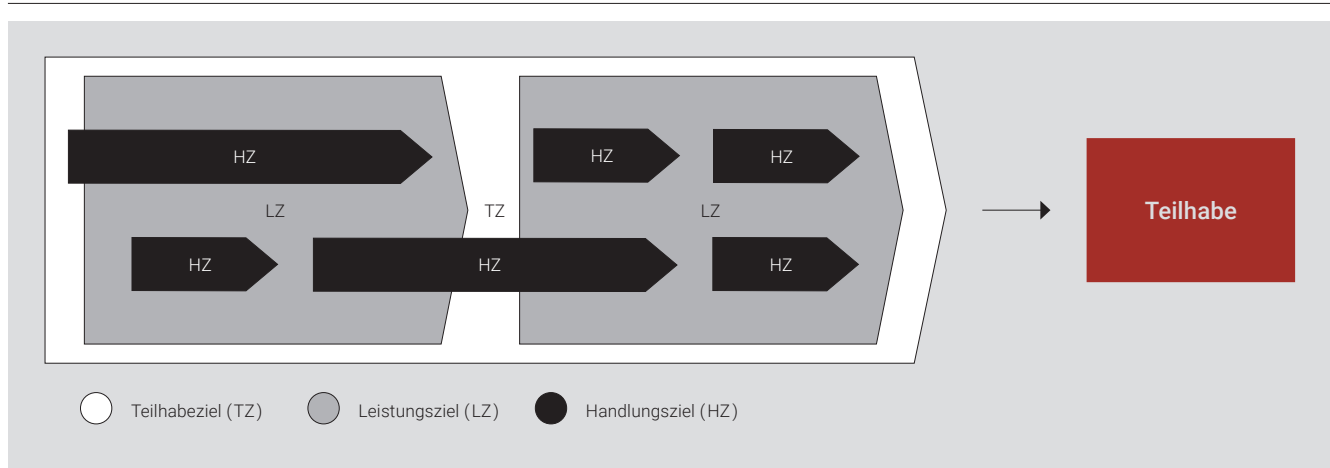


Abbildung 8: Mögliche Konstellation von Handlungs- und Leistungszielen im Rahmen eines Teilhabeziels

Die jeweilige Relevanz der Zielebenen ist für Reha-Träger und Leistungserbringer unterschiedlich.

Innerhalb der Bedarfsermittlung sind durch den Reha-Träger und den Leistungsberechtigten gemeinsam Teilhabeziele zu entwickeln. Teilhabeziele bilden das Fundament der gesamten Rehabilitation und der zugeschnittenen Leistungsziele. Mit Bewilligung einer beruflichen Rehabilitationsleistung stehen Teilhabe- und Leistungsziele fest. In Einzelfällen werden bereits auch Handlungsziele zwischen Reha-Träger und Leistungsberechtigten vereinbart.

Während der Leistungserbringung orientiert sich das Handeln der Leistungserbringer an Leistungszielen.

Während der Leistungserbringung orientiert sich das Handeln der Leistungserbringer an den bestehenden Leistungszielen. Durch das Erreichen des Leistungsziels sollen die Voraussetzungen für das Erreichen der Teilhabeziele geschaffen werden. Zu Beginn der Leistung und in bestimmten Abschnitten der Leistung werden mit dem Leistungsberechtigten auf die Leistungsziele zugeschnittene Handlungsziele entwickelt, kontinuierlich überprüft (z. B. quartalsweise, nach Ende eines Ausbildungsjahres etc.) und ggf. durch den Leistungserbringer und/oder Reha-Träger ergänzt. Leistungs- und Handlungsziele bewegen sich dabei innerhalb der Teilhabeziele.

Fallbeispiel 1:

Herr F., 39 Jahre,
Wiedereingliederung

Im Rahmen der Bedarfsermittlung beim Reha-Träger, wird das Teilhabeziel „dauerhafte Integration in Arbeit als Tourismuskaufmann“ entwickelt und vereinbart. Daraufhin bewilligt der Reha-Träger die Leistung „Umschulung zum Tourismuskaufmann“. Aus dem Teilhabeziel ergibt sich somit das Leistungsziel „Erfolgreicher Abschluss der Umschulung zum Tourismuskaufmann“. Aufbauend auf das Leistungsziel, entwickelt der mit der Umschulung beauftragte Leistungserbringer zu Beginn der Qualifizierungsleistung gemeinsam mit dem Leistungsberechtigten Handlungsziele (z. B. sicherer Umgang mit Kunden, gutes Kopfrechnen, freundliches Auftreten). Diese werden, in Abhängigkeit vom Verlauf der Leistung, entwickelt, ergänzt oder fortgeschrieben, bis am Ende der Qualifizierung das Leistungsziel erreicht worden ist. Während des individuellen Rehabilitationsprozesses ist es das Ziel aller Akteure, die Voraussetzungen zum Erreichen der individuellen Teilhabeziele zu schaffen.

4.5.2 WIE WERDEN TEILHABE- UND HANDLUNGSZIELE ENTWICKELT UND VEREINBART?³⁸

Zur Entwicklung konkreter Ziele ist ein gemeinsamer Prozess mit dem Leistungsberechtigten nötig.

Bei der Entwicklung und Formulierung von Zielen steht nicht die Frage des Outputs („Was soll getan werden?“), sondern vielmehr das Ergebnis, der individuelle Outcome („Was soll erreicht werden?“) im Fokus. Zugleich ist eine motivationsfördernde Identifikation des Leistungsberechtigten mit seinen Zielen maßgeblich, weshalb formulierte Ziele individuell bedeutsam, transparent sowie ausreichend konkret definiert sein müssen. Zur Entwicklung konkreter Ziele ist ein gemeinsamer Prozess nötig [71], der eine angemessene Beratung und eine systematische Herangehensweise [72] voraussetzt. Dies gilt sowohl für Teilhabeziele als auch für Handlungsziele.

38. Da sich Leistungsziele unmittelbar aus einem Teilhabeziel ergeben, werden sie in diesem Zusammenhang nicht näher beleuchtet. Auf die Erläuterung zum Leistungsziel wird hingewiesen.

Der – meist längere – Prozess der Zielfindung kann im Einzelfall stark variieren und folgt keinem linearen Vorgehen. Eine partizipative Zielvereinbarung soll die Selbstwirksamkeit des Leistungsberechtigten stärken und die Verwirklichung von individueller Teilhabe insgesamt fördern [73; 74]. Alle Ziele sind grundsätzlich gemeinsam mit dem Leistungsberechtigten, unter Berücksichtigung seiner objektiven Möglichkeiten, zu entwickeln und festzulegen. Der Zielentwicklungsprozess ist somit diskursiv zwischen dem Leistungsberechtigten und dem Reha-Träger bzw. Leistungserbringer auszugestalten. Die konkreten Einstiege in den Prozess der Zielentwicklung können unterschiedlich sein: Bei einigen Leistungsberechtigten stehen erste Berufswünsche bereits zu Beginn einer Bedarfsermittlung fest. In dieser Situation geht es bei der Entwicklung von Teilhabezielen zumeist um Fragen der Konkretisierung oder Realisierung eines Berufswunsches. Mit anderen Leistungsberechtigten müssen dagegen erst Berufswünsche entwickelt und diese in Teilhabeziele transformiert werden. In diesem Fall nimmt der Prozess der gemeinsamen Zielentwicklung oft mehr Zeit in Anspruch.³⁹

Aus inhaltlicher Perspektive sind bei der Bedarfsermittlung Teilhabeziele aus subjektiven und objektiven Aspekten heraus, durch den Reha-Träger und den Leistungsberechtigten gemeinsam, zu entwickeln. Die Basis einer Entwicklung von Teilhabe- und Handlungszielen bildet zunächst eine subjektive Standortbestimmung (aus der Perspektive des Leistungsberechtigten). Dafür ist es Aufgabe der Reha-Fachkräfte, subjektive Vorstellungen, Wünsche und Neigungen aufzunehmen und zugleich mit objektiveren Befunden, wie der Eignung, den Kompetenzen und der Funktionsfähigkeit des Leistungsberechtigten, ins Verhältnis zu setzen. Faktoren wie die (regionale) Lage und Entwicklung auf dem Arbeitsmarkt sind dabei besonders zu berücksichtigen.

Die gewonnenen Erkenntnisse zu subjektiven (Abschnitt 4.5.2.1) und objektiven Aspekten (Abschnitt 4.5.2.2) sind im Rahmen des Zielfindungsprozesses zusammenzuführen und zu tragfähigen Teilhabezielen zu verdichten (Abbildung 9). Teilhabeziele bestimmen sich somit insbesondere aus der Schnittmenge aus Subjektivem und Objektivem. Die Größe der anfänglichen Diskrepanz zwischen beiden Bereichen bestimmt die Dauer eines Zielfindungsprozesses wesentlich mit.

Der Ausgangspunkt für die Entwicklung von Teilhabe- und Handlungszielen bildet eine subjektive Standortbestimmung.

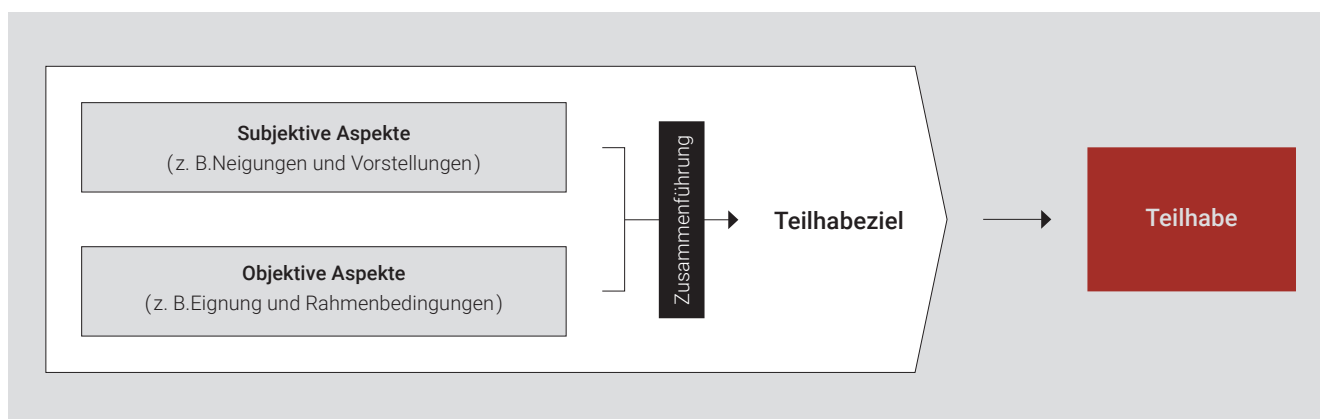


Abbildung 9: Schema zur Entwicklung eines Teilhabeziels

4.5.2.1 SUBJEKTIVE ASPEKTE

Das Recht auf freie Berufswahl ist in Art. 12 Abs. 1 des Grundgesetzes verankert. Seine Berücksichtigung trägt in der Rehabilitation zur Wahrung der Selbstbestimmung des Leistungsberechtigten sowie zu einer individuellen und partizipativen Bedarfsermittlung bei. Für den Bereich der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben hat der Gesetzgeber dafür den Begriff der Neigungen in § 49 SGB IX verankert [23]. Neigungen werden durch innewohnende Überzeugungen, Wertvorstellungen, Erfahrungen, Interessen und Kompetenzen sowie den jeweiligen Lebenshintergrund der Person bestimmt [75]. Die Ziele eines Leistungsberechtigten beschreiben die individuellen

Dem Leistungsberechtigten ist Gelegenheit zu geben, Vorstellungen, Wünsche und Ziele einzubringen.

39. Bei Reha-Trägern sind die gesetzlichen Regelungen zu den Fristen einzuhalten.

Wünsche und Vorstellungen sind beim Leistungsberechtigten zu erfragen und gemeinsam mit ihm zu erörtern.

und langfristigen Vorstellungen sowie Wünsche hinsichtlich ihrer persönlichen Teilhabe in den verschiedenen Lebensbereichen. Solche sind mit Blick auf berufliche Aspekte zu erfragen und mit dem Leistungsberechtigten gemeinsam zu erörtern. Dies betrifft auf der Ebene der Teilhabeziele übergreifende Aspekte (Berufswünsche). Auf der Ebene der Handlungsziele geht es um einen Beitrag zu einem erfolgreichen Abschluss einer Leistung (z. B. Wünsche zur spezifischen Förderung), als wesentlichem Beitrag zur Teilhabe.

Für die Teilhabe am Arbeitsleben sind vor allem folgende Vorstellungen und Wünsche des Leistungsberechtigten relevant: Zukunftspläne, Berufswünsche (z. B. in Bezug auf bestimmte Arbeitsbereiche, die Arbeitsgestaltung, mögliche Arbeitsorte/Arbeitszeiten, Verdienstmöglichkeiten, soziale Sicherheit), berufliche Vorerfahrungen und Stärken (vgl. Biografie und Kompetenzen), sowie benötigte Hilfsmittel/Assistenzfunktionen. Allerdings spielen auch Ziele, die in der Vergangenheit angestrebt, aber bislang nicht verwirklicht worden sind, eine Rolle.

Bei der Klärung von subjektiven Aspekten kann sich die Reha-Fachkraft folgender Fragen bedienen:

- Welche Interessen hat der Leistungsberechtigte?
- Wo sieht der Leistungsberechtigte seine Stärken?
- Welche Erfahrungen und Kompetenzen bringt der Leistungsberechtigte (aus seiner Sicht) mit?
- Welche seiner Ziele konnte der Leistungsberechtigte in der Vergangenheit nicht umsetzen?
- Welche Tätigkeiten kann sich der Leistungsberechtigte grundsätzlich vorstellen?
- Welche regionale berufliche Mobilität kann sich der Leistungsberechtigte vorstellen?
- Welcher Tagespendelbereich kommt für den Leistungsberechtigten infrage?

Praxishinweis

Die Entwicklung von Berufswünschen korrespondiert oftmals stark mit dem individuellen Wissen über bestehende Berufsbilder und Tätigkeiten. Leistungsberechtigte, insbesondere im Bereich der Ersteingliederung, haben somit häufig nur einen begrenzten Einblick in die Chancen und Möglichkeiten, die der zugängliche Ausbildungs- und Arbeitsmarkt bietet. Daher sollte es bei der Zielentwicklung auch um eine Erweiterung der Perspektive des Leistungsberechtigten im Hinblick auf individuelle Möglichkeiten und Chancen gehen. Dies gelingt insbesondere innerhalb persönlicher Beratungen. Ergänzend können die Angebote des Berufsinformationszentrums (BIZ) oder einschlägige Webseiten, wie beispielsweise www.berufe.net, www.wegweiser-berufsumstieg.de oder <https://set.arbeitsagentur.de/teaser> einen ersten Überblick über Berufsbilder und Möglichkeiten liefern.

4.5.2.2 OBJEKTIVE ASPEKTE

Rechtlicher Hinweis

Bei der Auswahl von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben spielen physische und psychische Eignung, Neigung sowie die bisherige berufliche Tätigkeit und die Lage und Entwicklung am Arbeitsmarkt eine entscheidende Rolle (§ 49 Abs. 4 SGB IX). Ist während der Bedarfsermittlung abzusehen, dass für eine vom Leistungsberechtigten eingeforderte Qualifizierung keine Vermittlungschancen auf dem Arbeitsmarkt bestehen, fehlt es an der Beachtung der Arbeitsmarktlage. Bei der Auswahl von Leistungen sind daher – neben individuellen Merkmalen – auch realistische Chancen auf eine anschließende erfolgreiche Teilhabe zu prüfen.

Neben subjektiven Aspekten tragen auch strukturelle Rahmenbedingungen zur Zielentwicklung bei.

Neben den subjektiven Aspekten bestimmen objektivere Gegebenheiten die Entwicklung von Zielen. Zu diesen objektiven Aspekten zählen die Eignung für eine gewisse Tätigkeit und die strukturellen Rahmenbedingungen:

- Bei der Einschätzung der **Eignung** geht es im Kern um die körperliche und mentale Leistungsfähigkeit eines Leistungsberechtigten mit Blick auf die von ihm angestrebte Teilhabe [23]. Die angestrebte Teilhabe manifestiert sich in bestehenden beruflichen Anforderungen (z. B. eines Wunschberufes). Die individuellen Möglichkeiten ergeben

sich insbesondere aus der Funktionsfähigkeit sowie den Kompetenzen des Leistungsberechtigten (z. B. körperlich in der Lage zu sein, eine bestimmte Tätigkeit auszuüben).

- **Strukturelle Rahmenbedingungen** sind äußere Bedingungen, in denen sich der Leistungsberechtigte bewegt. Diese entziehen sich dem Einfluss des Einzelnen (z. B. das Berufsbild des Bergmanns wird auf dem Arbeitsmarkt nicht mehr nachgefragt). Sie haben ihren Ursprung in Gesetzen, Verordnungen und darauf aufbauenden Leitlinien, Vorgaben und Leistungsvoraussetzungen. Für die Bedarfsermittlung in der beruflichen Rehabilitation sind dazu insbesondere die bisherige Tätigkeit, das Gebot der Wirtschaftlichkeit (z. B. § 28 Abs. 2 SGB IX, § 69 SGB IV) sowie die Lage und Entwicklung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt einzubeziehen.

Strukturelle Bedingungen, wie der Arbeitsmarkt, beeinflussen das Ergebnis der Bedarfsermittlung.

Ziele und Berufswünsche lassen sich nur dann verwirklichen, wenn auf dem Arbeitsmarkt die angestrebte Tätigkeit auch nachgefragt wird. Bei der Definition von Zielen entsteht aus der Eignung und den strukturellen Bedingungen ein „Horizont des Machbaren und des Möglichen“ (z. B. für eine individuell angestrebte berufliche Qualifizierung, die auf dem Arbeitsmarkt vorhanden ist und nachgefragt wird, körperlich und intellektuell in der Lage zu sein, diese durchzuführen). Dabei sind ggf. auch Nischenarbeitsplätze einzubeziehen.

Bei der Klärung von objektiven Aspekten kann sich die Reha-Fachkraft folgender Fragen bedienen:

- Welche relevanten Informationen ergeben sich aus der Funktionsfähigkeit (Abschnitt 4.3) und den Kompetenzen (Abschnitt 4.4) einer Person? Welche sind zur Beurteilung der Eignung noch zu ermitteln?
- Welchen Abschluss hat der Leistungsberechtigte? Welche Tätigkeiten lassen sich mit diesem Abschluss erlernen oder studieren (vgl. Abschnitt 4.2 „Biografie“)?
- Wie sieht die Arbeitsmarktlage in der Region aus? Was besagt z. B. das Gutachten der BA nach § 54 SGB IX?

Informationen zur Arbeitsmarktlage finden sich u. a. im Arbeitsmarktmonitor (<https://arbeitsmarktmonitor.arbeitsagentur.de/>) oder in der Statistik der Bundesagentur für Arbeit (<https://statistik.arbeitsagentur.de/>).

Praxishinweis

DER ARBEITSMARKT – EIN STRUKTURELLER ASPEKT IN DER ZIELENTWICKLUNG

Der Arbeitsmarkt verfolgt den Zweck, Arbeitgeber mit Menschen, die Arbeit und Beschäftigung suchen, zusammenzuführen. Innerhalb dieses Marktes treffen somit das Angebot und die Nachfrage nach Arbeitskräften aufeinander. Nicht jede potenzielle Nachfrage eines Menschen stößt dabei auf ein strukturelles Angebot am Markt. Kurzgefasst: Nicht für alle Tätigkeitswünsche eines Menschen hält der Markt auch ein entsprechendes Angebot parat. Daher ist es wichtig, bereits innerhalb der Zielfindung die Arbeitsmarktlage in die Zielentwicklung einzubeziehen.

Es ist wichtig, bereits bei der Zielfindung die Arbeitsmarktlage in die Zielentwicklung einzubeziehen.

Darüber hinaus unterliegt der Arbeitsmarkt kontinuierlichen Veränderungen, sei es durch konjunkturelle Entwicklungen, den demographischen Wandel, veränderte gesellschaftliche Werte, gesetzliche (Neu- und De-)Regulierungen oder auch technologische Neuerungen, wie eine diversifizierte Arbeitsteilung sowie Auswirkungen von Globalisierung und Digitalisierung [76]. Diese wechselnden Ansprüche des Marktes führen zu stetig wechselnden Anforderungen an die auf dem Arbeitsmarkt tätigen Menschen, sei es im Hinblick auf ihre Qualifizierung, ihre Fähigkeiten oder ihre Kompetenzen [53].

Die beschriebene Vielseitigkeit des Marktes und der permanente Wandel stellen eine besondere Herausforderung für die berufliche Rehabilitation dar. Daher steht bei der Einbeziehung des Arbeitsmarktes das Ziel im Vordergrund, potenzielle Tätigkeiten, Unternehmen und Branchen zu finden, die den Leistungsberechtigten subjektiv ansprechen, objektiv verfügbar sind und prognostisch dauerhaft verfügbar bleiben.

Die Erfassung und Beurteilung der (regionalen) Arbeitsmarktlage erfolgt ausgehend vom individuellen Radius des für den Leistungsberechtigten zugänglichen Arbeitsmarktes. Je größer dieser Radius ausfällt, desto breiter ist die Art und Anzahl in Betracht zu ziehender Tätigkeiten, Unter-

Die Erfassung und Beurteilung der Arbeitsmarktlage erfolgt ausgehend vom Radius des Leistungsberechtigten.

nehmen und Branchen. Grundsätzlich sollte der gesamte individuell zugängliche (regionale oder überregionale) Arbeitsmarkt in die Bedarfsermittlung einbezogen werden. Angesichts unterschiedlicher regionaler und wirtschaftlicher Gegebenheiten und Strukturen sind einige Vorstellungen bzw. Berufswünsche in bestimmten Regionen besser realisierbar als in anderen Regionen. Die Bundesagentur für Arbeit kann an einer solchen Beurteilung im Rahmen des § 54 SGB IX einschließlich der Gemeinsamen Empfehlung „Beteiligung der Bundesagentur für Arbeit“ beteiligt werden [77].

Die Frage nach Chancen und Möglichkeiten der Teilhabe auf dem Arbeitsmarkt korrespondiert stark mit den Wünschen, Zielen und Vorstellungen des Leistungsberechtigten. In der Bedarfsermittlung existieren verschiedene Ansätze und Fragestellungen, die im Rahmen der beruflichen Erst- oder Neuorientierung bei der Suche nach geeigneten Zielberufen hilfreich erscheinen:

- Welche Branchen sind die größten im individuell zugänglichen Arbeitsmarkt?
- Welche Berufsbilder sind innerhalb einer Branche relevant?
- Bei welchen Berufen wurden zuletzt viele freie Arbeitsplätze gemeldet?
- Wie sind die Entwicklungen der Beschäftigtenzahlen in bestimmten Berufen?
- Wie sieht die Altersverteilung von Beschäftigten in bestimmten Berufen in der Region aus und könnte sich daraus zukünftig eine gesteigerte Nachfrage nach Arbeitskräften ergeben?
- In welchen Branchen herrscht ausgeprägte Arbeitslosigkeit/Unterbeschäftigung?
- Gibt es sehr individuelle Arbeitsplätze (sog. Nischenarbeitsplätze), die besonders geeignet erscheinen?

4.5.2.3 ENTWICKLUNG VON ZIELEN AUS INHALTLICHER PERSPEKTIVE

Nicht jede Zielvorstellung des Leistungsberechtigten ist – unter Einbezug objektiver Aspekte – realisierbar.

Den Ausgangspunkt jeder individuellen Zielentwicklung bilden subjektive Aspekte. Subjektive Aspekte stehen oft in einem Spannungsverhältnis zu den objektiven Aspekten [20]. Dieses Spannungsverhältnis äußert sich in der Regel bei der Entwicklung von Zielen zwischen dem Leistungsberechtigten und der Reha-Fachkraft [71]. Nicht jede Zielvorstellung des Leistungsberechtigten ist – unter Einbezug objektiver Aspekte – auch realisierbar. Im Ergebnis gilt es, anhand der vorliegenden Erkenntnisse unter Einbezug von Vorstellungen und Zielen des Leistungsberechtigten, gemeinsam eine dauerhafte berufliche Perspektive zu entwickeln. Diese sollte sowohl den Neigungen des Leistungsberechtigten entsprechen als auch Möglichkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt eröffnen. Hinsichtlich späterer Teilhabechancen können bei der Zielentwicklung auch persönliche Kontakte und Netzwerke des Leistungsberechtigten eine Rolle spielen. Hieraus können sich z. B. konkrete Anhaltspunkte für geeignete „Nischenarbeitsplätze“ ergeben.

Dabei können zur Entwicklung beruflicher Neigungen, Vorstellungen und Ziele sowie zur Feststellung der Eignung verschiedene Hilfestellungen genutzt werden (Tabelle 6).

Instrumente zur Feststellung der Neigung	Instrumente zur Feststellung der Eignung
Beratungsgespräch	Beratungsgespräch
Psychologische Begutachtung	Psychologische Begutachtung
(Berufs-)Interessentests (s. o.)	Eignungsabklärungen
Berufswahltests	Arbeitserprobungen
Arbeitstrainings	Belastungserprobungen
Instrumente zur Erfassung persönlicher Stärken	Test und andere Assessments
Hinweis zur Nutzung dieser Instrumente: Sollte der Einsatz entsprechender Instrumente nötig sein, ist der Leistungsberechtigte im Vorfeld aufzuklären. Die Ergebnisse der eingesetzten Instrumente sind zu besprechen und gemeinsam zu bewerten.	

Tabelle 6: Möglichkeiten zur Feststellung von Eignung und Neigung

4.5.2.4 VEREINBARUNG UND FORMULIERUNG VON ZIELEN AUS INHALTLICHER PERSPEKTIVE

Nach der gemeinsamen Zielentwicklung erfolgt eine verbindliche Zielvereinbarung. Die so entwickelten Ziele sollten immer mit den subjektiven Vorstellungen und Zielen des Leistungsberechtigten korrespondieren. Auch bei der Formulierung ist darauf zu achten, dass es primär um die Teilhabe des Leistungsberechtigten und nicht etwa um die Ziele der Reha-Fachkräfte auf Seiten der Reha-Träger oder -erbringer geht. Die vereinbarten Ziele sollten in der Zukunft liegen, realistisch sein, einen für alle beteiligten Akteure wünschenswerten Zustand beschreiben und bewusst gewählt worden sein. Leistungs- und Handlungsziele sind zudem durch konkrete Handlungen erreichbar [75; 78].

Handlungsziele sind darüber hinaus nach dem „SMART-Konzept“ zu formulieren [70; 75, 95f.; 79]. Die einzelnen Buchstaben stehen für die Eigenschaften eines Ziels, welches grundsätzlich handlungsorientiert und damit operationalisierbar sein sollte:

- **Spezifisch:** Wird klar, was genau erreicht werden soll? (z. B. Verbesserung der Ausdauer)
- **Messbar:** Kann überprüft werden, in welchem Maße das Ziel erreicht wird (z. B. Zahl der m² der täglich bepflanzten Blumenbeete)?
- **Attraktiv/Anspruchsvoll:** Halten sowohl Leistungsberechtigter als auch Reha-Fachkraft das Ziel für wichtig und lohnenswert? (Die zukünftige IT-Fachkraft schafft es, sukzessiv die Checkliste bei Computerproblemen abzuarbeiten)
- **Realistisch:** Halten beide Seiten das Ziel für erreichbar? (vor dem Hintergrund des derzeitigen Zustands, z. B. hinsichtlich Schmerzen, Ausdauer, Krankheitsbewältigung, häuslichem Umfeld)
- **Terminiert:** Was ist der Zeitrahmen für die Erreichung des Ziels (z. B. innerhalb von 3 Monaten nach der letzten turnusgemäßen Bedarfsermittlung innerhalb der Leistung)?

Ziele werden gemeinsam vereinbart und hinreichend konkret formuliert.

Bei der Vereinbarung und Formulierung von Handlungszielen ist das „SMART-Konzept“ zugrunde zu legen.

Die Handlungsziele werden oftmals mit den notwendigen Aktivitäten selbst verwechselt, die als Mittel zur Erreichung der Handlungsziele dienen. Daher ist es unbedingt ratsam, die Ziele eindeutig zu formulieren (z. B. wird zum Handlungsziel „Angemessener Umgang mit Kritik“ ein Kompetenztraining veranlasst).

Praxishinweis

4.6 BEURTEILUNG UND FESTLEGUNG DES TEILHABEBEDARFS

4.6.1 KONTINUIERLICHE BEURTEILUNG DER ERHOBENEN INHALTE UND ZIELE

Bei Reha-Trägern und Leistungserbringern findet während einer Bedarfsermittlung kontinuierlich eine Beurteilung des aktuellen Ermittlungsstandes durch die Reha-Fachkraft statt. Dieser speist sich aus dem Abgleich der individuellen Zielentwicklung sowie den inhaltlichen Ermittlungen (Biografie, Funktionsfähigkeit/Behinderung, Kompetenzen) zum Teilhabebedarf. Wesensmerkmal einer solchen Beurteilung ist eine bilanzierende Gesamtschau und Bewertung aller relevanten⁴⁰ Informationen, insbesondere unter Berücksichtigung bestehender Wechselwirkungen. Als begleitenden Prozess zur Informationserhebung ergeben sich daraus nächste Schritte der Gewinnung von Informationen bezogen auf die Inhalte oder Ziele. Diese können sich auf den Umfang, die Tiefe oder den Gegenstand der Ermittlung beziehen. Hinsichtlich der Kontextfaktoren ist bedeutsam, dass jeweils nur deren Wirkung zu betrachten ist (z. B. das soziale Umfeld

Durch die Reha-Fachkraft findet während der Bedarfsermittlung kontinuierlich eine Beurteilung des aktuellen Ermittlungsstandes statt.

40. Ggf. nicht von Relevanz sind z. B. Erkenntnisse, die sich auf ein mögliches Teilhabeziel beziehen, welches sich aber im Fortgang der Bedarfsermittlung als nicht erreichbar herausstellte (z. B. ein konkreter Berufswunsch zu dem keine ausreichende Eignung festgestellt werden konnte und welcher daher im weiteren Verlauf nicht weiter verfolgt wurde).

unterstützt die berufliche Ausbildung) und nicht (allein) deren faktisches Vorliegen (z. B. Person hat ein soziales Umfeld). Nur aus dem Vorliegen von Kontextfaktoren, kann keine Aussage über Art und Umfang ihres Einflusses auf die Teilhabesituation getroffen werden.

Beispiele:

- Ein Reha-Träger hat einen Antrag auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben mit einer Reihe der erforderlichen Informationen vorliegen, u.a. sind Befunde niedergelassener Ärzte dabei. Darüber hinaus ist ein erstes Gespräch mit dem Leistungsberechtigten erfolgt, u. a. zu den Teilhabezielen. Die Beurteilung der vorliegenden Informationen führt zur Entscheidung, ...
 - a) relevante Aspekte der beruflichen Handlungskompetenz zu ermitteln (z. B. Verbreiterung des bisherigen Ermittlungsumfangs).
 - b) ein Gutachten zu beauftragen, um weitergehende Informationen zum Gesundheitsproblem und zur Funktionsfähigkeit zu erhalten (Vergrößerung der Ermittlungstiefe aufbauend auf vorliegenden ärztlichen Befunden).
 - c) Fragen möglicher Zielberufe zu vertiefen, um Informationen zum bestehenden Kompetenzprofil sowie zu möglichen Teilhabezielen zu erhalten (Verbreiterung des Ermittlungsumfangs und der -tiefe).
- Der Wunschberuf eines Leistungsberechtigten steht im Widerspruch zu Befunden einer Eignungsdiagnostik, aus welcher sich wesentliche Zweifel an einer späteren erfolgreichen Berufsausübung ergeben. Auf dieser Grundlage sind die vorliegenden Informationen neu zu bewerten. Es ist ggf. ein alternatives Teilhabeziel zu entwickeln und diesbezüglich sind ergänzende Informationen zu ermitteln (veränderter Ermittlungsgegenstand).
- Bei einem Leistungserbringer wird im Rahmen einer kontinuierlichen Überprüfung während der Leistungserbringung festgestellt, dass das aktuelle Handlungsziel „Der Leistungsberechtigte K. hat gelernt, im betrieblichen Alltag angemessen mit Kritik umzugehen“ ...
 - a) gut erreicht werden konnte. Nunmehr kann zu einem zweiten, bereits identifizierten aber zunächst als nicht vorrangig definierten, Handlungsfeld ein (anderes) Handlungsziel vereinbart werden.
 - b) in der festgelegten Zeit mit der zugehörigen Leistung (Kompetenztraining) nicht erreicht werden konnte. Der Leistungserbringer hat mit dem Leistungsberechtigten das weitere Vorgehen zu besprechen. Bei Bedarf ist der zuständige Reha-Träger hinzuziehen.

Ein klares und eindeutiges Bild der Reha-Fachkraft ist bedeutsam für eine konsistente Festlegung des Bedarfs.

Zu beurteilen ist, ob die Bedarfsermittlung auf Basis des erreichten Erkenntnisstandes und der vorliegenden Unterlagen an dieser Stelle beendet werden kann, um eine Festlegung des Bedarfs einzuleiten (siehe auch Prüfkriterien in Anlage 2). Sollten sich aus den vorliegenden Befunden und Unterlagen noch Fragen, Unklarheiten oder Widersprüche ergeben, sind weitere Ermittlungen oder (ggf. interdisziplinäre) Klärungen vorzunehmen. Denn ein klares und eindeutiges Bild der Reha-Fachkraft ist bedeutsam für eine konsistente Festlegung des Bedarfs. Der Zeitpunkt der kontinuierlichen Beurteilung verbindet sich in der Phase des Reha-Zugangs mit dem jeweiligen Vorliegen relevanter Informationen – also dem Erreichen eines neuen Sachstandes. Während der Durchführung einer Leistung findet die kontinuierliche Beurteilung in individuell zu bestimmenden Abständen statt (z. B. alle drei Monate bei längeren Bildungsleistungen).

Fallbeispiel 2:

Frau V., 17 Jahre, Ersteingliederung

Während der ersten Beratung beim Reha-Träger äußert Frau V. den Berufswunsch „Gesundheits- und Krankenpflegerin“. Auf Basis der Beurteilung der gewonnenen Informationen aus vorherigen Ermittlungen (z. B. ärztliche Berichte, Gutachten (z. B. vom Berufspsychologischen Service), Tests und Selbsteinschätzung), stellt die Reha-Beratungsfachkraft gemeinsam mit Frau V. fest, dass sie den alltäglichen physischen und psychischen Beanspruchungen des Berufsbildes nicht gerecht werden könne. Nun müssen im Dialog mit Frau V. anhand ihrer Wünsche und Vorstellungen neue Ziele entwickelt werden.

Wichtig ist es in diesem Zusammenhang, dass Befunde verschiedener Professionen (multidisziplinär) vorliegen. Auch sollte die Perspektive des Leistungsberechtigten bei der Erhebung der Inhalte ausreichend einbezogen und gewürdigt worden sein. Die Beurteilung sollte zudem anhand der Expertise der Reha-Fachkräfte und/oder der interdisziplinären Reha-Fall-Besprechungen erfolgen.

Bei der (kontinuierlichen) Beurteilung von Ergebnissen der Bedarfsermittlung ist zu berücksichtigen, dass sich Einflussfaktoren des Kontextes, also Umgebungseinflüsse (z. B. als unangenehm wahrgenommene Testsituation, als schwierig empfundene Gesprächssituation, simulierte Arbeitssituation), auf Leistungsergebnisse auswirken können (z. B. über Ausdauer, Konzentration). Jede Bedarfsermittlung und jede Erhebung von Informationen bringt dabei ihren spezifischen, nicht ausblendbaren Kontext mit sich. Somit könnten die Ergebnisse eines Leistungsberechtigten – beispielsweise bei einer berufspraktischen Erprobung oder in gesprächsbezogenen Ansätzen – also in verschiedenen Kontexten erbrachte Leistungen, unterschiedlich ausfallen. Kurzum: Eine real erbrachte Leistung und die potenzielle Leistungsfähigkeit einer Person können divergieren. Dies gilt es im Rahmen der Beurteilung von Ergebnissen kritisch zu reflektieren.

4.6.2 FESTLEGUNG DES TEILHABEBEDARFS ALS ERGEBNIS- SICHERUNG DER BEDARFSERMITTLUNG

Wenn durch die kontinuierliche Beurteilung des aktuellen Ermittlungsstandes

- eine geeignete, konsistente Informationsdichte zu allen Inhalten der Bedarfsermittlung (siehe Abschnitt 4.2-4.4) vorliegt,
- deren Wechselwirkungen berücksichtigt worden sind und
- die Ziele des Leistungsberechtigten (Abschnitt 4.5) ausreichend konkretisiert worden sind,

kann der Teilhabebedarf des Leistungsberechtigten verbindlich festgelegt [57] und formal gesichert werden. Dies erfolgt grundsätzlich durch die Festlegung einer Reha-Fachkraft. In besonderen Konstellationen ist eine Beurteilung durch eine Reha-Fachkraft nicht ausreichend, sodass eine Fallbesprechung mit ärztlichen oder psychologischen Gutachtern für eine interdisziplinäre Sicht- und Arbeitsweise bei der Beurteilung und Feststellung des Reha-Bedarfs erforderlich ist. In solchen Konstellationen (z. B. Fallbesprechungen) sollten möglichst alle Disziplinen einbezogen werden, die an der Bedarfsermittlung beteiligt waren (vgl. Abschnitt 2.5).

Da sich der Bedarf mit Blick auf den Leistungsberechtigten bestimmt, sind die potenziellen Leistungen und Hilfen hierbei noch nicht näher spezifiziert. Erst aufbauend auf diese formale Ergebnissicherung können zielführende Leistungen, Handlungen und Hilfen zur Verwirklichung der Teilhabe ausgewählt, festgelegt und geplant werden [56; 80]. Ergeben sich während der „Festlegung des Teilhabebedarfs“ Hinweise, dass der verantwortliche Akteur den festgestellten Teilhabebedarf aufgrund eigener Zuständigkeiten, Aufgaben oder seines Leistungsspektrums nicht bedienen kann, hat er auf einen entsprechenden Leistungsantrag, die Initiierung einer Teilhabeplanung oder auf die Einbeziehung anderer in den Reha-Prozess eingebundene Institutionen (z. B. Pflegekassen, Jugendämter, unterhaltssichernde Stellen etc.), die ggf. Leistungen zu erbringen haben, hinzuwirken.

In besonderen Konstellationen ist eine interdisziplinäre Fallbesprechungen geboten.

Potenzielle Leistungen und Hilfen sind erst nach der Bedarfsermittlung bzw. Bedarfsermittlung festlegung zu spezifizieren.

Um eine Bedarfsfestlegung einzuleiten, müssen ausreichend Informationen zu den Inhalten der Bedarfsermittlung vorliegen.

Voraussetzungen für den formalen Schritt der Festlegung des Bedarfs sind:

- 1) Die jeweiligen Ziele (Teilhabeziele/Leistungsziele/Handlungsziele) sind entwickelt und (vorläufig) vereinbart worden.
- 2) Alle Auswirkungen der Gesundheitsprobleme auf die Körperfunktionen und -strukturen und Aktivitäten und Teilhabe sowie die im Einzelfall relevanten Kontextfaktoren, in ihrer Eigenschaft als Förderfaktor oder Barriere, sind mit Blick auf die Ziele beleuchtet und ermittelt worden.
- 3) Etwaige Wechselwirkungen sind betrachtet und einbezogen worden.
- 4) Die Biografie und die berufliche Handlungskompetenz sind hinsichtlich der Ziele ausreichend erfasst worden.
- 5) Aus dem Zusammenwirken aller Erkenntnisse ergibt sich eine insgesamt tragfähige Teilhabeprognose.

Kontextfaktoren sind bei Fragen der Ausgestaltung von Leistungen immer heranzuziehen. Sie dürfen im Rahmen von Leistungsentscheidungen nicht zur Ablehnung von Leistungen führen.

Rechtlicher Hinweis

Für Reha-Träger ist eine umfassende Bedarfsfeststellung gesetzlich vorgeschrieben (§ 14 Abs. 2 SGB IX). Sie umfasst die entscheidungsvorbereitende formale Konkretisierung eines bestehenden individuellen Rehabilitationsbedarfs. Ihr hat eine umfassende Ermittlung voranzugehen. Die Feststellung des Bedarfs kann Bestandteil einer ggf. erforderlichen Teilhabeplanung sein (§§ 19 Abs. 1, 2 Nr. 8 SGB IX i. V. m. § 15 Abs. 2, 3 Nr. 1 SGB IX). Die Bedarfsfeststellung stellt für Reha-Träger somit eine gesetzliche Voraussetzung für die Bewilligung von Sozialleistungen dar [81]. Die Vorschrift des § 13 Abs. 2 SGB IX fordert zudem eine an den Teilhabezielen des Menschen mit Behinderungen orientierte umfassende und funktionsbezogene Feststellung des Teilhabebedarfs.

Praxishinweis

Zur Prüfung, ob eine abschließende Festlegung des Teilhabebedarfs erfolgen kann, können folgende Fragen hilfreich sein (vgl. auch Anlage 2):

- Liegen alle nötigen Informationen vor, um anhand der Ziele Leistungen planen zu können? Sind bisher wichtige Informationsquellen bei der Ermittlung möglicherweise unberücksichtigt geblieben?
- Wurden im individuellen Reha-Prozess bereits Bedarfsfestlegung, Bedarfsfeststellung vorgenommen? Existiert bereits ein Teilhabeplan? Diese Unterlagen wären ggf. die Grundlage für weitere Planungen.
- Wurden die Wünsche, Vorstellungen und Ziele des Leistungsberechtigten erfragt? Wurden die Ziele gemeinsam mit dem Leistungsberechtigten entwickelt? Sind sie dem Leistungsberechtigten auch hinreichend bekannt, verständlich und trägt er sie mit?

4.6.3 DOKUMENTATION

Die Bedarfsfestlegung ist so aufzubereiten, dass sie von allen Akteuren nachvollzogen werden kann.

Hinsichtlich der Dokumentation ist es wichtig, die Informationen und Ziele so aufzubereiten, dass sie von allen beteiligten Fachkräften und Akteuren nachvollzogen werden können. Zur Nachvollziehbarkeit gehört eine Kennzeichnung, welche Informationen, wann und durch welche Quelle bzw. durch welches Arbeitsmittel erhoben wurden. Die Ziele des Leistungsberechtigten sind in der Darstellung besonders hervorzuheben und als solche explizit zu kennzeichnen. Die Ergebnisdarstellung des Teilhabebedarfs erfolgt (wie auch die Festlegung selbst) ohne die Benennung von Akteuren, Leistungen oder Zuständigkeiten, sondern zeigt lediglich einschlägige Handlungsfelder auf.

Aufbauend auf den vorgestellten Inhalten der Bedarfsermittlung, sind zu diesen – auf Basis der Stammdaten – wichtige und entscheidungsrelevante Erkenntnisse der Bedarfsermittlung von der Reha-Fachkraft strukturiert zu dokumentieren:

- 1) **Biografie**
 - Bildungsbiografie
 - Berufsbiografie
- 2) **Bedarfsermittlung auf Basis des bio-psycho-sozialen Modells**
 - Angabe der teilhaberelevanten Gesundheitsprobleme
 - Auswirkungen der Gesundheitsprobleme auf die Körperfunktionen und -strukturen
 - Auswirkungen der Gesundheitsprobleme auf die Aktivitäten und Teilhabe

- Umweltfaktoren, in ihrer Eigenschaft als Förderfaktor oder Barriere bezogen auf die Funktionsfähigkeit mit Blick auf ein Teilhabeziel oder das Leistungsziel (während der Leistung)
- personbezogene Faktoren, in ihrer Eigenschaft als Förderfaktor oder Barriere bezogen auf die Funktionsfähigkeit mit Blick auf ein Teilhabeziel oder das Leistungsziel (während der Leistung)
- Mögliche Wechselwirkungen der Komponenten zueinander sind dabei besonders in den Blick zu nehmen.

3) Kompetenzen (soweit sie im Hinblick auf das Teilhabeziel relevant sind)

- Ausführungen zu den Fachkompetenzen
- Ausführungen zu den Methodenkompetenzen
- Ausführungen zu den Sozialkompetenzen
- Ausführungen zu den Personalen Kompetenzen

4) Teilhabeziele

- Beschreibung von Neigungen, Vorstellungen und Wünschen des Leistungsberechtigten
- Angabe zu den Teilhabezielen/Leistungszielen und ggf. zu den Handlungszielen

Auf eine barrierefreie Dokumentation und Kommunikation ist zu achten. Die dokumentierten Festlegungen sollten – soweit möglich – im Konsens mit dem Leistungsberechtigten getroffen werden. Das Ergebnispapier (z. B. Anlage 1) wird dem Leistungsberechtigten ausgehändigt.

Das Basiskonzept und § 13 SGB IX „Instrumente“

Reha-Träger haben mit § 13 SGB IX differenzierten Anforderungen an den Einsatz ihrer Instrumente zur Bedarfsermittlung gerecht zu werden. Zu den Instrumenten zählen neben Arbeitsmitteln auch Arbeitsprozesse. Hieran schließt dieses Handlungskonzept an, u. a., indem es Grundlagen für die Dokumentation der Bedarfsermittlung enthält, welche – wie auch die Nachprüfbarkeit der Bedarfsermittlung – zu sichern ist (§ 13 Abs. 2 S. 1 SGB IX). Darüber hinaus benennt der Gesetzgeber vier weitere Anforderungen an die Dokumentation und Nachprüfbarkeit der Bedarfsermittlung, die sich, wie nachfolgend aufgezeigt wird, im Konzept widerspiegeln.

§ 13 SGB IX i.V.m. §§ 40–43 GE Reha-Prozess	Widerspiegelung im Basiskonzept	Anmerkungen
Vorliegen eines Gesundheitsproblems und einer Beeinträchtigung	Abschnitt 4.3 „Funktionsfähigkeit“	Der Aspekt bezieht sich insbesondere auf Informationen zum Gesundheitsproblem und zu dessen Auswirkungen auf Ebene der Körperfunktionen und -strukturen
Auswirkungen, die Beeinträchtigungen auf die Teilhabe des Leistungsberechtigten haben	Abschnitt 4.3 „Funktionsfähigkeit“	Hier ebenso wichtig: relevante Einflussfaktoren aus den Inhalten „Biografie“ und „Kompetenzen“
Teilhabeziele	Abschnitt 4.5 „Ziele“	Hier ebenso wichtig: relevante Einflussfaktoren auf die Ziele aus allen anderen Inhalten
Klärung erforderlicher Leistungen	Abschnitt 4.7 „Festlegung von Leistungen“	Schließt sich erst der Bedarfsfeststellung – nämlich unter der Frage der Bedarfsdeckung durch Leistungen – an, weshalb diese Anforderungen im engeren Sinne nicht zur „klassischen“ Bedarfsermittlung zu zählen ist.

Tabelle 7: Basiskonzept im Kontext des §13 SGB IX

Ein nicht den gesetzlichen Mindestanforderungen entsprechendes „Bedarfsermittlungsinstrument [kann] als Folgeeffekt Ermessensfehler und Begründungsmängel nach sich ziehen, die den Leistungsbescheid fehlerhaft machen. Auf eine pflichtgemäße Ausübung von Ermessen hat der Leistungsberechtigte einen Rechtsanspruch (§ 39 Abs. 1 S. 2 SGB I). Dies betrifft auch die Ermessensentscheidungen bei der Sachver-

Rechtlicher Hinweis

Rechtlicher Hinweis

haltsermittlung. Wenn der Einsatz eines [...]Instrumentes nach § 21 SGB X ermessensfehlerhaft war, weil die Qualitätsstandards nach § 13 Abs. 2 SGB IX nicht gewahrt wurden, und dieses Instrument möglicherweise eine verfälschende Wirkung auf die Bedarfsermittlung und -feststellung insgesamt hatte, dann hat der Einsatz eines solchen Instrumentes rechtliche Außenwirkung. Die Rechtskontrolle des Leistungsbescheides kann auf diesem Wege dazu führen, dass die Qualitätskriterien des § 13 Abs. 2 SGB IX und ihre Einhaltung zum Maßstab für die Rechtmäßigkeit des Verwaltungsaktes werden“ [82].

Hinsichtlich der Dokumentation bei Leistungsentscheidungen (von Reha-Trägern) ist zu beachten, dass solche durch Begründungen transparent zu machen sind, da „die wesentlichen tatsächlichen und rechtlichen Gründe [...], die die Entscheidung tragen“ mitzuteilen sind (§ 35 Abs. 1 SGB IX). „Besonders hohe Anforderungen gelten bei Ermessensentscheidungen, wie sie bei der Sachverhaltsermittlung [...] vorgesehen sind, § 21 SGB X“ [82].

Praxishinweis**Wie kann eine Beurteilung und Festlegung des Teilhabebedarfs im Reha-Team exemplarisch ablaufen?**

Für die Festlegung des Teilhabebedarfs ist die zuständige Reha-Fachkraft verantwortlich. Sie hat alle beteiligten Akteure in den Prozess zur Festlegung des Teilhabebedarfs (interdisziplinäre Arbeitsform) einzubeziehen. Die Reha-Fachkraft achtet besonders darauf, dass die Anliegen des Leistungsberechtigten angemessen gewürdigt und berücksichtigt werden (transparente und partizipative Arbeitsform). Die Mitwirkung des Leistungsberechtigten liegt insbesondere darin, bei der Frage mitzuwirken, welche Auswirkungen das Gesundheitsproblem auf seine Aktivitäten und Teilhabe hat, sowie seine Ziele im Rahmen des Gesprächs einzubringen.

Konkrete Schritte zur Beurteilung und Festlegung des Teilhabebedarfs

Die Reha-Fachkraft hat im Vorfeld zu prüfen, ob alle relevanten Erkenntnisse vorliegen und ob die hierfür erforderlichen Unterlagen (Berichte, Ergebnisse aus Tests und Assessments, Selbstauskünfte etc.) aller beteiligten Sachverständigen vorhanden sind, um den Bedarf (z. B. auch nach einer Fallbesprechung oder einer Konferenz) zu dokumentieren (Abschluss der Beurteilung).

Zum Ablauf einer Beurteilung im Reha-Team

Mit dem Leistungsberechtigten ist ein Termin abzustimmen, um mit ihm gemeinsam die Ergebnissicherung zur Beurteilung und Festlegung des Bedarfs zu besprechen. Ggf. ist eine interdisziplinäre Erörterung sicherzustellen, weshalb beteiligte Akteure (z. B. Reha-Team, Sachverständige) ebenfalls einzuladen sind. Als Hilfestellung kann die Checkliste „Festlegung des Bedarfs“ durch die Reha-Fachkraft für das gemeinsame Gespräch vorbereitet werden. Die Befunde sind dann in der Checkliste (Muster) zu strukturieren und für alle Beteiligten verständlich aufzubereiten (s. o.). Zielstellung der gemeinsamen Befassung ist eine – unter Anwesenheit des Leistungsberechtigten –interdisziplinäre Beurteilung der einzelnen Aspekte. Einschätzungen von Sachverständigen sind dem Leistungsberechtigten ggf. zu erklären und zu begründen. Darauf aufbauend können gemeinsam mit dem Leistungsberechtigten (vorläufige) Ziele festgelegt werden. Diese sind ggf. innerhalb des Reha-Teams abzustimmen und zu priorisieren. Die Ergebnisse des Gesprächs sind dem Leistungsberechtigten zur Wahrung von Transparenz und Nachvollziehbarkeit auszuhändigen.

4.7 ABLEITUNGEN FÜR DIE PLANUNG UND FESTLEGUNG VON LEISTUNGEN

Nach der Bedarfsfestlegung ist zu bestimmen, in welchen Bereichen Leistungen und Handlungen anzusetzen haben.

Nach der Bedarfsermittlung im engeren Sinne sind passgenaue Leistungen und Interventionen zu planen und festzulegen, um die Lücke zwischen der aktuellen Situation des Leistungsberechtigten und der angestrebten Teilhabe zu schließen. Dafür ist festzulegen, in welchen Bereichen Leistungen und Handlungen nach gemeinsamer und interdisziplinärer Überzeugung anzusetzen haben. Die Ansätze sind zu priorisieren. Dabei ist durch die Reha-Fachkraft oder das Reha-Team festzulegen, in welchen Bereichen – neben Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben – weitere Ermittlungen oder Leistungen, ggf. im Zuständigkeitskreis anderer Akteure nötig sind (z. B. medizinische Rehabilitation, soziale Teilhabe, Pflege, Sonstiges).

Aus der Bedarfsermittlung ergeben sich Konsequenzen für die Leistungsplanung und -festlegung.

Die Leistungsplanung und -festlegung sind selbst keine unmittelbaren Bestandteile der Bedarfsermittlung, sondern folgen chronologisch auf den „eigentlichen Prozess“ der Bedarfsermittlung und hängen mit dieser wesentlich zusammen. Ausgangspunkt einer Leistungsplanung und -festlegung stellt die Festlegung des Teilhabebedarfs dar, die das inhaltliche Ende der Bedarfsermittlung markiert. Aus dem Konzept zur Bedarfsermittlung (Grundanforderungen, Inhalte und Schritte) ergeben sich jedoch mittelbar Ableitungen für die Leistungsplanung und -festlegung, die Impulse für den Fortgang des Verfahrens/Prozesses geben sollen:

- Die Teilhabeziele und der festgelegte Teilhabebedarf sind den weiteren Planungen, Festlegungen und Entscheidungen (z. B. Verwaltungsakt) zugrunde zu legen. Die Dokumentation „Festlegung des Bedarfs“ kann dazu die formale Grundlage bilden.
- Art, Ort, Intensität, Umfang und Beginn von Leistungen/Interventionen sollten gemeinsam mit dem Leistungsberechtigten beraten, geplant und festgelegt werden; jedenfalls besteht hier ein explizites Wunsch- und Wahlrecht der Leistungsberechtigten (§ 8 SGB IX).
- Soweit Anhaltspunkte für einen Teilhabebedarf über Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben hinaus identifiziert wurden, ist spätestens an dieser Stelle auf eine Klärung durch konkrete Schritte hinzuwirken. Eine Klärung kann insbesondere durch ein Hinwirken auf einen Leistungsantrag und/oder – für Reha-Träger – durch die Initiierung einer Teilhabeplanung erfolgen. Für Reha-Träger wird auf die Gemeinsame Empfehlung Reha-Prozess hingewiesen.
- Die informationelle Selbstbestimmung des Leistungsberechtigten wird auch bei der Leistungsfestlegung beachtet.
- Die Zielerreichung ist im Rahmen der Leistungsdurchführung regelmäßig zu überprüfen. Ist die Wahrscheinlichkeit des Erreichens der Teilhabeziele oder entsprechender Leistungsziele kritisch zu bewerten, ist zur Ursachenanalyse eine Vertiefung der Bedarfsermittlung erforderlich, aus der sich Leistungsadaptionen ergeben können, um die Wahrscheinlichkeit der (Teil-) Zielerreichung zu erhöhen.
- Entscheidungen werden für den Leistungsberechtigten nachvollziehbar begründet.
- Neben den Kompetenzen und Ressourcen sind insbesondere individuell bedeutsame Kontextfaktoren bei der Auswahl der Leistung zu berücksichtigen.
- Bei der Bestimmung des Bedarfs und der anschließenden Leistungsauswahl sind – abhängig vom jeweiligen Einzelfall – Möglichkeiten zur Nutzung von Ressourcen oder zur Gestaltung der Umwelt gezielt zu prüfen. Dies bezieht sich u.a. auf die Auswahl von geeigneten Leistungen, die Gestaltung des Arbeitsplatzes, der Arbeitsabläufe oder der Arbeitsorganisation.
- Soweit Leistungen verschiedener Leistungsgruppen oder mehrerer Reha-Träger erforderlich sind, ist der leistende Rehabilitationsträger dafür verantwortlich, dass er und die beteiligten Reha-Träger im Sinne des § 15 SGB IX im Benehmen miteinander und in Abstimmung mit den Leistungsberechtigten die nach dem individuellen Bedarf voraussichtlich erforderlichen Leistungen hinsichtlich Ziel, Art und Umfang funktionsbezogen feststellen und schriftlich zusammenstellen, dass die Leistungen nahtlos ineinandergreifen (§ 19 Abs. 1 SGB IX).
- Angelehnt an die „Festlegung des Bedarfes“ sollten die ausgewählten Leistungen und Interventionen – auch ohne Teilhabeplanung – möglichst eng verzahnt und koordiniert erbracht werden, um zur Sicherung einer nahtlosen Leistungserbringung beizutragen.

A |
B |
C |

TEIL B BEDARFSERMITTLUNG IN DER HANDLUNGSPRAXIS

Während Teil A Grundlagen der Bedarfsermittlung aufgreift, fokussiert Teil B die Bedarfsermittlung in der Handlungspraxis. Die übergreifenden Aspekte (Kapitel 3), die Inhalte der Bedarfsermittlung (Kapitel 4) sowie die Kapitel zur Zusammenarbeit und den Instrumenten (Kapitel 5 und 6) haben das Ziel, den Akteuren eine fachliche Basis für ihre Bedarfsermittlungen in der Praxis zur Verfügung zu stellen. Dabei sind die jeweils gültigen Vorschriften zum Datenschutz zu beachten. Im Fokus stehen dabei stets passgenaue Leistungen für Leistungsberechtigte.

3 ÜBERGREIFENDE ASPEKTE DER
BEDARFSERMITTLUNG MIT
BESONDEREM FOKUS AUF DEN
LEISTUNGSBERECHTIGTEN

4 INHALTE DER
BEDARFSERMITTLUNG

5 **ZUSAMMENARBEIT IN
DER BEDARFSERMITTLUNG**

6 INSTRUMENTE DER
BEDARFSERMITTLUNG

Reha-Träger und Leistungserbringer eint das Ziel, Leistungsberechtigten dauerhaft die Teilhabe am Arbeitsleben zu ermöglichen.

Reha-Träger und Leistungserbringer eint das gemeinsame Ziel, Leistungsberechtigte dauerhaft die Teilhabe am Arbeitsleben zu ermöglichen und diese nachhaltig zu sichern. Dazu nutzen die Reha-Träger in einzelnen Phasen des Reha-Prozesses z. B. im Rahmen der Bedarfsermittlung mittels Eignungsabklärung oder Arbeitserprobung sowie im Rahmen der Leistungserbringung die Angebote von Leistungserbringern. Ein zielgerichteter gegenseitiger Austausch sowie Kommunikation und Kooperation vor, während und nach der Leistungserbringung bilden einen wichtigen Baustein für eine gelingende Leistung zur Teilhabe.

Die Beziehung zwischen Reha-Trägern und Leistungserbringern beruht auf Verträgen.

Die Beziehung zwischen Reha-Trägern und Leistungserbringern beruht auf Verträgen, die zwischen ihnen bzw. ihren Verbänden im Vorfeld der Leistungserbringung geschlossen werden. Entsprechende Verträge beziehen sich auf die Erbringung von Leistungen (z. B. Umschulungen, Ausbildungen). Neben zeitlich vorgeschalteten Leistungen zur Vorbereitung (z. B. Berufsvorbereitende Bildungsmaßnahme, Reha-Vorbereitungslehrgänge), zählen zu diesen Leistungen auch Assessments, die im Rahmen der trägerseitigen Bedarfsermittlung (z. B. Eignungsabklärung, Arbeitserprobung) auf Basis einer gezielten Fragestellung veranlasst werden. Bei einzelnen Reha-Trägern (z. B. UV) ist es darüber hinaus möglich, Leistungserbringer im Einzelfall mit der Anwendung von Einzelinstrumenten zu beauftragen, wenn keine eigenen Dienste⁴¹ zur Beantwortung bestehender Fragestellungen (z. B. körperliches Leistungsvermögen) herangezogen werden können.⁴²

Nachfolgend wird – orientiert am Verlauf des Reha-Prozesses – auf drei typische Konstellationen der Zusammenarbeit und ihre Bedeutung im Auftragsverhältnis eingegangen:

- 1) Beauftragung und Einleitung der Leistung
- 2) Durchführung der Leistung
- 3) Abschluss der Leistung und Ergebnisübermittlung

Bei der Zusammenarbeit zwischen Reha-Trägern und Leistungserbringern sind vor einer Übermittlung von Daten die Vorschriften zum Datenschutz zu beachten. Der Leistungsberechtigte hat der Übermittlung seiner Daten im Vorfeld der Übermittlung zuzustimmen. Auch der Leistungsberechtigte selbst kann ggf. im Lichte informationeller Selbstbestimmung zum „Boten“ seiner Daten werden.

5.1 BEAUFTRAGUNG UND EINLEITUNG DER LEISTUNG

Der Leistungserbringer wird mit Blick auf die erforderliche Leistung bzw. die zu klärende Fragestellung ausgewählt.

Die Reha-Träger können sich im Rahmen der von ihnen veranlassten Bedarfsermittlung der Expertise Dritter bedienen (siehe auch § 46 GE Reha-Prozess), soweit ihnen keine eigenen Fachdienste zur Abklärung zur Verfügung stehen. Dies geschieht in der Regel im Rahmen von Auftragsverhältnissen zwischen dem zuständigen Reha-Träger (Auftraggeber) und einem geeigneten Leistungserbringer (Auftragnehmer). Der Leistungserbringer wird dabei mit Blick auf die erforderliche Leistung im Reha-Prozess bzw. die zu klärende Fragestellung innerhalb der Bedarfsermittlung ausgewählt.

Die Dauer der Leistungserbringung ist abhängig vom Auftrag. Die Ergebnisse der auftragsbezogenen Leistungserbringung werden wiederum Bestandteil einer Bedarfsermittlung des Reha-Trägers und bilden eine Informationsquelle für folgende Planungen, Entscheidungen und Leistungen.

Zur Durchführung des Auftrages, hat der Reha-Träger (Auftraggeber) die zur Auftrags erledigung relevanten Erkenntnisse frühzeitig an den Leistungserbringer (Auftragnehmer) zu übermitteln. Gemeinsam mit dem Auftrag sind dem Leistungserbringer, der Zweck der Beauftragung

41. z. B. Berufspsychologischer Service, Ärztlicher Dienst der Bundesagentur für Arbeit.

42. Vgl. Handlungsleitfaden zum Reha-Management [25].

sowie Informationen über den Auftraggeber und den Leistungsberechtigten zu übermitteln. Dazu zählen der Name des Ansprechpartners beim Auftraggeber sowie seine Kontaktdaten und das Aktenzeichen der Organisation. Außerdem sind dem Auftragnehmer, die für die Ausführung des Auftrages bereits vorhandenen relevanten Informationen über den Leistungsberechtigten zur Verfügung zu stellen. Dies erfolgt unter Beachtung des Datenschutzes auf Grundlage der Checkliste Bedarfsfestlegung (Anlage 1).

Während zur Leistungserbringung sämtliche Feststellungen der Bedarfsermittlung des Reha-Trägers zur zielgerichteten Durchführung einer Leistung nötig sein können, ist bei der Beauftragung von Einzelinstrumenten oder Assessments eine nähere Differenzierung zweckmäßig. Hier sind dem Auftragnehmer nur Informationen zu übermitteln, die, bezogen auf die Zielstellung bzw. Fragestellung der Beauftragung, relevant sind. Zu beachten ist jedoch, dass die Beurteilung der jeweiligen Relevanz zwischen Auftraggeber und Auftragnehmer unterschiedlich sein kann, weshalb eine einzelfallübergreifende Verständigung sinnvoll ist.

Der Zweck der Beauftragung bestimmt die übermittelten Informationen.

5.2 DURCHFÜHRUNG DER LEISTUNG

Zu Beginn einer Leistung (z. B. Umschulung, Ausbildung) wird durch den Leistungserbringer in der Regel eine eigene Bedarfsermittlung vorgenommen. Sie dient der konkreten Leistungsplanung und Konkretisierung der Teilhabe- und Leistungsziele durch Handlungsziele. Die Ausgangsbasis der Bedarfsermittlung des Leistungserbringers stellen dabei die Informationen, die der Reha-Träger dem Leistungserbringer übermittelt hat, dar. Der Leistungserbringer führt seine Ermittlungen auf Basis dieser Ergebnisse fort. Dadurch können Doppelerhebungen, die eine identische Zielsetzung verfolgen⁴³, zu Lasten des Leistungsberechtigten vermieden werden.

Zu Beginn einer Leistung wird durch den Leistungserbringer in der Regel eine eigene Bedarfsermittlung vorgenommen.

Die Ergebnisse einer Bedarfsermittlung von Leistungserbringern zu Beginn einer Leistung werden oftmals in sog. „Rehabilitationsplänen“ festgehalten.⁴⁴ Ein solcher enthält in der Regel

- eine Beschreibung der persönlichen und beruflichen Ausgangssituation,
- Informationen über konkretisierte Bedarfe,
- mit den Bedarfen in Verbindung stehende, vereinbarte Handlungsziele sowie
- zugehörige Einzelleistungen im Rahmen der Gesamtleistung (z. B. soziales Kompetenztraining oder Stützunterricht innerhalb einer Erstausbildung), um die Handlungsziele zu erreichen.

Darüber hinaus erfolgt während der Leistungserbringung durch den Leistungserbringer regelmäßig eine Überprüfung und Anpassung entwickelter Handlungsziele. Der Reha-Träger ist, wie im Rahmen der Beauftragung vereinbart, daran zu beteiligen. Im Einzelnen werden während der Leistungserbringung insbesondere die Fähigkeiten und Kompetenzen des Leistungsberechtigten kontinuierlich betrachtet und die zu Beginn der Leistung festgelegten Handlungsziele auf ihren Grad der Zielerreichung hin überprüft (siehe hierzu auch Kapitel 4.5). Ziel dieser kontinuierlichen Überprüfung ist es, Probleme und Schwierigkeiten im Verlauf der Durchführung, die zu einer Abweichung oder Gefährdung des Erreichens des Leistungsziels führen können, zu identifizieren und entsprechende Hilfen zur Unterstützung des Leistungsberechtigten einzuleiten. Jeweilige Ergebnisse zum bisherigen Leistungsverlauf werden in Zwischenberichten festgehalten. Sie dienen den Leistungserbringern zur Überprüfung und Steuerung ihrer Leistung. Diese Berichte werden, sofern Teil des Auftrags, auch an den zuständigen Reha-Träger übermittelt. Hier sind allerdings nicht allein Aspekte der Ausgestaltung der jeweiligen Leistung selbst relevant, sondern auch Bedarf, der nicht über die Leistung selbst abgedeckt werden kann.⁴⁵ Nach der Erkennung

Während der Leistungserbringung erfolgt durch den Leistungserbringer regelmäßig eine Überprüfung und Anpassung von Handlungszielen.

43. Gleichwohl kann der Einsatz von Testverfahren mit der gleichen Zielstellung z. B. im Rahmen einer Verlaufsbeobachtung oder zur Validierung der älteren Testergebnisse sinnvoll sein. Hier ist ausschließlich der aus Unkenntnis erfolgte vermeidbare Einsatz von Tests mit identischer Zielsetzung gemeint.

44. Andere Begriffe lauten: Förderplanung, Bildungspläne, Entwicklungspläne etc.

45. Die Wechselwirkungen von beruflicher und sozialer Teilhabe sind ebenso bedeutsam, wie solche zwischen beruflicher Teilhabe und Krankenbehandlung oder medizinischer Rehabilitation sowie weiteren Sozialleistungen.

eines neuen Bedarfs, ist auf eine Antragsstellung bei einem Reha-Träger hinzuwirken oder – nach Einholung der Einverständnis des Leistungsberechtigten – der zuständige Leistungsträger einzubinden. Mit Blick auf die Zielsetzung des Reha-Prozesses ist es wichtig, zentrale Informationen zwischen den Akteuren bei Bedarf unmittelbar auf dem „kurzen Dienstweg“ auszutauschen (z. B. Fehlzeiten, Abbrüche oder andere Hemmnisse).

Bei Störungen oder Problemen im Rahmen der Leistungserbringung können übergreifende Fallbesprechungen ein besonderes Austauschformat darstellen.

Ein besonderes Austauschformat zwischen Reha-Trägern und Leistungserbringern stellt im Einzelfall die gemeinsame Besprechung (Fallbesprechung) unter Einbindung des Leistungsberechtigten dar. Eine gemeinsame Fallbesprechung kann insbesondere dann hilfreich sein, wenn es zu Störungen oder Problemen im Rahmen der Leistungserbringung kommt (z. B. fehlende Mitwirkung, Gefährdung der Erreichung von Teilhabe- oder Leistungszielen). Der dann folgende Austausch hat das Ziel, den aktuellen Stand, die Ziele und das weitere Vorgehen gemeinsam mit dem Leistungsberechtigten zu erörtern und festzulegen.

5.3 ABSCHLUSS DER LEISTUNG UND ERGEBNISÜBERMITTLUNG

Leistungserbringer haben die Ergebnisse der Leistung in der Regel in Form eines Abschlussberichts festzuhalten. Nach der Durchführung einer Leistung oder eines Assessments übermittelt der Leistungserbringer dem Reha-Träger den Abschlussbericht. Diese Berichte beinhalten Informationen zur Ausgangssituation des Leistungsberechtigten vor Beginn der Leistung, zur Leistung an sich sowie zum Verlauf der Leistung. Zudem werden die wesentlichen Ergebnisse der Leistungen zusammenfassend dargestellt. Darüber hinaus wird im Rahmen des Abschlussberichtes ein Ausblick auf die mögliche (Re-)Integration in Arbeit gegeben. Soweit weitere Teilhabeleistungen für erforderlich gehalten werden, können diese im Sinne einer Empfehlung im Abschlussbericht benannt werden. Der Abschlussbericht über eine Leistung dient dem Reha-Träger wiederum als eine Grundlage für eine ggf. erneute Bedarfsermittlung oder seine Integrationsbemühungen.

Auch zum Abschluss einer Leistung können gemeinsame interdisziplinäre Fallbesprechungen ein hilfreiches Mittel sein, um aufbauend auf erreichte Ziele eine Zukunftsperspektive für den Leistungsberechtigten zu entwickeln, wenn das Teilhabeziel noch nicht erreicht wurde.

A |
B |
C |

TEIL B BEDARFSERMITTLUNG IN DER HANDLUNGSPRAXIS

Während Teil A Grundlagen der Bedarfsermittlung aufgreift, fokussiert Teil B die Bedarfsermittlung in der Handlungspraxis. Die übergreifenden Aspekte (Kapitel 3), die Inhalte der Bedarfsermittlung (Kapitel 4) sowie die Kapitel zur Zusammenarbeit und den Instrumenten (Kapitel 5 und 6) haben das Ziel, den Akteuren eine fachliche Basis für ihre Bedarfsermittlungen in der Praxis zur Verfügung zu stellen. Dabei sind die jeweils gültigen Vorschriften zum Datenschutz zu beachten. Im Fokus stehen dabei stets passgenaue Leistungen für Leistungsberechtigte.

3 ÜBERGREIFENDE ASPEKTE DER
BEDARFSERMITTLUNG MIT
BESONDEREM FOKUS AUF DEN
LEISTUNGSBERECHTIGTEN

4 INHALTE DER
BEDARFSERMITTLUNG

5 ZUSAMMENARBEIT IN
DER BEDARFSERMITTLUNG

6 **INSTRUMENTE DER
BEDARFSERMITTLUNG**

Viele Fragestellungen im Bereich LTA sind von Komplexität geprägt.

Viele Fragestellungen im Bereich der beruflichen Rehabilitation zeichnen sich durch ihre Komplexität aus. Insbesondere Fragen zu Eignung, Neigung oder zur Identifikation von Vorstellungen sind keine dichotomen Fragestellungen. Vielmehr reicht ihr Horizont vor allem bei Menschen mit Behinderungen wesentlich weiter.

Daher werden bei der Bedarfsermittlung verschiedene Instrumente im Sinne von Arbeitsmitteln eingesetzt. Zu solchen wurden im Kapitel „Inhalte“ bereits entsprechende Hinweise gegeben. Das Spektrum solcher Arbeitsmittel reicht von stark standardisierten, psychometrisch fundierten Einzelinstrumenten bis zu komplexen Arbeitsmitteln in Form von spezifischen Leistungen. Arbeitsmittel können dabei nicht losgelöst von Frage- und Zielstellungen betrachtet werden, zu deren Zweck sie eingesetzt werden sollen. Dieses Kapitel beinhaltet hierzu spezifische Informationen zu in der Bedarfsermittlung eingesetzten Arbeitsmitteln. Dazu wird auf drei Arten von Instrumenten eingegangen und eine zu diesem Konzept gehörende Instrumentendatenbank (Toolbox) vorgestellt.

6.1 EINZELINSTRUMENTE (ARBEITSMITTEL) IN DER INSTRUMENTENDATENBANK

In der Praxis wird eine Vielzahl unterschiedlicher Einzelinstrumente zur Bedarfsermittlung eingesetzt.

In der Praxis wird eine Vielzahl unterschiedlicher Einzelinstrumente i.S.v. Arbeitsmitteln⁴⁶ zur Bedarfsermittlung eingesetzt. Diese unterscheiden sich insbesondere darin, wozu sie Informationen erheben (Was misst/erhebt ein Instrument?). Zur Unterstützung der Bedarfsermittlung wurde daher ergänzend zu diesem Konzept eine Instrumentendatenbank (Toolbox) entwickelt (Abbildung 10).

In der Datenbank finden sich insbesondere psychometrische Tests. Bei den psychometrischen Tests handelt es sich mehrheitlich um standardisierte Tests mit ein- oder mehrdimensionalem Zielparametern als (psychologisches) Testkonstrukt. Ziel der Anwendung solcher Tests ist es, eine quantitative Aussage über den Grad der individuellen Merkmalsausprägung zu den spezifischen psychologischen Konstrukten (z. B. Aufmerksamkeit, Merkfähigkeit, Sprachkompetenz) treffen zu können. Neben den psychometrischen Test finden sich weitere Einzelinstrumente in der Datenbank. Dazu zählen Einzelinstrumente zur Beobachtung, Analyse und Bewertung von Merkmalen eines Menschen.

Die Beschaffung und der Einsatz psychometrischer Instrumente unterliegt häufig der Voraussetzung eines spezifischen Qualifikations- oder Sachkundenachweises des Instrumentennutzers (insb. umfassende berufliche Qualifikation im Bereich Psychologie). Solche Instrumente sind somit Reha-Fachkräften nicht unmittelbar zugänglich sondern bedingen mindestens eine Einbindung relevanter Professionen (insb. Psychologie) bei einem angestrebten Instrumenteneinsatz.⁴⁷ Entsprechende Hinweise finden sich in der Instrumentendatenbank im Feld „Ausbildung Testleiter“. Die Instrumentendatenbank findet sich unter www.bar-frankfurt.de.

Die Beschaffung und der Einsatz psychometrischer Instrumente unterliegt in der Regel Vorgaben.

Nutzen und Ziele der Instrumentendatenbank sind:

- Sie bietet einen Überblick über genutzte Instrumente⁴⁸ zur Bedarfsermittlung in der beruflichen Rehabilitation.
- Für jedes Instrument stellt die Datenbank – in Form von Steckbriefen – transparent und übersichtlich Rahmendaten zur Verfügung:
- Bibliografische Informationen: Titel, Kurztitel, Entwickler, Jahr, Auflage, Verlag, Bezugsquelle, Kurzbeschreibung, benannte Gütekriterien des Autors.
- (Mess-)Konstrukt(e) des Instruments (Was wird gemessen?)

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

47. In der Praxis sind bei Bedarf vorrangig eigene Fachdienste (z. B. Berufspsychologischer Dienst) zu nutzen. Im Übrigen kann auch auf die Angebote der bzw. weiterer Leistungserbringer zurückgegriffen werden.

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

- Informationen zur Anwendung: Nötige Ausbildung zur Anwendung, Methode der Datenerhebung, Testsituation, Dauer der Durchführung und Auswertung, Alter der Zielgruppe, Angaben zum Personenkreis
- Besonderheiten: Informationen über Barrierefreiheit, benötigte Materialien und Erfassung der Konstitution
- Sie ermöglicht die Suche und Auswahl von geeigneten Instrumenten mit Blick auf eine spezifische Fragestellung bzw. bestimmte (psychologische) Konstrukte
- Sie ermöglicht eine einheitliche Strukturierung von ermittelten Ergebnissen durch Einordnung in die Struktur des Arbeitsmodells nach Kapitel 4 dieses Konzepts (Wie sortiert sich der Befund in die insgesamt vorliegenden Informationen ein?).

Zur Verbesserung der Nutzungsmöglichkeiten des bio-psycho-sozialen Modells als gemeinsamer Handlungsgrundlage, wie es das Konzept vorsieht, erfolgte auf Grundlage eines mehrstufigen Verfahrens eine Zuordnung der psychologischen Konstrukte der Instrumente (Messgegenstände) zum bio-psycho-sozialen Modell der WHO.⁴⁹ Damit verknüpft die Instrumentendatenbank das was das Instrument misst (z. B. Intelligenz, Aufmerksamkeit) mit der Einordnung der Befunde in des bio-psycho-soziale Modell (z. B. Körperfunktion). Erst diese mit der Datenbank gebotene Verknüpfung ermöglicht es, Ergebnisse verschiedener Arbeitsmittel anhand des Arbeitsmodells zur Bedarfsermittlung nach Kapitel 4 einheitlich zu strukturieren und zu dokumentieren.

Das Basiskonzept und die Instrumentendatenbank sind eng miteinander verknüpft.

Abbildung 10: Screenshot zur Instrumentendatenbank

49. Der Bezug eingesetzter Instrumente zum der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) zugrundeliegenden bio-psycho-sozialen Modell der Weltgesundheitsorganisation (WHO) war bislang weitestgehend ungeklärt [83; 84]. Es liegen zwar teilweise Arbeiten vor, in denen eine Zuordnung von z. B. Assessmentinstrumenten zum bio-psycho-sozialen Modell erfolgte [85] bzw. aufgezeigt wurde [86], doch für die Mehrheit der in Deutschland verwendeten Instrumente zur Bedarfsermittlung in der beruflichen Rehabilitation war diese nicht ausreichend.

6.2 HANDLUNGSKONZEPTE DER REHA-TRÄGER

Handlungskonzepte strukturieren die Verwaltungsverfahren der Reha-Träger.

Zur Ausübung ihrer gesetzlichen Verpflichtungen zur Bedarfsermittlung in der beruflichen Rehabilitation (§ 13 SGB IX i. V. m. § 49 SGB IX) haben sich in der Handlungspraxis der Reha-Träger, unter Berücksichtigung von Leistungs- und Verfahrensgesetzen, verschiedene Ansätze, Prozesse und Konzepte bewährt. Hieraus haben sich sog. „Handlungskonzepte“ herausgebildet, die das Verwaltungsverfahren der Reha-Träger strukturieren und die Reha-Fachkräfte bei der Bedarfsermittlung unterstützen. Sie bilden die Grundlage für jeweilige Arbeitsprozesse und sind angesichts heterogener gesetzlicher Aufgaben, Zuständigkeiten und Leistungen zwischen den Reha-Trägern unterschiedlich, um den an sie gerichteten Anforderungen im Einzelnen gerecht zu werden. Sie können einen direkten Bezug zur Bedarfsermittlung aufweisen oder durch ihre Vorgaben auch nur indirekt auf die Bedarfsermittlung einwirken (z. B. Regelungen zur Leistungsgewährung). Arbeitsprozesse dienen aus Perspektive der Bedarfsermittlung in der Regel der Erhebung, Dokumentation, Planung und Ergebniskontrolle. Grundsätzlich betrachtet ist die Zielstellung der entwickelten Arbeitsprozesse sehr differenziert: zu ihren Aufgaben zählt z. B. die Operationalisierung gesetzlicher Grundlagen oder trägerspezifischer Strategien.

Die Handlungskonzepte zur Bedarfsermittlung in der beruflichen Rehabilitation bestehen in der Regel aus mehreren Anweisungen, Konzepten und Prozessbeschreibungen. Sie beinhalten ferner Ansätze zur Nutzung von Arbeitsmitteln und Gutachten, die zur Durchführung des Verwaltungsverfahrens bedeutsam sind. Neben Gutachten und trägereigenen Arbeitsmitteln (z. B. Antragsformular, Berichte, Checklisten) werden Einzelinstrumente oder spezifische Arbeitsmittel der Leistungserbringer je nach Erforderlichkeit und Fragestellung genutzt. Spezifische Arbeitsmittel der Leistungserbringer und Einzelinstrumente sind nicht Teil des originären Handlungskonzepts eines Reha-Trägers.

Die Instrumentendatenbank enthält einen Überblick über die Instrumente der Reha-Träger.

Trägereigene Arbeitsprozesse und Arbeitsmittel (Befundberichte, Antragsvordrucke, Gesamtpläne, Träger-Verfahren) sind nicht Bestandteil der unter 6.1 vorgestellten Instrumentendatenbank. Sie sind in der Bedarfsermittlung zwar nicht weniger bedeutsam, lassen sich allerdings nicht gleichermaßen in die Datenbankstruktur einordnen. Gleichwohl findet sich ebenfalls in der Instrumentendatenbank ein Überblick über die Handlungsprozesse der Reha-Träger im Bereich der beruflichen Rehabilitation in Form von Steckbriefen. Neben den gesetzlichen Grundlagen der einzelnen Handlungskonzepte enthalten diese in komprimierter Form verschiedene Informationen. Dazu zählen u. a.:

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

6.3 SPEZIFISCHE ARBEITSANSÄTZE BEI LEISTUNGSERBRINGERN

Leistungserbringer halten verschiedenste Angebote und Leistungen für die trägerseitige Bedarfsermittlung vor.

Bei den Leistungserbringern im Bereich der beruflichen Rehabilitation werden für die Beantwortung vielfältiger Fragestellungen verschiedenste Angebote und Leistungen für Reha-Träger vorgehalten. Zu diesen zu beauftragenden Leistungen zählen zum Beispiel:

- Assessments,
- Arbeitserprobungen,
- Belastungserprobungen,
- Eignungsabklärungen,
- Profilings,
- Diagnose der Arbeitsmarktfähigkeit besonders betroffener behinderter Menschen (DIA-AM).

Ein wesentlicher Teil dieser Leistungen ist oftmals ein Abgleich der individuellen Fähigkeiten, Fertigkeiten, Kompetenzen oder Potenziale des Leistungsberechtigten mit den Anforderungen des allgemeinen Arbeitsmarktes, eines Berufsbildes und/oder eines konkreten Arbeitsplatzes. Während der Erbringung dieser Leistungen wird der Leistungsberechtigte oft von einem interdisziplinären Reha-Team begleitet. Zur Beantwortung der Fragestellung(en) im Einzelfall wird dabei eine Kombination aus verschiedenen Methoden und Einzelinstrumenten genutzt. Zu den im Einzelnen genutzten Instrumenten zählen psychometrische Testverfahren, sowie Trainings, praktische Erprobungen, Beobachtungen oder Gespräche, die abgestimmt auf die Leistung und Leistungsberechtigten ausgewählt werden.

Die Arbeitsansätze setzen sich aus der Nutzung unterschiedlicher Instrumente, Erprobungen und Methoden zusammen.

6.3.1 ASSESSMENT

Im Allgemeinen bezeichnet der Begriff „Assessment“ Prozesse der Einschätzung, Beurteilung, Bewertung, Begutachtung, Feststellung und Abschätzung, wobei der Ist-Zustand eines Leistungsberechtigten analysiert wird und auf dieser Basis weitere aktuelle und/oder zukünftige Interventionen geplant werden können [87]. Assessments stellen einerseits durch Reha-Träger spezifisch beauftragbare Leistungen dar, können aber auch Bestandteile einer Leistung sein (z. B. in Form eines Eingangs-Assessments). Sie erfolgen oftmals im Zusammenhang mit Fragestellungen zur Eignungsabklärung, Berufsorientierung oder Arbeitserprobung.

Der Begriff „Assessment“ bezeichnet Prozesse der Einschätzung, Beurteilung, Bewertung, Begutachtung, Feststellung und Abschätzung.

Bezogen auf die Inhalte der Bedarfsermittlung (Kapitel 4) können im Rahmen von Assessments Informationen zu allen Inhaltsbereichen erhoben werden. Beispielsweise können Ergebnisse von psychologischen Tests sowie Tests zu Kulturtechniken wichtige Informationen für die bio-psycho-soziale Betrachtung (Kapitel 4.3) liefern oder wesentlich zur Erfassung von Kompetenzen (Kapitel 4.4) beitragen. Wesentlich sind oftmals auch die persönlichen (beruflichen) Vorstellungen und Wünsche des Leistungsberechtigten, die zur gemeinsamen Entwicklung von Zielen (Kapitel 4.5) wesentlich sind.

6.3.2 ARBEITSERPROBUNG

Inhaltlich umfasst eine Arbeitserprobung⁵⁰ die praktische Abklärung von beruflichen Fähigkeiten. Eine Arbeitserprobung zielt somit darauf ab, die arbeitsrelevante Leistungsfähigkeit und die soziale Anpassungsfähigkeit eines Leistungsberechtigten unter Berücksichtigung einer besonderen Gefährdung durch Einwirkungen am Arbeitsplatz zu ermitteln [87]. Die Arbeitserprobung ist zu unterscheiden von einer „stufenweisen Wiedereingliederung“, die in der Praxis der medizinischen Rehabilitation oftmals als Arbeits- und Belastungserprobung bezeichnet wird. Von Arbeitserprobungen weiterhin zu unterscheiden sind Eignungsabklärungen, die bei der anfänglichen Entwicklung eines Berufswunsches ansetzen.

Die Arbeitserprobung umfasst die praktische Abklärung von beruflichen Fähigkeiten.

Eine Arbeitserprobung im hiesigen Sinn wird insbesondere genutzt, um die grundsätzliche Eignung bzw. das Interesse für eine Ausbildung oder ein bestimmtes Berufsfeld zu eruieren. Sie dauert in der Regel nicht länger als vier Wochen [116]. In der Praxis sind Arbeitserprobungen bei einigen Leistungserbringern oftmals Bestandteil eines übergeordneten Reha-Assessments. Letztlich dient eine Arbeitserprobung dazu, Entscheidungen der Reha-Träger vorzubereiten, um möglichst passgenaue Qualifizierungsleistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben für den Leistungsberechtigten vorzuschlagen.

Bezogen auf die Inhalte der Bedarfsermittlung (Kapitel 4) kann eine Arbeitserprobung insbesondere Informationen zur Funktionsfähigkeit und Behinderung einer Person (Abschnitt 4.3) sowie zu ihren Kompetenzen (Abschnitt 4.4) liefern. Gleichzeitig bietet eine Arbeitserprobung die Möglichkeit zu überprüfen, ob ein angestrebtes Berufs- oder Tätigkeitsfeld geeignet und im Einzelfall

50. Neben dem Begriff „Arbeitserprobung“ sind folgende Bezeichnungen innerhalb der Reha-Praxis ebenso geläufig bzw. greifen wesentliche Zielstellungen der Arbeitserprobung (mit) auf: Facherprobung, Abklärung der beruflichen Eignung, arbeitspraktische Erprobung, erweiterte Arbeitserprobung, Kurzerprobungen, betriebliche Erprobung, betriebliche Qualifizierung, internes Training

realisierbar ist. Somit können durch die Ergebnisse einer Arbeitserprobung auch Ziele (Abschnitt 4.5) überprüft und angepasst werden.

6.3.3 BELASTUNGSERPROBUNG

Belastungserprobungen dienen der Feststellung der körperlichen, geistigen und psychischen Belastbarkeit.

Die Belastungserprobung bewegt sich zwischen medizinischer und beruflicher Rehabilitation, ist aber eher im medizinischen Kontext verortet. Belastungserprobungen dienen „vor allem der Feststellung der körperlichen, geistigen und psychischen Belastbarkeit für eine spätere berufliche Bildungsmaßnahme oder Arbeitstätigkeit“ [87]. Sie wird im Kontext der beruflichen Rehabilitation überwiegend in Einrichtungen zur Rehabilitation psychisch kranker Menschen (RPKs) und in Phase-II-Einrichtungen veranlasst: „Sie setzt ein, wenn die medizinische Behandlung eines Rehabilitanden noch im Vordergrund steht, aber bereits abgeklärt werden soll, wie es beruflich weitergehen könnte“ [88]. In vielen Fällen ist die Belastungserprobung eine Vorstufe zur beruflichen Rehabilitation. Inhaltlich gibt es Parallelen zur Arbeitserprobung. Die Belastungserprobung dauert in der Regel bis zu sechs Wochen.

Bezogen auf die Bedarfsermittlung sind die Ergebnisse einer Belastungserprobung vor allem dem Bereich der Funktionsfähigkeit und Behinderung zuzuordnen. Eine Belastungserprobung bietet die Möglichkeit, Auswirkungen eines Gesundheitsproblems auf die (berufliche) Teilhabe zu ermitteln.

6.3.4 EIGNUNGSABKLÄRUNG

Eignungsabklärungen erfolgen, wenn der Berufswunsch des Leistungsberechtigten noch offen ist.

Eine Eignungsabklärung erfolgt, wenn der Berufswunsch des Leistungsberechtigten noch weitestgehend offen ist. In einer 4- bis 12-wöchigen Maßnahme werden dabei verschiedene Berufszweige auf Basis der individuellen Wünsche, Fähigkeiten und Kompetenzen einer Person erprobt. Während einer Eignungsabklärung wird der Leistungsberechtigte von einem multidisziplinären Team, bestehend aus Psychologen, Pädagogen, Ergotherapeuten und Ärzten, begleitet. Dazu werden im Bereich der Eignungsabklärung, berufspraktische Diagnostik und Erprobung, psychometrische Testverfahren, Gespräche und Beobachtungen durchgeführt, um die Fähigkeiten, Kompetenzen und Stärken des Leistungsberechtigten herauszufinden.

Bezogen auf die Bedarfsermittlung werden in einer Eignungsabklärung insbesondere Ziele (Abschnitt 4.5) entwickelt.

6.3.5 PROFILING

Profiling erfassen berufliche und persönliche Merkmale eines Leistungsberechtigten.

Im Sinne einer Potenzialanalyse ist das Profiling⁵¹ allgemein darauf ausgerichtet, berufliche und persönliche Merkmale eines Leistungsberechtigten zu erfassen, um darauf aufbauend die Eignung für bestimmte Tätigkeiten feststellen zu können [89]. Mit einem Profiling werden in der Regel folgende Inhalte ermittelt und analysiert:⁵²

- Krankheitsgeschichte bzw. gegenwärtige Gesundheitssituation
- Schul- und Ausbildungs-/Berufsbiografie (vgl. Abschnitt 4.2)
- Persönliche (Ab-)Neigungen/Interessen (vgl. Abschnitt 4.5)
- Umfeld und Familie (Bezugspersonen und deren Kontaktdaten)
- Selbsteinschätzung von Kompetenzen (vgl. Kapitel 4.4)
- Wünsche und Zielsetzungen (vgl. Abschnitt 4.5)

51. Folgende Bezeichnungen sind innerhalb der Reha-Praxis ebenso geläufig bzw. greifen wesentliche Zielstellungen eines Profiling auf: Kompetenzfeststellung, individuelle Situationsanalyse, Anamnese-/Statuserhebung, Matching, Start- und Prozessprofiling

52. Die Aufzählung enthält zum Teil Aspekte, die nicht für jeden Leistungserbringertyp zutreffend sind und deshalb punktuell entfallen.

Bezogen auf die Inhalte der Bedarfsermittlung ermöglicht ein Profiling vor allem die Beurteilung von Zielen eines Leistungsberechtigten bzw. seiner in diesem Kontext relevanten Kompetenzen (Abschnitt 4.4).

6.3.6 DIAGNOSE DER ARBEITSMARKTFÄHIGKEIT BESONDERS BETROFFENER BEHINDERTER MENSCHEN (DIA-AM)

Die DIA-AM richtet sich speziell an Menschen mit Behinderungen, bei denen unklar ist, ob sie mit den Anforderungen des allgemeinen Arbeitsmarktes zurechtkommen. Im Einzelnen wird geprüft, ob und inwieweit Art oder Schwere der Behinderung einer Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt entgegensteht und ob, z. B. die Eingliederung in eine Werkstatt für Menschen mit Behinderungen eine sinnvolle Alternative wäre.

Ziel der DIA-AM ist es, durch eine Eignungsanalyse und eine betriebliche Erprobung herauszufinden, welche berufliche Reha-Leistung für einen Menschen mit Behinderungen geeignet ist. Bei der Eignungsanalyse werden psychometrische Tests, Erprobungen und Beobachtungen (z. B. Verhalten in der Gruppe) durchgeführt. Bei der betrieblichen Erprobung werden Potenziale identifiziert und der Umgang mit Anforderungen und Belastungen praxisorientiert getestet. Die Leistung dauert in der Regel 12 Wochen. Zielgruppe der Leistung sind z. B. Menschen mit Lernbehinderungen, geistigen Behinderungen oder dauerhaften psychischen Störungen.

Das Ergebnis einer DIA-AM wird in einem Abschlussbericht festgehalten. Dieser zeigt in der Regel den Unterstützungsbedarf auf und enthält Empfehlungen bezüglich weiterer Leistungen (z. B. eine berufsvorbereitende Bildungsmaßnahme (BvB), eine "Unterstützte Beschäftigung" oder die Qualifizierung in einer Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM).

Bezogen auf die Inhalte der Bedarfsermittlung werden insbesondere Informationen zur Funktionsfähigkeit und Behinderung (Abschnitt 4.3), zu den Kompetenzen (Abschnitt 4.4) sowie zu den Zielen (Abschnitt 4.5) eines Menschen mit Behinderungen identifiziert und ermittelt.

Bei DIA-AM wird geprüft, ob eine Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt möglich ist.

6.3.7 ZUSAMMENFASSENDE BETRACHTUNG

Zusammenfassend ist festzustellen, dass sich alle Leistungen insbesondere durch ihre multidisziplinäre Perspektive auf die Teilhabesituation eines Leistungsberechtigten auszeichnen. Oft bestimmen zudem interdisziplinäre Arbeitsweisen und eine umfassende Diagnostik den Inhalt der beschriebenen Leistungen. Alle vorgestellten Arbeitsmittel vereint weiterhin, dass ermittelte Erkenntnisse und Ergebnisse zu bestimmten Zeitpunkten während der Leistung sowie am Ende der Leistung gebündelt werden (Diagnostik, Instrumente, Verlauf, Ergebnisse etc.). Diese Gesamtbetrachtungen werden in Form von Berichten vom Leistungserbringer an den Reha-Träger, wenn diese mit Leistungen zu Bedarfsermittlung beauftragt wurden, übermittelt (vgl. Kapitel 5).

Alle Ansätze bei Leistungserbringern zeichnen sich insbesondere durch ihre multidisziplinäre Perspektive aus.

6.4 INSTRUMENTE ZUR BEDARFS-ERMITTLUNG IN DER WERKSTATT

Ist eine berufliche Teilhabe aufgrund der Behinderung eines Menschen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nicht möglich, stellt eine Tätigkeit in einer Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM) oder bei einem alternativen Leistungserbringer (§ 60 SGB IX) eine mögliche Form der Teilhabe am Arbeitsleben für die Menschen mit Behinderungen dar. Über die Aufnahme in eine WfbM wird im Rahmen des Fachausschusses, bzw. einer Teilhabekonferenz (Leistungsberechtigte, Leistungserbringer, Reha-Träger) beraten und beim Vorliegen der Voraussetzungen eine Empfehlung für die Erbringung der Teilhabeleistungen durch Aufnahme in die WfbM ausgesprochen. Auch hier finden insbesondere innerhalb des Eingangsverfahrens (§ 57 SGB IX) und im Berufsbildungsbereich Bedarfsermittlungen statt.

6.4.1 EINGANGSVERFAHREN GEM. § 57 SGB IX

Im Eingangsverfahren erfolgt eine individuelle Analyse vom Potential des Leistungsberechtigten.

Im Eingangsverfahren erfolgt eine individuelle Analyse vom Leistungspotential des Leistungsberechtigten durch Einzeltestungen und -erprobungen sowie Beobachtungen in der Gruppe. Neben der Erfassung von Kompetenzen (vgl. Abschnitt 4.4), werden im Eingangsverfahren auch die Eignung und Neigung des Leistungsberechtigten ermittelt.

Das Eingangsverfahren in einer WfbM oder bei einem anderen Leistungserbringer soll klären, ob mit Leistungen im Berufsbildungsbereich und perspektivisch im Arbeitsbereich der Werkstatt, die Teilhabe des Leistungsberechtigten zu realisieren ist sowie welche Arbeitsbereiche, Berufsfelder oder Beschäftigungsmöglichkeiten in Betracht kommen. Das Eingangsverfahren dauert in der Regel drei Monate, unter Umständen kann es auf bis zu vier Wochen verkürzt werden. Mit Abschluss des Eingangsverfahrens wird auf Basis z. B. einer Kompetenzanalyse ein Eingliederungsplan erstellt, der kontinuierlich fortgeschrieben wird.

Praxishinweis

Nähere Informationen zum Eingangsverfahren finden sich auch in den Fachkonzepten für Eingangsverfahren/Berufsbildungsbereich in Werkstätten für behinderte Menschen / bei anderen Leistungserbringer der Bundesagentur für Arbeit (www.arbeitsagentur.de)

6.4.2 ANWENDUNG DES KONZEPTS IN DER WERKSTATT

Das Konzept und seine Inhalte lassen sich auch auf die Werkstatt und alternative Leistungserbringer übertragen.

Frau M. (57 Jahre) ist Sozialpädagogin und Leiterin eines Kinderdorfs. Ihre berufliche Stellung erfordert es, dass Frau M. vor Ort mit den Kindern zusammen lebt. Infolge einer chronischen Überlastung, bedingt durch ein hohes Arbeitsaufkommen, die integrierte Wohnsituation am Arbeitsplatz und eine schwere Erkrankung des Sohns, erkrankt Frau M. an einer Paranoiden Schizophrenie (F20.0). Die mit der psychischen Störung einhergehenden Wahnvorstellungen lassen Frau M. in der Öffentlichkeit auffällig werden, was zunächst zur Einweisung in eine psychiatrische Klinik führt. Nach dem mehrwöchigen stationären Aufenthalt erfolgt der Versuch der beruflichen Wiedereingliederung. Die Wiedereingliederung muss mehrmals abgebrochen werden, da Frau M. aufgrund der Symptomatik und der Medikation nicht in der Lage ist, ihre Leitungsposition auszuführen. Frau M. verliert ihren Arbeitsplatz und muss auch ihre Wohnsituation verändern. Die Wahnvorstellungen führen letztlich zu längeren stationären Behandlungen von Frau M. in verschiedenen psychiatrischen Akut- und Rehakliniken. Leider verschwindet die Erkrankung nie vollständig. Zwischenzeitlich erfährt Frau M. von den Möglichkeiten der Wiedereingliederung in einer Werkstatt für behinderte Menschen. Daraufhin stellt Frau M. einen entsprechenden Antrag beim zuständigen Reha-Träger zur Aufnahme in das Eingangsverfahren. Durch die Bedarfsermittlung und Leistungsentscheidung beim Reha-Träger stellt sich die Leistung „Werkstatt für behinderte Menschen“ heraus:⁵³

- Im Eingangsverfahren der Werkstatt wird eine Bedarfsermittlung veranlasst, um zu prüfen, ob und mit welcher konkreten Zielstellung mit Leistungen im Berufsbildungsbereich und ggf. perspektivisch im Arbeitsbereich die Teilhabe am Arbeitsleben zu realisieren ist und um passende Arbeitsbereiche und Beschäftigungsmöglichkeiten zu identifizieren. Nach dem Einsatz von Assessments und psychometrischen Verfahren wird ein Eingliederungsplan erstellt und Frau M. eine Tätigkeit im Bürobereich (Scan-Service) empfohlen.
- Frau M. wird nach dem Eingangsverfahren im Berufsbildungsbereich aufgenommen. Dort wird ihr Eingliederungsplan regelmäßig fortgeschrieben. Dazu wird in kontinuierlichen Abständen eine Bedarfsermittlung durchgeführt. Im Fokus der Bedarfsermittlung steht die Art der Ausgestaltung der Leistung, um die beruflichen und lebenspraktischen Fähigkeiten zu fördern und eine berufliche Tätigkeit auf den allgemeinen Arbeitsmarkt oder im Arbeitsbereich vorzubereiten.

53. Auf die Bedarfsermittlungen und Prozesse beim Reha-Träger im Vorfeld der Aufnahme in die Werkstatt wird hier nicht eingegangen. Dahingehend wird auf die Fallbeispiele im Teil B des Konzepts hingewiesen. Hier geht es ausschließlich um die Bedarfsermittlungen im Eingangsverfahren in einer WfbM durch den Leistungserbringer.

Während des Eingangsverfahrens ergibt die Bedarfsermittlung bei Frau M. folgendes Bild:⁵⁴

Beeinträchtigungen im Bereich der Körperfunktionen und Körperstrukturen	
Kap. 1 Mentale Funktionen	Es besteht ein herabgesetzter Antrieb, der mit einer verlangsamten Reaktionsfähigkeit einhergeht. Frau M. ist zeitweise in ihrem Denken verzögert. Sie berichtet von Konzentrationsstörungen, Gedankenkreisen und Gedächtnisstörungen. Sie klagt über allgemeine kognitive Beeinträchtigungen. Aktuell leidet sie unter keinen Wahnvorstellungen. In psychotischen Phasen äußern sich ihre Wahnvorstellungen in Form von Verfolgungswahn.
Kap. 2 Sinnesfunktionen und Schmerz	-
Kap. 3 Stimm- und Sprechfunktionen	-
Kap. 4 Funktionen des kardiovaskulären, hämatologischen, Immun- und Atmungssystems	-
Kap. 5 Funktionen des Verdauungs-, des Stoffwechsel- und des endokrinen Systems	-
Kap. 6 Funktionen des Urogenital- und reproduktiven Systems Funktionen der Harnbildung- und der -ausscheidung	-
Kap. 7 Neuromuskuloskeletale und bewegungsbezogene Funktionen	-
Kap. 8 Funktionen der Haut und der Hautanhangsgebilde	-

Tabelle 8: Beeinträchtigungen im Bereich der Körperstrukturen und Körperfunktionen

Beeinträchtigungen im Bereich der Aktivitäten und Teilhabe	
Kap. 1 Lernen und Wissensanwendung	Es fällt Frau M. schwer, bestehendes Wissen abzurufen und anzuwenden.
Kap. 2 Allgemeine Aufgaben und Anforderungen	Komplexe Anforderungen stellen Frau M. vor Herausforderungen, für deren Bewältigung sie viel Zeit benötigt. Die täglichen Routinen fordern ihr viel Energie und Zeit ab.
Kap. 3 Kommunikation	-
Kap. 4 Mobilität	-
Kap. 5 Selbstversorgung	-
Kap. 6 Häusliches Leben	Frau M. kann ihren Haushalt nicht regelmäßig selbstständig führen.

54. Hier wird nur ein Ausschnitt wiedergegeben, um die Übertragbarkeit des Konzeptes zu verdeutlichen.

Kap. 7 Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen	Frau M. berichtet über Beeinträchtigungen der sozialen Interaktion. Es fällt ihr schwer, mit fremden Menschen in Kontakt zu treten.
Kap. 8 Bedeutende Lebensbereiche	-
Kap. 9 Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben	Aktuell benötigt Frau M. viel Kraft und Energie zur Bewältigung ihrer Anforderungen, so dass der Bereich Erholung und Freizeit kaum Beachtung findet.

Tabelle 9: Beeinträchtigungen im Bereich der Aktivitäten und Teilhabe

Umweltfaktoren in Bezug auf die Teilhabeziele:

Frau M. wird von ihrem Lebensgefährten und von ihrer Tochter unterstützt (+), die auch den Lebensunterhalt von Frau M. sicherstellen können (+). Sie hat eine eigene Wohnung und wird, wenn sie es selbst nicht schafft, von ihrer Familie unterstützt (+). Ihr Sohn lebt nach einem schweren Krankheitsverlauf in einer stationären Wohneinrichtung und bedarf nicht mehr ihrer unmittelbaren Fürsorge (+). Frau M. wird von einem Psychologen betreut, zu dem sie ein Vertrauensverhältnis aufbauen konnte (+). Allerdings ist die Medikation aktuell noch zu hoch eingestellt (-) und sollte angepasst werden. Ein Arbeitsplatz auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt steht ihr derzeit nicht zur Verfügung (-). Über ihre Familie hinaus hat Frau M. keine sozialen Kontakte (-).

Personbezogene Faktoren in Bezug auf die Teilhabeziele:

Frau M. hat ein abgeschlossenes Studium der Sozialpädagogik und Berufserfahrung in der Leitung gesammelt. Sie ist motiviert, an der beruflichen Integration mitzuwirken. Sie hat die Notwendigkeit der Medikation für ihre Stabilität erkannt. Allerdings hat Frau M. schlechte Erfahrungen mit bisherigen Wiedereingliederungen gemacht, die sie nun immer wieder beschäftigen. Aufgrund ihrer ehemaligen Leitungsposition ist Frau M. im sozialen Bereich der Region bekannt. Sie hält einen Gesichtsverlust durch den Wechsel von der Professionellen zur Patientin für sehr wahrscheinlich, was sie verunsichert. Frau M. befürchtet aufgrund ihrer psychischen Erkrankung zudem Schwierigkeiten zu haben, neue soziale Kontakte einzugehen.

Im Rahmen der **Zielentwicklung** werden mit Frau M. folgende Ziele vereinbart (Ausschnitt):

Teilhabeziele (Vereinbarung zwischen Frau M. und dem Reha-Träger)

- erfolgreiche Arbeitsaufnahme in einem geschützten Rahmen (mittelfristiges Ziel)
- Rückkehr auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt (langfristiges Ziel)

Leistungsziele (Vereinbarung zwischen Frau M. und dem Reha-Träger)

- Erfolgreicher Abschluss des Eingangsverfahrens
- Erfolgreicher Abschluss des Berufsbildungsbereichs

Handlungsziele (Vereinbarung zwischen Frau M. und der Werkstatt)

- Frau M. hat im Alltag soziale Kontakte geknüpft und kann auf Menschen zugehen.
- Frau M. geht bei der Bearbeitung von Aufgaben gewissenhaft und strukturiert vor.
- Frau M. hat feste Erholungs- und Entspannungszeiten in ihre Alltagsroutine eingebaut und kann sich bei Bedarf auch zusätzliche Zeiten gestatten.
- Frau M. ist medikamentös besser eingestellt.
- Frau M. kann ihren Haushalt sicher und allein bewerkstelligen.

A |
B |
C |

APPENDIX

7	GLOSSAR
8	LITERATURVERZEICHNIS
ANLAGE 1	CHECKLISTE ERGEBNISSE DER BEDARFSERMITTLUNG
ANLAGE 2	PRÜFKRITERIEN ZUR BEDARFSERMITTLUNG

Aktivität	<i>Aktivität</i> im Sinne der ICF ist die Durchführung einer Aufgabe oder Handlung (Aktion) durch eine Person. Siehe auch Leistungsfähigkeit, Leistung. [90]
Andere Leistungsanbieter	<i>Andere Leistungsanbieter</i> gem. § 60 SGB IX sollen eine Alternative zur beruflichen Bildung und zur Beschäftigung für Menschen mit Behinderung bieten, die Anspruch auf Leistungen in einer Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM) haben. Andere Leistungsanbieter können alle Träger sein, die die gesetzlichen/fachlichen Anforderungen erfüllen. Andere Leistungsanbieter bieten berufliche Bildung oder Beschäftigung an, wie sie ansonsten in einer WfbM angeboten werden. Die dort beschäftigten Menschen mit Behinderungen haben dieselben Rechte, die sie auch in einer Werkstatt hätten [91].
Arbeitsmarkt	<p><i>Arbeitsmarkt</i>; es ist ein vorrangiges sozialpolitisches Ziel, dass alle erwerbsfähigen Menschen die Möglichkeit erhalten, in regulären Beschäftigungsverhältnissen zu gleichen Arbeitsbedingungen auf dem Allgemeinen Arbeitsmarkt zu arbeiten. Dies gilt auch für solche schwerbehinderte Menschen, die im Arbeits- und Berufsleben besonders betroffen sind, etwa diejenigen,</p> <ul style="list-style-type: none"> • die zur Ausübung einer Beschäftigung aufgrund ihrer Behinderung einer besonderen Hilfskraft bedürfen, • deren Beschäftigung infolge der Behinderung für Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber mit außergewöhnlichen Belastungen verbunden ist oder • die infolge ihrer Behinderung nur eine wesentlich geminderte Arbeitsleistung erbringen können. <p>Von dem Allgemeinen Arbeitsmarkt (auch: Erster Arbeitsmarkt) ist der Besondere Arbeitsmarkt (auch: Zweiter Arbeitsmarkt) zu unterscheiden, zu dem alle staatlich subventionierten Arbeitsverhältnisse zählen. Hierzu gehören beispielsweise Beschäftigungen in Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM)/ bei anderen Leistungsanbietern. [113]</p>
Arbeitserprobung	Es wird auf die Ausführungen in Abschnitt 6.3 hingewiesen.
Arbeitsplatz	<i>Arbeitsplatz</i> ist der Bereich in einem Betrieb, einer Verwaltung oder einer Organisation, in dem Beschäftigte die im Rahmen ihres Arbeitsverhältnisses geschuldeten Tätigkeiten erbringen (vgl. § 156 SGB IX). Als Arbeitsplatz wird landläufig der Ort bezeichnet, an dem ein Arbeitnehmer oder eine Arbeitnehmerin in einer sozialversicherungspflichtigen (auch geringfügig Beschäftigten) Tätigkeit beschäftigt ist. Die selbstständige Beschäftigung oder ein Praktikum hingegen werden im Allgemeinen nicht als Arbeitsplatz bezeichnet. [114]
Assessment, Assessmentverfahren	Es wird auf die Ausführungen in Abschnitt 6.3 hingewiesen.
Barrierefreiheit	<i>Barrierefreiheit</i> bedeutet sinngemäß: für jeden begehbar, nutzbar, erreichbar. Barrierefreiheit beschreibt das Ziel, den öffentlichen Raum (Gebäude und Produkte, öffentliche Verkehrsmittel und befestigte Wege, aber auch Informationen wie z. B. Texte auf Hinweistafeln oder auf Internetseiten), so zu gestalten, dass er von jedem Menschen – unabhängig von seiner körperlichen Verfassung oder seines Alters – ohne Einschränkungen zugänglich und nutzbar ist (siehe § 4 BGG). Menschen sollen grundsätzlich ohne besondere Erschwernis und ohne fremde Hilfe ihren Alltag bewältigen können. Eine Behinderung entsteht, wenn Menschen mit einer körperlichen oder geistigen Beeinträchtigung auf Barrieren in ihrer Umwelt treffen. Somit ist Barrierefreiheit ein Instrument, Menschen ein weitgehend selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen. [92]
Barrieren	<i>Barrieren</i> im Sinne der ICF sind Kontextfaktoren, die sich negativ auf die Funktionsfähigkeit auswirken.

Bedarfserkennung gilt als erster Schritt im Reha-Prozess. Bei der Bedarfserkennung geht es um das möglichst frühzeitige Erkennen von möglichem Bedarf an Leistungen zur Teilhabe. In der Regel folgt auf den Schritt der Bedarfserkennung der Schritt der Antragstellung durch die Leistungsberechtigten und daraufhin die Phase der Zuständigkeitsklärung durch die Reha-Träger. [93]

Bedarfserkennung

Bedarfsermittlung (im Sinne dieses Konzepts) bezeichnet das Vorgehen, welches auf individueller Ebene Informationen zur Prüfung bzw. Konkretisierung eines vorliegenden Teilhabebedarfs erhebt, bündelt und auswertet. Die Bedarfsermittlung schafft somit die notwendigen inhaltlichen Voraussetzungen für die formale Festlegung eines Teilhabebedarfs. Auf den Abschnitt 1.3 wird hingewiesen.

Bedarfsermittlung

Beeinträchtigungen der Aktivität im Sinne der ICF sind Schwierigkeiten, die eine Person bei der Durchführung einer Aktivität haben kann. Sie ist eine quantitative oder qualitative Abweichung in der Durchführung der Aktivität bezüglich Art oder Umfang der Durchführung, die von Menschen ohne Gesundheitsproblem erwartet wird. [90]

Beeinträchtigungen der Aktivität

Beeinträchtigungen der Partizipation [Teilhabe] im Sinne der ICF sind Probleme beim Einbezogen sein in Lebenssituationen oder Lebensbereiche, die eine Person erlebt. Das Vorhandensein einer Einschränkung der Partizipation [Teilhabe] einer Person wird durch den Vergleich mit der erwarteten Partizipation [Teilhabe] einer Person der entsprechenden Kultur oder Gesellschaft ohne Behinderung bestimmt. [49; 90]

Beeinträchtigungen der Partizipation

Behinderung im Sinne der ICF ist ein Oberbegriff für Schädigungen (Funktionsstörungen, Körperstrukturschäden), Beeinträchtigungen der Aktivität und Beeinträchtigungen der Partizipation [Teilhabe]. Sie bezeichnet die negativen Aspekte der Interaktion zwischen einer Person (mit einem Gesundheitsproblem) und ihren Kontextfaktoren (Umwelt- und personbezogene Faktoren). Der Behinderungsbegriff der ICF ist wesentlich weiter gefasst als der des SGB IX. [90]

Behinderung

Menschen gelten im sozialrechtlichen Sinne als behindert (§ 2 Absatz 1 SGB IX), wenn ihre körperlichen oder geistigen Fähigkeiten oder ihre seelische Gesundheit nicht nur vorübergehend (das heißt länger als sechs Monate) von dem altersentsprechenden Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft beeinträchtigt ist. Sie sind von Behinderung bedroht, wenn eine derartige Beeinträchtigung zu erwarten ist. Diese Begriffsbestimmung ist angelehnt an die Vorschläge der Weltgesundheitsorganisation (WHO). Dabei steht das Ziel der Teilhabe an den verschiedenen Lebensbereichen im Vordergrund und nicht mehr eine Orientierung an tatsächlichen oder vermeintlichen Defiziten. [94]

Es wird auf die Ausführungen in Abschnitt 6.3 hingewiesen.

Belastungserprobung

Berufliche Trainingszentren (BTZ) sind Rehabilitationseinrichtungen, die Menschen nach psychischen Erkrankungen dabei unterstützen, beruflich wieder Fuß zu fassen oder sich neu zu orientieren. Mit individuellen Angeboten zur beruflichen Orientierung, Qualifizierung und Wiedereingliederung setzen sie sich dafür ein, dass diese ihrer Leistungsfähigkeit entsprechend wieder am Berufsleben teilhaben können. Die Beruflichen Trainingszentren bieten spezielle Trainings- und Eingliederungsmaßnahmen an. [115]

Berufliche Trainingszentren (BTZ)

Berufsbildungswerke (BBW) sind Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation im Sinne des § 51 SGB IX. In Berufsbildungswerken können junge Menschen mit Behinderungen eine berufliche Erstausbildung oder Berufsvorbereitung absolvieren. [95]

Berufsbildungswerke (BBW)

Berufsförderungswerke (BFW) sind überbetriebliche Einrichtungen, in denen in der Regel erwachsene Menschen mit Behinderungen z. B. eine Weiterbildung oder Umschulung (neue Berufsausbildung) machen können. Die BFW unterstützen die berufliche Rehabilitation, also die Wiedereingliederung ins Berufsleben. [96]

Berufsförderungswerke (BFW)

Berufsvorbereitung	<i>Berufsvorbereitung</i> ; Leistungen zur Berufsvorbereitung oder Berufsausbildungsvorbereitung sollen die Berufswahl, die Aufnahme einer Erstausbildung oder die berufliche Wiedereingliederung unterstützen. Die Berufsvorbereitung dient jungen Menschen dazu, nach dem Besuch der allgemeinbildenden Schule den Einstieg in Ausbildung und Beruf zu erleichtern bzw. durch die entsprechenden Voraussetzungen erst zu ermöglichen, wenn diese durch den bisherigen Schulbesuch nicht erreicht werden konnten. Für Erwachsene spielt die Berufsvorbereitung insbesondere dann eine Rolle, wenn sie zum Beispiel durch Unfall oder Krankheit aufgrund von Berufsunfähigkeit ihren bisherigen Beruf oder ihre bisherige Berufstätigkeit nicht mehr ausüben können und vor einer Um- oder Neuorientierung stehen. Berufsvorbereitende Maßnahmen vermitteln zum Beispiel Sach-, Lern- und Sozialkompetenzen. Für Menschen mit Behinderungen ist die Berufsvorbereitung eine Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben, die auf die Aufnahme einer Berufsausbildung vorbereitet oder der beruflichen Eingliederung dient (vergleiche § 51 SGB III, § 49 SGB IX). Sie schließt die wegen einer Behinderung erforderlichen Grundausbildungen mit ein, wie beispielsweise die blindentechnische Grundausbildung oder entsprechende Maßnahmen für beispielsweise spätaubte Menschen. [97]
Beurteilungsmerkmale	<i>Beurteilungsmerkmale</i> im Sinne der ICF dienen der näheren Qualifizierung der dokumentierten Items der verschiedenen Teilklassifikationen. Das allgemeine Beurteilungsmerkmal, das für alle Komponenten der ICF gleich ist, gibt den Schweregrad des Problems an. Bei den Umweltfaktoren besteht das Problem in Barrieren. Es können jedoch auch für die Funktionsfähigkeit förderliche Faktoren (Förderfaktoren) kodiert werden. Die weiteren Beurteilungsmerkmale sind komponentenspezifisch. [90]
Domäne	<i>Domäne</i> im Sinne der ICF ist eine sinnvolle und praktikable Menge von Items aus einer beliebigen Teilklassifikation der ICF. Die Domänen bilden die verschiedenen Kapitel und Blöcke innerhalb jeder Komponente, z. B. Mentale Funktionen (Kapitel 1 der Körperfunktionen). [90]
Eigenschaft(en) einer Person	<i>Eigenschaft(en) einer Person</i> ist eine relativ überdauernde (zeitstabile) Bereitschaft (Disposition), die bestimmte Aspekte des Verhaltens einer Person in einer bestimmten Klasse von Situationen beschreiben und vorhersagen soll. Davon abzugrenzen ist der aktuelle Zustand einer Person, der über Situationen hinweg variiert. Ebenfalls nicht zu den Eigenschaften gerechnet werden Verhaltensgewohnheiten, also die erlernten Reaktionen auf spezifische Reize. [90]
Eignung	<i>Eignung</i> ; die Beurteilung der Eignung für einen bestimmten Beruf geschieht immer im Vorhinein, die Eignung selbst erweist sich letztlich erst im Verlauf von Ausbildung und Berufstätigkeit. Mit einer fundierten Einschätzung sollen Fehlentwicklungen vermieden werden (beispielsweise Abbruch der Ausbildung, berufliche Über- oder Unterforderung) und ein erfolgreicher Ausbildungsverlauf sowie Zufriedenheit im Beruf gewährleistet werden. Zur Beurteilung der beruflichen Eignung ist es notwendig, individuelle Neigungen, Interessen und Fähigkeiten realistisch einzuschätzen und zu den beruflichen Anforderungen ins Verhältnis zu setzen (in die Einschätzung der Eignung gehen sowohl die Selbsteinschätzung der Betroffenen als auch die Fremdeinschätzung anderer ein). [98]
Eignungsabklärung	Es wird auf die Ausführungen in Abschnitt 6.3 hingewiesen.
Eingliederungshilfe	<i>Eingliederungshilfe</i> für Menschen mit Behinderungen ist eine Leistung der Sozialhilfe nach dem SGB XII. (Für Kinder und Jugendliche mit einer psychischen Erkrankung finden sich vergleichbare Regelungen im SGB VIII.) Menschen mit einer nicht nur vorübergehenden geistigen, körperlichen oder psychischen Behinderung haben Anspruch auf Eingliederungshilfe, wenn ihre Fähigkeit zur Teilhabe am gesellschaftlichen Leben durch die Behinderung wesentlich eingeschränkt ist. Die Leistungen der Eingliederungshilfe werden erbracht, um die Behinderung oder deren Folgen zu beseitigen oder zu mildern und behinderten Menschen so die Chance zur Teilhabe am gesellschaftlichen Leben zu ermöglichen. [99]

Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung (EUTB) wird seit dem 1. Januar 2018 aus Bundesmitteln in Form neuer Beratungsstellen gefördert und etabliert. Die EUTB wird laut Bundesteilhabegesetz (BTHG) ergänzend zu dem bestehenden Beratungsangebot der Reha-Träger niedrigschwellig und unabhängig von Leistungsträgern und Leistungserbringern angeboten. Dabei soll die EUTB noch weit vor der Beantragung von Leistungen erfolgen und wegweisend eine umfassende Planungs- Orientierungs- und Entscheidungshilfe darstellen. Beraten wird über Rechte und Pflichten der Leistungsberechtigten, mögliche Teilhabeleistungen, Zuständigkeiten und den Verfahrensablauf. Die EUTB steht als unentgeltliches Angebot allen Menschen mit (drohender) Behinderung und ihren Angehörigen offen. Sie soll wohnortnah, zeitnah sowie barrierefrei ausgestaltet werden. [100]

Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung (EUTB)

Fähigkeiten sind zeitlich relativ stabile Grundlagen für die Entwicklung von Kompetenzen. [90]

Fähigkeiten

Fertigkeiten bezeichnen das Können, Fähigkeiten, (erworbenes) Wissen und Kenntnisse einzusetzen, um Aufgaben auszuführen und Probleme zu lösen. [90]

Fertigkeiten

Förderfaktoren im Sinne der ICF sind Kontextfaktoren, die sich positiv auf die Funktionsfähigkeit auswirken. [90]

Förderfaktoren

Funktionsfähigkeit im Sinne der ICF ist ein Oberbegriff für Körperfunktionen, Körperstrukturen, Aktivitäten und Partizipation [Teilhabe]. Sie bezeichnet die positiven Aspekte der Interaktion zwischen einer Person (mit einem Gesundheitsproblem) und ihren Kontextfaktoren (Umwelt- und personbezogene Faktoren). Funktionsfähigkeit kann so verstanden werden, dass eine Person trotz einer Erkrankung all das tut oder tun kann, was von einem gesunden Menschen erwartet wird und/oder sie sich in der Weise und dem Umfang entfalten kann, wie es von einem gesunden Menschen erwartet wird. [90]

Funktionsfähigkeit

Es wird auf die Ausführungen in Abschnitt 4.5 hingewiesen.

Handlungsziele

ICF ist die Abkürzung für Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (International Classification of Functioning, Disability and Health). Sie wurde im Jahr 2001 von der WHO verabschiedet und ist die Nachfolgerin der Internationalen Klassifikation der Schädigungen, Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen, ICDH (International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps) der WHO von 1980. [90]

ICF

Instrumente im Sinne dieses Konzepts umfassen sowohl „systematische Arbeitsprozesse“ als auch „standardisierte Arbeitsmittel“.

Instrumente

Integrationsfachdienste (IFD) sind Dienste Dritter, die Menschen mit Behinderungen bei der Suche nach einem Ausbildungs- oder Arbeitsplatz beraten und unterstützen. Daneben helfen sie, Probleme in bestehenden Arbeitsverhältnissen zu lösen, um Arbeitsplätze dauerhaft zu erhalten. Durch unterschiedliche Strukturen in den Bundesländern unterscheiden sich die IFD in ihren Arbeitsfeldern, Zuständigkeiten und Rahmenbedingungen sehr. Überwiegend werden IFD für schwerbehinderte und ihnen gleichgestellte Menschen und insbesondere besonders betroffene schwerbehinderte Menschen aktiv – je nach Region werden aber auch behinderte und von Behinderung bedrohte Menschen ohne anerkannte Schwerbehinderung betreut. [101]

Integrationsfachdienste (IFD)

Items im Sinne der ICF sind die eigentlichen klassifizierbaren Grundbausteine der ICF, die aus einem alphanumerischen Kode und dem zugehörigen Begriff wie z. B. b1440 Kurzzeitgedächtnis oder d115 Zuhören bestehen. Items werden auch als Kategorien bezeichnet. [90]

Items

Kategorien im Sinne der ICF sind die eigentlichen klassifizierbaren Grundbausteine der ICF, die aus einem alphanumerischen Kode und dem zugehörigen Begriff wie z. B. b1440 Kurzzeitgedächtnis oder d115 Zuhören bestehen. Sie bilden die Einheiten der vier Teilklassifikationen (Komponenten) der ICF auf Item-Ebene. Kategorien werden auch als Items bezeichnet. [90]

Kategorien

Kenntnisse	<i>Kenntnisse</i> sind erworbenes Wissen über Fakten, Grundsätze, Theorien und Praxis in einem Arbeits- oder Lernbereich. [90]
Klassifikationen	<i>Klassifikationen</i> sind Ordnungssysteme. „Klassifizierung“ ist die Erstellung eines Ordnungssystems und „Klassierung“ die Einordnung eines Falles in ein Ordnungssystem. [90]
Kode	<i>Kode</i> wird in der ICF entweder als „Kode der Kategorie“ verstanden, womit der alphanumerische Kode (z. B. b114) gemeint ist, oder als „numerischer Kode“ des Beurteilungsmerkmals (z. B. b114.2). Die ICF verwendet in der deutschsprachigen Ausgabe nur „Kode“ (nicht „Code“). [90]
Kodierung	<p><i>Kodierung</i> im Sinne der ICF besteht aus der Auswahl einer Kategorie (eines Items) und ihrer Beurteilung mit den sogenannten Beurteilungsmerkmalen. Die dazugehörigen Kodierungsleitlinien in der ICF betreffen verschiedene Sichtweisen, unter denen eine Kategorie beurteilt werden kann, z. B. wie groß das Ausmaß einer Schädigung oder einer Beeinträchtigung ist, ob die tatsächliche Leistung (performance) oder die Leistungsfähigkeit unter Testbedingungen (capacity) gemeint ist. Die Kontextfaktoren werden entweder als Barrieren oder als Förderfaktoren beurteilt. Im praktischen Alltag der beruflichen Rehabilitation ist für die Komponenten Körperfunktionen/-strukturen und Aktivität/Teilhabe in der Regel das 1. (= „allgemeine“) Beurteilungsmerkmal ausreichend, das das „Ausmaß des Problems (der Schädigung oder der Beeinträchtigung)“ angibt.</p> <p>Die Stufen der Beurteilung werden hierzu mit 0-4 angegeben:⁵⁵</p> <ul style="list-style-type: none"> xxx.0 Problem nicht vorhanden (ohne, kein, unerheblich ...) xxx.1 Problem leicht ausgeprägt (schwach, gering ...) xxx.2 Problem mäßig ausgeprägt (mittel, ziemlich ...) xxx.3 Problem erheblich ausgeprägt (hoch, äußerst ...) xxx.4 Problem voll ausgeprägt (komplett, total ...) <p>Beispiel: d115.2 Zuhören – mäßig beeinträchtigt [90]</p>
Kompetenzen	<i>Kompetenzen</i> sind grundlegende Fähigkeiten einer Person, die für die Bewältigung der allgemeinen Anforderungen des Arbeitsmarktes oder eines spezifischen Arbeitsplatzes erforderlich oder förderlich sind. Kompetenzen basieren auf mehreren verschiedenartigen / breit gefächerten Kenntnissen, Fertigkeiten und Einstellungen. Sie sind kontextspezifisch und bis zu einem gewissen Grad entwickelbar bzw. kompensierbar. [49; 90]
Komponenten	<p><i>Komponenten</i> im Sinne der ICF sind die Bestandteile der beiden Teile der ICF, also die vier Teilklassifikationen</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Körperfunktionen und -strukturen, 2) Aktivitäten und Partizipation [Teilhabe], 3) Umweltfaktoren und 4) Personbezogene Faktoren. [90]
Kontextfaktoren	<i>Kontextfaktoren</i> im Sinne der ICF sind alle Gegebenheiten des Lebenshintergrundes einer Person. Sie sind in Umweltfaktoren und Personbezogene Faktoren gegliedert. [90]
Konstrukt („Psychologisches Konstrukt“)	Als Konstrukt eines Instrumentes werden diejenigen Sachverhalte beschrieben, die das Instrument abbildet bzw. misst. Als Konstrukt bzw. Merkmal kann vieles zählen: Intelligenz, Persönlichkeit, Gedächtnis, Aufmerksamkeit, Konzentration, spezifische Kenntnisse, Einstellungen, Interessen, Beschwerden, Befindlichkeiten etc. Das (oft psychologische) Konstrukt bzw. Merkmal (z. B. „Schwere einer Depression“) wird bei psychometrischen Tests auf einer Testskala erfasst, die in der Regel aus mehreren Items besteht, die das gemeinsame Konstrukt betreffen (z. B. Fragen zu „Traurigkeit“, „Selbstmordgedanken“ oder „Verlust an sexuellem Interesse“). Erst aus dem Zusammenspiel der Items der spezifischen Testskala wird ein (psychologisches) Konstrukt bzw. Merkmal erhoben.

Psychologische Tests erfassen ein oder mehrere abgrenzbare Konstrukte bzw. Merkmale. Sie haben das Ziel, den Ausprägungsgrad individueller Merkmale möglichst genau zu bestimmen. Bei einem wissenschaftlich fundierten, psychologischen Test wird das zu erfassende Konstrukt bzw. Merkmal aus einer Testtheorie abgeleitet und der Test hinsichtlich der Testgütekriterien empirisch überprüft.

Körper im Sinne der ICF bezieht sich als Begriff auf den menschlichen Organismus als Ganzes. Daher umfasst er auch das Gehirn und seine Funktionen, z. B. den Verstand. [90]

Körper

Körperfunktionen im Sinne der ICF sind die physiologischen Funktionen von Körpersystemen (einschließlich der psychischen Funktionen). [90]

Körperfunktionen

Körperstrukturen im Sinne der ICF sind anatomische Teile des Körpers, wie Organe, Gliedmaßen und ihre Bestandteile. [90]

Körperstrukturen

Lebensbereiche im Sinne der ICF sind Domänen der Klassifikation der Aktivitäten und Teilhabe. [90]

Lebensbereiche

Lebenswelt bezeichnet die subjektive Wirklichkeitskonstruktion eines Menschen, die er sich vor dem Hintergrund seiner Lebenslage, d. h. seiner materiellen und immateriellen Lebensbedingungen, macht. [90; 105]

Lebenswelt

Leistung im Sinne der ICF ist ein Konstrukt, das als Beurteilungsmerkmal angibt, was Personen in ihrer gegenwärtigen, tatsächlichen Umwelt tun, und deshalb den Gesichtspunkt des Einbezogen seins einer Person in Lebensbereiche berücksichtigt. Die Leistung ist die tatsächliche Durchführung einer Aufgabe oder Handlung einer Person in ihrem gegenwärtigen Kontext. [90]

Leistung

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) sind eine Leistungsgruppe der Leistungen zur Teilhabe. Sie fördern die berufliche Teilhabe behinderter und von Behinderung bedrohter Menschen. LTA kommen entweder allein oder in Ergänzung vorausgegangener Leistungen zur medizinischen Rehabilitation in Frage. Sie müssen erforderlich und geeignet dazu sein, Menschen entsprechend ihrer gesundheitsbedingten Leistungsfähigkeit (wieder) einzugliedern und ihre Teilnahme am Arbeitsleben langfristig zu sichern. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben umfassen

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA)

- Hilfen zur Erhaltung oder Erlangung eines Arbeitsplatzes einschließlich Leistungen zur Aktivierung und beruflichen Eingliederung,
- eine Berufsvorbereitung einschließlich einer wegen der Behinderung erforderlichen Grundausbildung,
- die individuelle betriebliche Qualifizierung im Rahmen Unterstützter Beschäftigung,
- die berufliche Anpassung und Weiterbildung, auch soweit die Leistungen einen zur Teilnahme erforderlichen schulischen Abschluss einschließen,
- die berufliche Ausbildung, auch soweit die Leistungen in einem zeitlich nicht überwiegenden Abschnitt schulisch durchgeführt werden,
- die Förderung der Aufnahme einer selbstständigen Tätigkeit durch die Reha-Träger nach § 6 Absatz 1 Nummern 2 bis 5 SGB IX und
- sonstige Hilfen zur Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben, um Menschen mit Behinderungen eine angemessene und geeignete Beschäftigung oder eine selbstständige Tätigkeit zu ermöglichen und zu erhalten. [102]

Leistungsberechtigte werden innerhalb dieses Konzepts alle Personen (Ratsuchende, Antragsteller, Versicherte etc.) bezeichnet; unabhängig davon, ob sie einen sozialrechtlichen Status bereits innehaben oder noch zuerkannt bekommen.

Leistungsberechtigte

55. Die Kodierung der Kontextfaktoren in ihrer Wirkung als Barrieren oder Förderfaktoren wird hier aus Platzgründen nicht detailliert gezeigt.

Leistungsfähigkeit	<i>Leistungsfähigkeit</i> im Sinne der ICF ist ein Konstrukt, das als Beurteilungsmerkmal das höchstmögliche Niveau der Funktionsfähigkeit einer Person in einer Domäne der Aktivitäten- und Partizipationsliste zu einem gegebenen Zeitpunkt angibt. Sie ist das maximale Leistungsniveau einer Person bezüglich einer Aufgabe oder Handlung unter Test-, Standard- oder hypothetischen Bedingungen. [90]
Leistungsziele	Es wird auf die Ausführungen in Abschnitt 4.5 hingewiesen.
Medizinisch-berufliche Rehabilitation (mBR) in Phase II	Die Einrichtungen der <i>medizinisch-beruflichen Rehabilitation (Phase II)</i> sollen eine Lücke schließen zwischen der medizinischen Akutbehandlung und Erstversorgung (Phase I) sowie der beruflichen Rehabilitation (Phase III), die der Ausbildung oder Umschulung dient. Einrichtungen der medizinisch-beruflichen Rehabilitation sind besondere Rehabilitationszentren für spezielle Krankheiten oder Arten der Behinderung, in denen in einem nahtlos ineinander greifenden Verfahren Leistungen zur Teilhabe (Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben) erbracht werden. [103]
Neigung	Auf die Ausführungen im Unterabschnitt 4.5.2.1 wird hingewiesen.
Partizipation	<i>Partizipation</i> [Teilhabe] im Sinne der ICF ist das Einbezogenensein in eine Lebenssituation. Sie repräsentiert die gesellschaftliche Perspektive der Funktionsfähigkeit. (siehe Teilhabe) [90]
Personbezogene Faktoren	<i>Personbezogene Faktoren</i> im Sinne der ICF sind Kontextfaktoren, die sich auf die betrachtete Person beziehen, wie der besondere Hintergrund des Lebens und der Lebensführung einer Person (ihre Eigenschaften und Attribute), z. B. Alter, Geschlecht, sozioökonomischer Status, Ernährungsgewohnheiten, Weltanschauung, Einstellung zur Arbeit. [90]
Persönliches Budget	<i>Persönliches Budget</i> ist eine Leistungsform, bei der behinderte oder von Behinderung bedrohte Menschen von den Leistungsträgern eine Geldleistung oder einen Gutschein anstelle von Dienst- oder Sachleistungen erhalten. Mit diesem Geld können sie Reha- oder Eingliederungsleistungen selbst einkaufen. [106]
Profiling	Es wird auf die Ausführungen in Abschnitt 6.3 hingewiesen.
Praktikum	<i>Praktikum</i> vermittelt Einblicke in die berufliche Praxis, betriebliche Abläufe und wirtschaftliche Zusammenhänge. Die Mitarbeit im Betrieb erfolgt auf Grundlage eines Praktikantenstatus', der unterschiedlich geregelt sein kann (bei längeren Praktika zum Beispiel durch einen Praktikantenvertrag), der in jedem Fall jedoch abgegrenzt ist von einem Arbeitnehmerverhältnis. [107]
Psychologisches Konstrukt	<i>Psychologisches Konstrukt</i> (vgl. Konstrukt)
Rehabilitationseinrichtungen	<i>Rehabilitationseinrichtungen</i> und Rehabilitationsdienste führen Leistungen zur Teilhabe aus. Es kann sich um eigene Einrichtungen und Dienste der Reha-Träger oder um sogenannte Vertragseinrichtungen handeln. Einrichtungen und Dienste können stationär, ambulant oder mobil sein mit Angeboten im medizinischen, schulischen, beruflichen oder sozialen Bereich. Zu den Rehabilitationseinrichtungen der beruflichen Rehabilitation gehören beispielsweise Berufsförderungswerke (BFW), Berufsbildungswerke (BBW), Berufliche Trainingszentren (BTZ) und Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM). In Einrichtungen zur beruflichen Rehabilitation, wie den BBW und BFW, erhalten die Teilnehmer und Teilnehmerinnen Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) wie beispielsweise Umschulungen, Berufsvorbereitungslehrgänge, außerbetriebliche Ausbildungen, berufliche Anpassungen oder Weiterbildungen. [108]

Rehabilitationsträger (auch: Reha-Träger) sind Institutionen, die gemäß SGB IX die Kosten für die Hilfen und Leistungen zur sozialen, medizinischen oder beruflichen Rehabilitation (auch: Leistungen zur Teilhabe) übernehmen. In Deutschland gibt es mehrere Reha-Träger. Für die Leistungen zur Teilhabe ist kein einheitlicher Träger zuständig, sondern jeder Reha-Träger hat neben seinen sonstigen Aufgaben seinen spezifischen Bereich der Rehabilitation und Teilhabe. Wer aufgrund einer Erkrankung, eines Unfalls oder einer Behinderung Hilfe in Form von Rehabilitationsmaßnahmen bzw. Leistungen zur Teilhabe benötigt, wendet sich an einen der Reha-Träger.

Rehabilitationsträger

Reha-Träger können sein:

- die gesetzlichen Krankenkassen
- die Bundesagentur für Arbeit
- die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung
- die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung
- die Träger der Kriegsopferversorgung und die Träger der Kriegsopferfürsorge
- die Träger der öffentlichen Jugendhilfe
- die Träger der Eingliederungshilfe [109]

Reha-Fachkraft bezeichnet innerhalb dieses Konzepts alle Akteure und Professionen, die mit der Bedarfsermittlung oder speziellen Abschnitten der Bedarfsermittlung betraut worden sind.

Reha-Fachkraft

Rehabilitationseinrichtung für psychisch kranke und behinderte Menschen (RPK) bietet schwer psychisch beeinträchtigten Menschen ein umfassendes Rehabilitationsangebot. In möglichst wohnortnahe Einrichtungen mit einem spezifischen therapeutischen Milieu werden Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben im Rahmen einer integrierten Komplexleistung durch ein multiprofessionelles Rehabilitationsteam unter ärztlicher Leitung ambulant und stationär vorgehalten. [87]

**Rehabilitations-
einrichtung für
psychisch kranke
und behinderte
Menschen (RPK)**

Schädigungen im Sinne der ICF sind Beeinträchtigungen einer Körperfunktion oder -struktur, wie z. B. eine wesentliche Abweichung von geltenden statistischen Normen oder ein Verlust. [90]

Schädigungen

Sozialmedizinische Beurteilung (Begutachtung) ist die Voraussetzung für Entscheidungen der Sozialleistungsträger über Leistungen zur Teilhabe anhand unterschiedlicher Rechtsgrundlagen. Medizinische Sachverständige bzw. Gutachter beurteilen im Auftrag eines Sozialleistungsträgers krankheits- oder behinderungsbedingte Funktionsbeeinträchtigungen und bemessen beispielsweise den Grad der Arbeitsfähigkeit, Leistungsfähigkeit, Pflegebedürftigkeit, den Grad der Behinderung (GdB) bzw. den Grad der Schädigungsfolgen (GdS). [110]

**Sozialmedizinische
Beurteilung
(Begutachtung)**

Technischer Beratungsdienst (auch: Technischer Dienst oder Ingenieursfachdienst) des Integrationsamtes oder der Agentur für Arbeit berät und unterstützt bei der Neugestaltung oder der behinderungsgerechten Umgestaltung von Arbeitsplätzen. Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber, schwerbehinderte Menschen, Schwerbehindertenvertretungen, Betriebsräte und Personalräte können sich vom Technischen Beratungsdienst beraten lassen, wenn beispielsweise Arbeitsplätze neu geschaffen, innerbetriebliche Umsetzungen vorgenommen, technische Arbeitshilfen eingesetzt oder behinderungsgerechte Baumaßnahmen durchgeführt werden sollen. [111]

**Technischer
Beratungsdienst**

Teilhabe im Sinne der ICF ist das Einbezogen sein einer Person in eine Lebenssituation oder einen Lebensbereich. Sie repräsentiert die gesellschaftliche Perspektive der Funktionsfähigkeit. [90]

Teilhabe

Es wird auf die Ausführungen in Abschnitt 4.5 hingewiesen.

Teilhabeziele

Umschulung ist eine berufsbildende Maßnahme für Erwachsene im Sinne des Berufsbildungsgesetzes (BBiG). Eine Umschulung soll eine Person befähigen, eine andere als die ursprünglich erlernte berufliche Tätigkeit auszuführen (vgl. § 1 Absatz 5 BBiG). Anders als bei einer beruflichen Anpassungsmaßnahme werden den Umschülerinnen und Umschülern dabei nicht vorrangig weiterqualifizierende Kenntnisse und Fähigkeiten vermittelt, sondern eine neue berufliche Qualifikation in einem der staatlich anerkannten Ausbildungsberufe. [112]

Umschulung

Umweltfaktoren

Umweltfaktoren im Sinne der ICF sind eine Komponente der ICF und beziehen sich auf alle Aspekte der externen oder extrinsischen Welt, die den Kontext des Lebens einer Person bilden und als solche einen Einfluss auf die Funktionsfähigkeit der Person haben. Sie bilden die materielle, soziale und einstellungsbezogene Umwelt ab, in der Menschen leben und ihr Dasein entfalten. [90]

Weiterbildung

Weiterbildung; Maßnahmen zur beruflichen Weiterbildung oder Fortbildung dienen dazu, berufliche Kenntnisse und Fertigkeiten zu erwerben, zu erweitern, der technischen Entwicklung anzupassen oder einen beruflichen Aufstieg zu ermöglichen. Hintergrund sind insbesondere die steigenden Anforderungen der Arbeitswelt, die sich während eines Arbeitslebens stets verändern. Die berufliche Weiterbildung soll damit nachhaltig die Beschäftigungschancen des Einzelnen erhöhen und den Arbeitskräftebedarf des Arbeitsmarktes langfristig sicherstellen. Weiterbildungsmaßnahmen werden privat oder durch die Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber bezahlt und teilweise staatlich gefördert. Auch arbeitslosen Menschen werden häufig geförderte Weiterbildungsmaßnahmen angeboten, um ihre Beschäftigungschancen zu erhöhen. [41]

Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM)

Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM) ist eine Einrichtung zur Teilhabe behinderter Menschen am Arbeitsleben. Personen, die wegen der Art oder Schwere ihrer Behinderung nicht, noch nicht oder noch nicht wieder auf dem Allgemeinen Arbeitsmarkt tätig sein können, erhalten hier eine angemessene berufliche Bildung und eine Beschäftigung. Die Werkstätten ermöglichen es ihnen, ihre Leistungsfähigkeit zu entwickeln, zu erhöhen oder wiederzugewinnen und ein Arbeitsentgelt zu erzielen. [35]

7	GLOSSAR
8	LITERATURVERZEICHNIS
ANLAGE 1	CHECKLISTE ERGEBNISSE DER BEDARFSERMITTLUNG
ANLAGE 2	PRÜFKRITERIEN ZU INHALTEN DER BEDARFSERMITTLUNG

- 1 Schubert, M.; Penstorf, C.; Seel, H.; Morfeld, M.; Bade, S.; Gleisberg, D.; Jonßon, L.; Lentz, R.; Robinson, K. (2014): Prüfung von aktuellem Stand und Potential der Bedarfsermittlung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben unter Berücksichtigung der ICF. Abschlussbericht. http://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/Startseite/Abschlussbericht_end_x.pdf
- 2 Bundesregierung (2016): Gesetzentwurf der Bundesregierung: Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderung (Bundesteilhabegesetz - BTHG). BT-Drucksache 18/9522 vom 05.09.2016.
- 3 BT-Drucksache (2016): Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen (Bundesteilhabegesetz - BTHG). Drucksache. Berlin, Deutscher Bundestag, <http://dipbt.bundestag.de/doc/btd/18/095/1809522.pdf>
- 4 BAR, Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (2019): Gemeinsame Empfehlung "Reha-Prozess", "Gemeinsame Empfehlung zur Zuständigkeitsklärung, zur Erkennung, Ermittlung und Feststellung des Rehabilitationsbedarfs (einschließlich Grundsätzen der Instrumente zur Bedarfsermittlung), zur Teilhabeplanung und zu Anforderungen an die Durchführung von Leistungen zur Teilhabe gemäß § 26 Abs. 1 i.V.m. § 25 Abs. 1 Nr. 1 bis 3 und 6 und gemäß § 26 Abs. 2 Nr. 2, 3, 5, 7 bis 9 SGB IX". Frankfurt am Main.
- 5 Kirschneck, M.; Rauch, A.; Stucki, G.; Cieza, A. (2011): Rehabilitationsmanagement in der Praxis unter Anwendung der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF). *Phys Med Rehab Kuror.* 21, 11-21.
- 6 DIMDI, Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (2005): Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. ICF. Genf, <http://www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/downloadcenter/icf/stand2005/>
- 7 Egger, J. W. (2005): Das biopsychosoziale Krankheitsmodell. Grundzüge eines wissenschaftlich begründeten ganzheitlichen Verständnisses von Krankheit. *Psychologische Medizin.* 16 (2), 3-12.
- 8 BAR, Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (2015): ICF-Praxisleitfaden 1 - Trägerübergreifende Informationen und Anregungen für die praktische Nutzung der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) beim Zugang zur Rehabilitation. Frankfurt am Main, <https://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/publikationen/icf-praxisleitfaeden/downloads/PLICF1.web.pdf>
- 9 DVfR, Deutsche Vereinigung für Rehabilitation (2017): Stellungnahme des Ad-hoc-Ausschusses "Umsetzung des BTHG" der DVfR. 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). Heidelberg, DVfR Deutsche Vereinigung für Rehabilitation, <http://www.dvfr.de/arbeitsschwerpunkte/stellungnahmen-der-dvfr/detail/artikel/icf-nutzung-bei-der-bedarfsermittlung-bedarfsfeststellung-teilhabe-und-gesamtplanung-im-kontext-d/>
- 10 Hollenweger, J. (2006): ICF - ein bald auch im Schulwesen geläufiges Kürzel? *vpod-Bildungspolitik.* 147/06.
- 11 DVfR, Deutsche Vereinigung für Rehabilitation (2016): Diskussionsbeitrag aus der DVfR zum Referentenentwurf eines "Gesetzes zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen - Bundesteilhabegesetz (BTHG)". http://www.dvfr.de/fileadmin/user_upload/DVfR/Downloads/Stellungnahmen/DVfR_Diskussionsbeitrag_zum_BTHG-Referentenentwurf.pdf

-
- 12 BAR, Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (2016): ICF-Praxisleitfaden 4 - Trägerübergreifende Informationen und Anregungen für die praktische Nutzung der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) bei den Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (berufliche Rehabilitation). Frankfurt am Main, https://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/publikationen/icf-praxisleitfaeden/downloads/BroschuereICF4_13.pdf
 - 13 Luik, S. (2014): Der Teilhabeplan - die Roadmap zum Reha-Erfolg. Plädoyer für eine gesetzliche Klarstellung. *Sozialrecht aktuell*. (Sonderheft 2014), 11-17.
 - 14 Deutscher Verein, Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. (2009): Empfehlungen des Deutschen Vereins zur Bedarfsermittlung und Hilfeplanung in der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen. <https://www.deutscher-verein.de/de/empfehlungen-stellungnahmen-2009-1545.html>
 - 15 Welti, F. (2011): Rechtsfragen der Bedarfsfeststellung für Leistungen zur Teilhabe. *Die Rehabilitation* (2011/50), 7-10.
 - 16 Welti, F. (2014): Bedarfsfeststellung. In: Welti, F., Deinert, O. (Hrsg.): *SWK-BR, StichwortKommentar Behindertenrecht*,. Baden Baden, Nomos. Rn 1-36.
 - 17 Fuchs, H. (2017): Ermittlung des Rehabilitationsbedarfs – Auswirkungen des Bundesteilhabegesetzes. *Reha-Recht Diskussionsforum*. (D 50-2017).
 - 18 Welti, F.; Sulek, C. (2000): Die individuelle Konkretisierung des sozialrechtlichen Anspruchs auf Rehabilitation. *VSSR - Vierteljahresschrift für Rehabilitation*. (5), 453-472.
 - 19 Welti, F. (2015): Leistungsgrundsätze und Verfahrensregeln. In: Luthe, E.-W. (Hrsg.): *Rehabilitationsrecht*. Berlin, Erich Schmidt Verlag. 148-176.
 - 20 Meyer, T.; Brüggemann, S.; Widera, T. (2008): Rehabilitation braucht Zielorientierung - aktuelle Lehren aus der Rehabilitandenbefragung. *RV aktuell*. (3), 94-99.
 - 21 BAR, Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (2016): b3-Arbeitstagung "Anforderungen an die Ermittlung von Teilhabebedarf". https://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/b3/bildmaterial/b3_Arbeitstagung_31052016w.pdf
 - 22 Korsukéwitz, C. (2008): Den Patienten dort abholen, wo er steht. *Deutsches Ärzteblatt*. 105 (44).
 - 23 Nebe, K. (2014): Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben – Zuständigkeit und Verantwortlichkeit. *Sozialrecht aktuell*. (Sonderheft), 1-11.
 - 24 Engels, D.; Engel, H.; Schmitz, A. (2013): Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen.
 - 25 Handlungsleitfaden zum Reha-Management aus 2010
 - 26 Wade, D. (2011): Complexity, case-mix and rehabilitation: the importance of a holistic model of illness. *Clinical Rehabilitation*. 25 (5), 387–395.
 - 27 Gutenbrunner, C.; Glaesener, J.-J. (2007): *Rehabilitation, Physikalische Medizin und Naturheilverfahren*. Heidelberg, Springer.

- 28 Chamberlain, M. A.; Fialka Moser, V.; Schüldt Ekholm, K.; O'Connor, R. J.; Herceg, M.; Ekholm, J. (2009): Vocational rehabilitation: An educational review. *Journal of Rehabilitation Medicine*. 41 (11), 856–869.
- 29 Kumar, S. (Hrsg.) (2000): Multidisciplinary approach to rehabilitation. Boston, Butterworth-Heinemann.
- 30 Gobelet, C.; Luthi, F.; Al-Khodairy, A. T.; Chamberlain, M. A. (2007): Vocational rehabilitation: A multidisciplinary intervention. *Disability and Rehabilitation*. 29 (17), 1405–1410.
- 31 Wade, D. (2015): Rehabilitation - a new approach. Part two: the underlying theories. *Clinical Rehabilitation*. 29 (12), 1145–1154.
- 32 Scoville Anderson, D. (2000): Functional Assessment. In: Kumar, Shrawan (Hrsg.): *Multidisciplinary approach to rehabilitation*. Boston, Butterworth-Heinemann. 209–242.
- 33 Brüggemann, S.; Buschmann-Steinhage, R.; Pimmer, V. (2010): Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung – für Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft. In: Schott, T., Hornberg, C. (Hrsg.): *Die Gesellschaft und ihre Gesundheit*. Wiesbaden, VS Verlag für Sozialwissenschaften. 401–417.
- 34 Oliveri, M. (2006): Functional Capacity Evaluation (FCE). In: Gobelet, C., Franchignoni, F. (Hrsg.): *Vocational rehabilitation*. Paris, New York, Springer. 69–93.
- 35 talentplus, Rehadat (2018): Stichwort: Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM). <https://www.talentplus.de/lexikon/Lex-Werkstatt-fuer-behinderte-Menschen-WfbM/>.
- 36 Momsen, A.-M.; Rasmussen, J. O.; Nielsen, C. V.; Iversen, M. D.; Lund, H. (2012): Multidisciplinary team care in rehabilitation: an overview of reviews. *Journal of Rehabilitation Medicine*. 44 (11), 901–912.
- 37 Die Fachverbände, Die Fachverbände für Menschen mit Behinderung (2014): Vorstellungen der Fachverbände für Menschen mit Behinderung zur Bedarfsermittlung und Bedarfsfeststellung der Leistungen nach einem Bundesteilhabegesetz. Düsseldorf, www.diefachverbaende.de
- 38 Schmidt-Ohlemann, M. (2013): Die Bedeutung des Teilhabeparadigmas für die Zukunft der Rehabilitation - Konsequenzen aus der Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen. Diakonie, Rehabilitationszentrum Bethesda - Stiftung kreuznacher. 24-26.
- 39 Schäfers, M. (2014): „Personenzentrierung“ als sozialpolitische Programmformel im Zeichen der Inklusion Zu den Widersprüchlichkeiten einer Neuausrichtung des Hilfesystems für Menschen mit Behinderungen *Soziale Probleme, Zeitschrift für soziale Probleme und Soziale Kontrolle*, 25 (2), 317-336.
- 40 Hirschberg, M. (2010): Partizipation - ein Querschnittsanliegen der UN-Behindertenrechtskonvention. Bonn., Deutsches Institut für Menschenrechte, http://www.institut-fuer-menschenrechte.de/fileadmin/_migrated/tx_commerce/Positionen_nr_3_Partizipation_ein_Querschnittsanliegen_der_UN_Behindertenrechtskonvention.pdf#page=1&zoom=auto,-106,842
- 41 talentplus, Rehadat (2018): Stichwort: Weiterbildung. <https://www.talentplus.de/lexikon/Lex-Weiterbildung/>.

-
- 42 ASMK, Arbeits- und Sozialministerkonferenz (2012): Grundlagenpapier zu den Überlegungen der Bund-Länder-Arbeitsgruppe "Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung". https://www.lwl.org/spur-download/bag/52_12an1.pdf
- 43 BMAS, Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2015): Arbeitsgruppe Bundesteilhabegesetz - Abschlussbericht Teil A. . Berlin, Bundesministerium für Arbeit und Soziales, http://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen/a764-abschlussbericht-bthg-A.pdf?__blob=publicationFile&v=4
- 44 BAR, Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (2014): Gemeinsame Empfehlung "Reha-Prozess". 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 am Main, <http://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/publikationen/gemeinsame-empfehlungen/downloads/Broschuere4G.web.pdf>
- 45 Niehaus, M.; Saube-Heide, M. (2012): Selbstbestimmung in der beruflichen Rehabilitation: Rechtlicher verankert - in der Praxis vernachlässigt? *diskussionsforum Rehabilitations- und Teilhaberecht.* (15/2012).
- 46 Herriger, N. (2006): Ressourcen und Ressourcendiagnostik in der Sozialen Arbeit. unveröffentlichtes Manuskript, Düsseldorf,
- 47 Riedel, H.-P.; Reinberg, B.; Schmidt, C.; Klügel, T. (2012): Abschlussbericht zum RehaFutur-Entwicklungsprojekt. http://www.rehafutur.de/fileadmin/DOWNLOADS/Publikationen/RehaFutur_EP_Abschlussbericht.pdf
- 48 Knecht, A.; Schubert, F.-C. (Hrsg.) (2012): Ressourcen im Sozialstaat und in der Sozialen Arbeit. Zuteilung - Förderung - Aktivierung. Stuttgart, Kohlhammer.
- 49 BAR, Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (2015): Trägerübergreifende Beratungsstandards. Handlungsempfehlungen zur Sicherstellung guter Beratung in der Rehabilitation. Frankfurt am Main, <https://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/publikationen/empfehlungen/downloads/HETBStandards.web.pdf>
- 50 RehaFutur (2012): Abschlussbericht Weiterentwicklung der beruflichen Rehabilitation auf Basis der Empfehlungen der wissenschaftlichen Fachgruppe RehaFutur unter Beteiligung der Akteure. Projekt zur Koordination des Entwicklungsprozesses. Berlin, http://www.rehafutur.de/fileadmin/DOWNLOADS/Publikationen/RehaFutur_EP_Abschlussbericht.pdf
- 51 nfb, Nationales Forum Beratung in Bildung, Beruf und Beschäftigung e.V., (2014): Qualitätsstandards für die Beratung in Bildung, Beruf und Beschäftigung. Berlin, http://www.beratungsqualitaet.net/upload/Menu_Inhaltlich/Qualitätsstandards/BeQu_Standards_Stand_08-08-2014.pdf
- 52 DBR, Deutscher Behindertenrat (2014): Für einen behindertenpolitischen Aufbruch 2015. 11 Forderungen des Deutschen Behindertenrates zum Welttag der Menschen mit Behinderungen. Berlin, <http://www.deutscher-behindertenrat.de/mime/00086264D1420551958.pdf>
- 53 RehaFutur (2009): Stellungnahme der wissenschaftlichen Fachgruppe RehaFutur zur Zukunft der beruflichen Rehabilitation in Deutschland. Berlin, http://passthrough.fw-notify.net/download/052354/http://www.rehafutur.de/fileadmin/DOWNLOADS/Publikationen/090500_StN_WFG_rehafutur.pdf

- 54 Egger, J. W. (2013): Zur spirituellen Dimension des biopsychosozialen Modells. *Psychologische Medizin*. 24 (2).
- 55 Grotkamp, S. (2015): Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF). Ein Hilfsmittel zur Beschreibung von Krankheitsauswirkungen bei Tinnitus. *Tinnitus-Forum*. (4-2015), 27-30.
- 56 DVfR, Deutsche Vereinigung für Rehabilitation, Deutsche Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften, (2014): Nutzung der ICF im deutschen Rehabilitationssystem. <http://www.dvfr.de/startseite/single-news-aus-den-spt/positionspapier-der-dvfr-und-der-dgrw-nutzung-der-icf-im-deutschen-rehabilitationssystem/>
- 57 Keller, K. (2015): Teilhabepanung unter Nutzung der ICF in der medizinischen, beruflichen und sozialen Rehabilitation. *Recht und Praxis*. 1/2015, 28-31.
- 58 von Mittelstaedt, G.; Grotkamp, S. (2016): Behinderung, Inklusion, Teilhabe. *Gesundheitswesen*. 78, 424-425.
- 59 DIMDI (2016): Operationen- und Prozedurenschlüssel Version 2016. <https://www.dimdi.de/static/de/klassi/ops/kodesuche/onlinefassungen/opshtml2016/index.htm>.
- 60 Grotkamp, S. (2013): Kontextfaktoren - Bedeutung für die Begutachtung - Ein Vorschlag zur Ausgestaltung der Komponente "Personbezogene Faktoren" der ICF für den deutschen Sprachraum. *Der Medizinische Sachverständige*. 109 (3), 98-102.
- 61 DQR, Bund-Länder-Koordinierungsstelle für den Deutschen Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen (2013): Handbuch zum Deutschen Qualifikationsrahmen. Struktur - Zuordnungen - Verfahren - Zuständigkeiten. https://www.dqr.de/media/content/DQR_Handbuch_01_08_2013.pdf
- 62 North, K.; Reinhardt, K. (2005): Kompetenzmanagement in der Praxis. Mitarbeiterkompetenzen systematisch identifizieren, nutzen und entwickeln. Wiesbaden, Gabler Verlag.
- 63 BMBF, Bundesministerium für Bildung und Forschung (2005): Handbuch "Berufliche Qualifizierung Jugendlicher mit besonderem Förderbedarf – Benachteiligtenförderung". Berlin, BMBF, Bundesministerium für Bildung und Forschung, https://www.bibb.de/dokumente/pdf/berufliche_qualifizierung_jugendlicher.pdf
- 64 Bunk, G. P. (1994): Kompetenzvermittlung in der beruflichen Aus- und Weiterbildung in Deutschland. *Berufsbildung*. 1994 (1), 9-15.
- 65 Grotkamp, S.; Cibis, W.; Nüchtern, E.; Baldus, A.; Behrens, J.; Bucher, P. O.; Dommen Nyffeler, I.; Gmünder, H. P.; Gutenbrunner, C.; Hagen, T.; Keller, K.; Pöthig, D.; Queri, S.; Rentsch, H. P.; Rink, M.; Schian, H. M.; Schian, M.; Schwarze, M.; von Mittelstaedt, G.; Seger, W. (2012): Personbezogene Faktoren der ICF, Beispiele zum Entwurf der AG "ICF" des Fachbereichs II der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMP). *Gesundheitswesen*. 74 (7), 449-458.
- 66 ISB, Staatsinstitut für Schulqualität und Bildungsforschung (2006): Kompetenz... mehr als nur Wissen. . München, <http://www.kompas.bayern.de/userfiles/infokompetenz.pdf>
- 67 Lang, R. W. (2000): Schlüsselqualifikationen. Handlungs- und Methodenkompetenz, personale und soziale Kompetenz. München, Deutscher Taschenbuch Verlag.

-
- 68 Stender-Monhemius, K. (2006): Schlüsselqualifikationen. Zielplanung, Zeitmanagement, Kommunikation, Kreativität. München, dtv Verlagsgesellschaft.
- 69 Bundesagentur für Arbeit (2010): Durchstarten. Berufliche Reha.
- 70 BpB, Bundeszentrale für Politische Bildung (o.A.): Info 04.01 Planungshilfen für Projekte - Zielfindung. bpb, Bundeszentrale für politische Bildung, http://www.bpb.de/system/files/dokument_pdf/Info%2004.01_Zielformulierung_0.pdf.
- 71 Ullrich, A.; Mittag, O.; Garbrecht, M.; Dibbelt, S.; Glattacker, M. (2015): Partizipative Zielvereinbarung in der Rehabilitation (ParZivar II): Evaluation einer Intervention bei Patienten mit chronischen Rückenschmerzen. *Die Rehabilitation*. 54 (5), 317-324.
- 72 Rübner, M.; Sprengard, B. (2011): Beratungskonzeption der Bundesagentur für Arbeit - Grundlagen. Nürnberg, Bundesagentur für Arbeit.
- 73 Möller, R. (2016): Ziele positiv planen! *Ergotherapie und Rehabilitation*. 55 (5), 27-29.
- 74 Bieritz-Harder, R. (2010): Kommentierung zu § 33 SGB IX - Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben. In: Lachwitz, K., Schellhorn, W., Welti, F. (Hrsg.): *Handkommentar zum Sozialgesetzbuch IX, Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen (Hk-Sgb IX)*. Köln, Luchterhand. 314-333.
- 75 Lichtenberg, N.; Rexrodt, C.; Toepler, E. (2017): Management der Rehabilitation. Case Management im Handlungsfeld Rehabilitation. Band 1- Grundkurs., Hennef, Holtzbrinck.
- 76 Niehaus, M.; Klinkhammer, D. (2015): Betriebliche Inklusion auf dem Ausbildungs- und Arbeitsmarkt. In: Biermann, H. (Hrsg.): *Inklusion im Beruf*. Stuttgart, Kohlhammer. Band 1, 180-214.
- 77 BAR, Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (2013): Gemeinsame Empfehlung zur Beteiligung der Bundesagentur für Arbeit nach § 38 SGB IX vom 1. September 2013.
- 78 Litke, H.-D. (2004): Projektmanagement. Methoden, Techniken, Verhaltensweisen. Evolutionäres Projektmanagement., Carl Hanser Verlag.
- 79 Glattacker, M.; Farin-Glattacker, E.; Quaschnig, K.; Dibbelt, S.; Bredehorst, M. (2015): Arbeitsbuch Reha-Ziele. Zielvereinbarungen in der medizinischen Rehabilitation. Berlin, DRV Bund, Deutsche Rentenversicherung Bund.
- 80 Graumann, S. (2015): Die Ermittlung von Teilhabebedarfen aus ethischer Sicht. *Recht und Praxis*. (03/2015), 47-50.
- 81 Seewald, O. (2015): Operationale Definition – insbesondere am Beispiel von Bedarfen im Sozialverwaltungsrecht. *NZS Neue Zeitschrift für Sozialrecht*. 13 (24), 481-492.
- 82 Schütte, W. (2018): Bedarfsermittlung im Kontext des Bundesteilhabegesetzes.
- 83 Wenzel, T.; Morfeld, M. (2016): Das biopsychosoziale Modell und die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. *Bundesgesundheitsbl, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*. 59 (9), 1125-1132.
- 84 Wenzel, T.; Morfeld, M. (2017): Nutzung der ICF in der medizinischen Rehabilitation in Deutschland: Anspruch und Wirklichkeit. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*. 60 (4), 386-393.

- 85** Tate, R. L.; Godbee, K.; Sigmundsdottir, L. (2013): A systematic review of assessment tools for adults used in traumatic brain injury research and their relationship to the ICF. *NeuroRehabilitation*. 32 (4), 729-750.
- 86** Buchholz, A.; Spies, M.; Brutt, A.L. (2015): ICF-basierte Messinstrumente zur Bedarfserfassung und Evaluation in der Behandlung von Patienten mit psychischen Störungen - ein systematisches Review. *Rehabilitation*. 54 (3), 153-159.
- 87** DRV, Deutsche Rentenversicherung Bund (2013): Sozialmedizinisches Glossar der Deutschen Rentenversicherung. Berlin,
http://www.deutsche-rentenversicherung.de/cae/servlet/contentblob/208364/publicationFile/59514/druckfassung_glossar_.pdf
- 88** talentplus, Rehadat (2018): Stichwort: Belastungserprobung.
<https://www.talentplus.de/lexikon/Lex-Belastungserprobung/>.
- 89** Springer Gabler Verlag (Hrsg.), Gabler Wirtschaftslexikon (2018): Stichwort Profiling.
<https://wirtschaftslexikon.gabler.de/definition/profiling-44749>.
- 90** BAR, Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (Hrsg.) (2018): Rehabilitation. Vom Antrag bis zur Nachsorge - für Ärzte, Psychologische Psychotherapeuten und andere Gesundheitsberufe. Berlin, Springer.
- 91** talentplus, Rehadat (2018): Stichwort: Andere Leistungsanbieter.
<https://www.talentplus.de/lexikon/Lex-Andere-Leistungsanbieter/>.
- 92** talentplus, Rehadat (2018): Stichwort: Barrierefreiheit.
<https://www.talentplus.de/lexikon/Lex-Barrierefreiheit/>.
- 93** talentplus, Rehadat (2018): Stichwort: Bedarfserkennung.
<https://www.talentplus.de/lexikon/Lex-Bedarfserkennung/>.
- 94** talentplus, Rehadat (2018): Stichwort: Behinderung.
<https://www.talentplus.de/lexikon/Lex-Behinderung/>.
- 95** talentplus, Rehadat (2018): Stichwort: Berufsbildungswerk (BBW).
<https://www.talentplus.de/lexikon/Lex-Berufsbildungswerk-BBW/>.
- 96** talentplus, Rehadat (2018): Stichwort: Berufsförderungswerk (BFW).
<https://www.talentplus.de/lexikon/Lex-Berufsfoerderungswerk-BFW/>.
- 97** talentplus, Rehadat (2018): Stichwort: Berufsvorbereitung.
<https://www.talentplus.de/lexikon/Lex-Berufsvorbereitung/>.
- 98** talentplus, Rehadat (2018): Stichwort: Eignung.
<https://www.talentplus.de/lexikon/Lex-Eignung/>.
- 99** talentplus, Rehadat (2018): Stichwort: Eingliederungshilfe.
<https://www.talentplus.de/lexikon/Lex-Eingliederungshilfe/>.
- 100** talentplus, Rehadat (2018): Stichwort: Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung (EUTB).
<https://www.talentplus.de/lexikon/Lex-Ergaenzende-unabhaengige-Teilhabeberatung-EUTB/>.

-
- 101 talentplus, Rehadat (2018): Stichwort: Integrationsfachdienst (IFD).
<https://www.talentplus.de/lexikon/Lex-Integrationsfachdienst-IFD/>.
- 102 talentplus, Rehadat (2018): Stichwort: Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA).
<https://www.talentplus.de/lexikon/Lex-Leistungen-zur-Teilhabe-am-Arbeitsleben-LTA/>.
- 103 talentplus, Rehadat (2018): Stichwort: Medizinisch-berufliche Rehabilitation (mbR) in Phase II.
<https://www.talentplus.de/lexikon/Lex-Medizinisch-berufliche-Rehabilitation-mbR-in-Phase-II/>.
- 104 Verwaltungsberufsgenossenschaft (2015): Leitfaden Barrierefreie Arbeitsstätten planen und gestalten. Hamburg, Gesetzliche Unfallversicherung.
- 105 Kraus, B. (2006): Lebenswelt und Lebensweltorientierung - eine begriffliche Revision als Angebot an eine systemisch-konstruktivistische Sozialarbeitswissenschaft. . Kontext. *Zeitschrift für Systemische Therapie und Familientherapie*. 37 (2), 116-129.
- 106 talentplus, Rehadat (2018): Stichwort: Persönliches Budget.
<https://www.talentplus.de/lexikon/Lex-Persoenliches-Budget/>.
- 107 talentplus, Rehadat (2018): Stichwort: Praktikum.
<https://www.talentplus.de/lexikon/Lex-Praktikum/>.
- 108 talentplus, Rehadat (2018): Stichwort: Rehabilitationseinrichtungen.
<https://www.talentplus.de/lexikon/Lex-Rehabilitationseinrichtungen/>.
- 109 talentplus, Rehadat (2018): Stichwort: Rehabilitationsträger.
<https://www.talentplus.de/lexikon/Lex-Rehabilitationstraeger/>.
- 110 talentplus, Rehadat (2018): Stichwort: Sozialmedizinische Beurteilung.
<https://www.talentplus.de/lexikon/Lex-Sozialmedizinische-Beurteilung/>.
- 111 talentplus, Rehadat (2018): Stichwort: Technischer Beratungsdienst.
<https://www.talentplus.de/lexikon/Lex-Technischer-Beratungsdienst/>.
- 112 talentplus, Rehadat (2018): Stichwort: Umschulung.
<https://www.talentplus.de/lexikon/Lex-Umschulung/>.
- 113 talentplus, Rehadat (2018): Stichwort: Allgemeiner Arbeitsmarkt.
<https://www.talentplus.de/lexikon/Lex-Allgemeiner-Arbeitsmarkt/>.
- 114 talentplus, Rehadat (2018): Stichwort: Arbeitsplatz.
<https://www.talentplus.de/lexikon/Lex-Arbeitsplatz/>.
- 115 talentplus, Rehadat (2018) Stichwort: Berufliche Trainingszentren (BTZ).
<https://www.talentplus.de/lexikon/Lex-Berufliches-Trainingszentrum-BTZ/>.
- 116 talentplus, Rehadat (2018) Stichwort: Arbeitserprobung.
<https://www.talentplus.de/lexikon/Lex-Arbeitserprobung/>.

ANLAGE 1:

CHECKLISTE ERGEBNISSE DER BEDARFSERMITTLUNG

Stammdaten			
1.	Biografie		
	<table border="1"> <tr> <td>a Berufsbiografie</td> <td>b Bildungsbiografie</td> </tr> </table>	a Berufsbiografie	b Bildungsbiografie
a Berufsbiografie	b Bildungsbiografie		
2.	Ermittlungen auf Basis des bio-psycho-sozialen Modells <ul style="list-style-type: none"> a Gesundheitsproblem(e) b Auswirkungen der Gesundheitsprobleme auf die Körperfunktionen und -strukturen c Auswirkungen der Gesundheitsprobleme auf die Aktivitäten und Teilhabe d Umweltfaktoren e Personbezogene Faktoren 		
3.	Ermittlungen zu den Kompetenzen <ul style="list-style-type: none"> a Fachkompetenzen b Methodenkompetenzen c Sozialkompetenzen d Personale Kompetenzen 		
4.	Ergebnisse der Zielentwicklungen <ul style="list-style-type: none"> a Vorstellungen und Wünsche des Leistungsberechtigten 		
	<table border="1"> <tr> <td>b Teilhabeziele</td> <td>c Leistungsziele</td> <td>d Handlungsziele</td> </tr> </table>	b Teilhabeziele	c Leistungsziele
b Teilhabeziele	c Leistungsziele	d Handlungsziele	
5.	Beurteilung und Festlegung des Teilhabebedarfs <ul style="list-style-type: none"> a Vorliegende/drohende Behinderung und Auswirkung des Gesundheitsproblems auf die Teilhabe (Lebensbereiche) des Leistungsberechtigten unter Berücksichtigung der im Einzelfall relevanten Kontextfaktoren (Umweltfaktoren/ personbezogene Faktoren) b Aktuelle Ziele, die mit Leistungen zur Teilhabe erreicht werden sollen 		
6.	Planungen von Leistungen bzw. Handlungen <p>Leistungen, die im Rahmen einer Prognose zur Erreichung der Ziele voraussichtlich erfolgreich sind</p>		

ANLAGE 2: PRÜFKRITERIEN ZU INHALTEN DER BEDARFS- ERMITTLUNG

STAMMDATEN

- Es werden Daten zur Person, ihrer Erreichbarkeit sowie zur Kontaktaufnahme und Kommunikation mit ihr erfasst.

BIOGRAFIE

- Es werden Informationen zur Bildungsbiografie (z. B. besuchte Schulen, Schulabschluss, „gute Fächer“ ermittelt.
- Es werden Informationen zur Berufsbiografie (z. B. Ausbildung, Stationen, Werdegang, Fortbildungen) ermittelt.

FUNKTIONSFÄHIGKEIT

- Es werden alle Komponenten des bio-psycho-sozialen Modells mit Blick auf die Ziele des Leistungsberechtigten bei der Bedarfsermittlung berücksichtigt.
- Die jeweilige Tiefe der Ermittlungen ergibt sich aus dem Einzelfall. Bei Bedarf erfolgt eine nähere Ermittlung einschlägiger Sachverhalte entlang der Kapitelebenen der ICF (z. B. Lebensbereiche). Bei Bedarf werden tiefergehende Beurteilungen von Sachverständigen (z. B. Ärzte, Psychologen) eingeholt und in die Sachverhaltsaufklärung einbezogen.
- Alle relevanten Ermittlungsergebnisse werden – unter Beachtung des Datenschutzes – erfasst und dokumentiert.
- Es werden multidisziplinäre Selbst- und Fremdeinschätzungen zu allen Komponenten des bio-psycho-sozialen Modells erhoben.
- Die Funktionsfähigkeit/Behinderung des Leistungsberechtigten wird mit Blick auf seine Ziele ausreichend ermittelt, gewürdigt und dokumentiert. Die Wechselwirkungen innerhalb der Komponenten sowie der Komponenten zueinander werden beachtet und einbezogen.

KOMPETENZEN

- Die Handlungskompetenz ergibt sich aus den vier Kompetenzfeldern des Leistungsberechtigten (Fachkompetenz, Personale Kompetenz, Sozialkompetenz und Methodenkompetenz), die jeweils mit Blick auf die (ggf. vorläufigen) Teilhabeziele erhoben werden.
- Mit Blick auf die Ziele ist klar, in welchen Kompetenzfeldern die vorliegenden Kompetenzen hinreichend sind und wo ggf. Entwicklungs- oder Stabilisierungsbedarf besteht.
- Neben den Fremdeinschätzungen von Sachverständigen, die insbesondere mithilfe geeigneter Instrumente erhoben werden, liegt ebenfalls eine Selbsteinschätzung des Leistungsberechtigten zu seinem Kompetenzprofil vor.

ZIELE

- Es wird eine Standortbestimmung durchgeführt. Dem Leistungsberechtigten ist die Gelegenheit zu geben, Wünsche, Vorstellungen und Ziele einzubringen, die ihm wichtig sind. Seine Neigungen und Perspektive werden gewürdigt und finden in der folgenden Bedarfsermittlung Berücksichtigung. Zugleich werden auch die strukturellen Rahmenbedingungen hinreichend aufgeklärt.
- Es findet ein gemeinsamer Entwicklungsprozess der Teilhabe- sowie der Handlungsziele statt. Die Ziele bauen aufeinander auf und stehen schlüssig zueinander. Die Leistungsziele leiten sich aus den Teilhabezielen und den festgestellten Leistungen ab; die Handlungsziele werden aus den Leistungszielen gebildet und stehen in engem Zusammenhang zu den Teilhabezielen.
- Die entwickelten Ziele stehen in Relation zu den objektiv ermittelten bzw. subjektiv erlebten Teilhabebeeinträchtigungen (Vollständigkeit).
- Die jeweiligen Ziele (Teilhabe-, Leistungs- und Handlungsziele) werden gemeinsam vereinbart und hinreichend konkret formuliert, um diese anschließend überprüfen zu können. Bei der Formulierung der Handlungsziele wird die SMART-Methode zugrunde gelegt.
- Unterschiedliche Einschätzungen und Bewertungen bezüglich der zu verfolgenden Ziele werden dokumentiert. Hierzu zählen insbesondere Konflikte, die auf unterschiedlichen Zielsetzungen einzelner Akteure beruhen und den Erfolg einer Reha gefährden könnten.

BEURTEILUNG UND FESTLEGUNG DES TEILHABEBEDARFS

- Das Ausmaß der Funktionsfähigkeit wird von der Reha-Fachkraft bzw. vom Reha-Team multidisziplinär beurteilt und festgehalten. Dies gilt insbesondere für die Kontextfaktoren. Darüber hinaus wurden die Teilhabeziele – in Abstimmung mit dem Leistungsberechtigten – besprochen und gemeinsam bestätigt.
- Die Kompetenzen und die Biografie des Leistungsberechtigten werden in die Zielfindung einbezogen. Alle Erkenntnisse und ihre Wechselwirkungen werden erörtert und bezogen auf die Lebensbereiche der Aktivitäten und Teilhabe in einen Bedarf übersetzt.
- Der Teilhabebedarf wird schriftlich – im Einvernehmen mit dem Leistungsberechtigten – beurteilt, festgelegt und dokumentiert. Abweichende Auffassungen werden festgehalten.

ABLEITUNGEN FÜR DIE PLANUNG UND FESTLEGUNG VON LEISTUNGEN

- Die Teilhabeziele und der festgelegte Teilhabebedarf sind den weiteren Planungen, Festlegungen und Entscheidungen (z. B. Verwaltungsakt) zugrunde zu legen. Die Dokumentation „Festlegung des Bedarfs“ kann dazu die formale Grundlage bilden.
- Art, Ort, Intensität, Umfang und Beginn von Leistungen/Interventionen sollten gemeinsam mit dem Leistungsberechtigten beraten, geplant und festgelegt werden; es besteht hier ein explizites Wunsch- und Wahlrecht der Leistungsberechtigten (§ 8 SGB IX).
- Soweit Anhaltspunkte für einen Teilhabebedarf über Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben hinaus identifiziert werden, ist auf eine Klärung durch konkrete Schritte hinzuwirken. Eine Klärung kann insbesondere durch ein konkretes Hinwirken auf einen Leistungsantrag und/oder – für Reha-Träger – auf die Initiierung einer Teilhabeplanung erfolgen.
- Die informationelle Selbstbestimmung des Leistungsberechtigten wird auch bei der Leistungsfestlegung beachtet.

- Die Zielerreichung ist im Rahmen der Leistungsdurchführung regelmäßig zu überprüfen. Ist die Wahrscheinlichkeit des Erreichens der Teilhabeziele oder entsprechender Leistungsziele kritisch zu bewerten, ist zur Ursachenanalyse eine Vertiefung der Bedarfsermittlung erforderlich, aus der sich Leistungsadaptionen ergeben können, um die Wahrscheinlichkeit der (Teil-) Zielerreichung zu erhöhen.
- Entscheidungen werden für den Leistungsberechtigten nachvollziehbar begründet.
- Neben den Kompetenzen und Ressourcen sind insbesondere die Kontextfaktoren bei der Auswahl der Leistung zu berücksichtigen.
- Bei der Bestimmung des Bedarfs und der anschließenden Leistungsauswahl sind – abhängig vom jeweiligen Einzelfall – Möglichkeiten zur Nutzung von Ressourcen oder zur Gestaltung der Umwelt gezielt zu prüfen. Dies bezieht sich u.a. auf die Gestaltung des Arbeitsplatzes, der Arbeitsabläufe oder die Arbeitsorganisation.
- Soweit Leistungen verschiedener Leistungsgruppen oder mehrerer Reha-Träger erforderlich sind, ist der leistende Reha-Träger dafür verantwortlich, dass er und die beteiligten Reha-Träger im Sinne des § 15 SGB IX im Benehmen miteinander und in Abstimmung mit den Leistungsberechtigten die nach dem individuellen Bedarf voraussichtlich erforderlichen Leistungen hinsichtlich Ziel, Art und Umfang funktionsbezogen feststellen und schriftlich zusammenstellen, dass die Leistungen nahtlos ineinandergreifen (§ 19 Abs. 1 SGB IX).

Angelehnt an die „Festlegung des Bedarfes“ sollten die ausgewählten Leistungen und Interventionen – auch ohne Teilhabeplanung – möglichst eng verzahnt und koordiniert erbracht werden, um zur Sicherung der nahtlosen und koordinierten Leistungserbringung beizutragen.

Mitwirkende Organisationen von Seiten der Leistungsträger

- Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV Bund)
- Bundesagentur für Arbeit (BA)
- Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e. V. (DGUV)
- Bundearbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe (BAGüS)
vertreten durch den Landeswohlfahrtsverband Hessen
- Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen (BIH)
vertreten durch den Landeswohlfahrtsverband Hessen Integrationsamt
- GKV Spitzenverband
- Hochschule der Gesetzlichen Unfallversicherung
- Hochschule Bonn-Rhein-Sieg
- MDK Niedersachsen

Mitwirkende Verbände von Seiten der Leistungserbringer

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

Mitwirkende Verbände für Menschen mit Behinderungen

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