

Intention des Gesetzgebers zur Ermittlung des Rehabilitationsbedarfs nach § 13 SGB IX und Begriffsbestimmung

Dr. Harry Fuchs, Düsseldorf

1. Einleitung

Am 1.1.2018 sind die mit dem Bundesteilhabegesetz (BTHG) neu gefassten Bestimmungen des Neunten Sozialgesetzbuches (SGB IX) über die Erkennung und Ermittlung des Rehabilitationsbedarfs (§§ 12, 13 SGB IX) sowie die Koordinierung der Leistungen (§§ 14 bis 24 SGB IX) in Kraft getreten. Im Zusammenhang mit der Umsetzung dieser Bestimmungen wird u.a. die Frage nach der Intention, die der Gesetzgeber insbesondere mit der Regelung zu den Instrumenten zur Ermittlung des Rehabilitationsbedarfs (§ 13 SGB IX) verfolgt, aber auch zum Verständnis der in dieser Regelung verwendeten Begriffe aufgeworfen.

2. Intention des bis 31.12.2017 geltenden Rechts

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

Die dazu im SGB IX enthaltenen Bestimmungen zur Kooperation und Koordination der Träger und zur Konvergenz der Leistungen (§§ 10 bis 16 SGB IX aF) wurden von den Rehabilitationsträgern jedoch gar nicht oder nur in Teilen umgesetzt.

Aus dem Abschlussbericht zu dem vom BMAS geförderten Projekt „Prüfung von aktuellem Stand und Potenzial der Bedarfsermittlung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben unter Berücksichtigung der ICF“ (Morfeld u. a., 2014) geht hervor, dass die Rehabilitationsträger stattdessen eine Vielzahl von Methoden zur Ermittlung des Rehabilitationsbedarfs entwickelt haben und nutzen.

Obwohl § 10 Abs. 1 Satz 1 SGB IX aF eine individuelle, funktionsbezogene – mithin an der ICF orientierte – Ermittlung des Leistungsbedarfs vorsah, ist der im Rahmen des Projekts untersuchte Nutzungsgrad der ICF bei den Trägern unterschiedlich ausgeprägt. Damit ist belegt, dass das mit § 10 SGB IX aF angestrebte Ziel nicht erreicht wurde.

3. Intention des ab 1.1.2018 geltenden Rechts

§ 13 SGB IX verfolgt weiterhin das Ziel der trägerübergreifenden Zusammenarbeit und der Ermittlung des Rehabilitationsbedarfs nach möglichst einheitlichen Maßstäben.

§ 13 SGB IX ist zwar im Kapitel 3 „Erkennung und Ermittlung des Rehabilitationsbedarfs“ angesiedelt, gleichwohl auch wesentliches Element des im Kapitel 4 „Koordinierung der Leistungen“ geregelten Teilhabepflichtverfahrens (§ 19 SGB IX).

Aus den neuen Vorschriften zur Koordinierung der Leistungen in Kapitel 4 erwächst die Notwendigkeit, trägerübergreifend nach möglichst einheitlichen Maßstäben der Ermittlung des Rehabilitationsbedarfs zusammenzuarbeiten. Anderenfalls wären -

insbesondere bei Beteiligung verschiedener Rehabilitationsträger - eine nahtlose Leistungserbringung und eine effektive Durchführung des Teilhabeplanverfahrens nicht möglich.

Die für die jeweiligen Rehabilitationsträger geltenden Leistungsgesetze können aufbauend auf den Vorgaben von § 13 SGB IX weitergehende und speziellere Vorgaben regeln, die den Besonderheiten der jeweiligen Leistungssysteme gerecht werden oder auf eine Konkretisierung verzichten und damit den Rehabilitationsträgern weite fachliche Spielräume bei der Entwicklung und Nutzung der Instrumente überlassen (BT-Drs. 18/9522 S 232). Danach sind – ausschließlich durch Gesetz nicht durch Trägerermessen – weitergehende und speziellere Regelungen zulässig. Die Anforderungen des § 13 SGB IX sind danach im Sinne von trägerübergreifenden Mindestanforderungen an die Erkennung und Ermittlung des Rehabilitationsbedarfs zu verstehen.

§ 13 Abs. 1 SGB IX bestimmt eine „einheitliche“ und „nachprüfbar“ Bedarfsermittlung. Nach § 7 gelten die Vorschriften des SGB IX, Teil 1 für die Leistungen zur Teilhabe, soweit sich aus den für den jeweiligen Rehabilitationsträger geltenden Leistungsgesetzen nichts Abweichendes ergibt. Nach bisher geltendem Recht gab es nicht selten unterschiedliche Auffassungen darüber, ob und inwieweit die für die Träger geltenden Leistungsgesetze „Abweichendes“ beinhalten. Deswegen hat der Gesetzgeber in § 7 Abs. 2 SGB IX für die Bestimmungen der Kapitel 2 bis 4 des SGB IX, Teil 1 klargestellt, dass diese Vorschriften selbst dann für die Rehabilitationsträger unmittelbar gelten, wenn in den für sie geltenden Leistungsgesetzen abweichende Regelungen enthalten sein sollten (sogen. „abweichungsfestes“ Recht). Von den Vorschriften zur Koordinierung der Leistungen im Kapitel 4 kann zudem nicht einmal durch Landesrecht abgewichen werden. Danach sollte unstreitig sein, dass die Regelungen zur Ermittlung des Rehabilitationsbedarfs und zum Teilhabeplanverfahren bei allen Rehabilitationsträgern unmittelbar Rechtswirkung entfalten.

3.1. Teilhabeplanverfahren

Mit Inkrafttreten des SGB IX, Teil 1 in der Fassung des BTHG am 1.1.2018 wird ein Teilhabeplan eingeführt. Die Regelung folgt im Wesentlichen der schon in § 5 RehaAnglG verankerten Zielsetzung der Koordinierung der Leistungen und der Rehabilitationsträger (§ 5 Abs. 3 RehaAnglG - Gesamtplan). Sie konkretisiert nunmehr in Gestalt des Teilhabeplans die bisher nur in Grundzügen geregelte Koordinierung der Leistungen (BT-Drs. 18/9522 S. 239).

Zugleich wird das bisherige Gesamtplanverfahren des SGB XII für die Träger der Eingliederungshilfe weiterentwickelt. Der Gesamtplan der Eingliederungshilfe basiert nunmehr auf dem Teilhabeplan des § 19 SGB IX (§ 121 Abs. 4, 1. Halbsatz SGB IX) und kann um weitere sechs eingliederungshilfespezifische Elemente erweitert werden, die der Leistungssteuerung und Wirkungskontrolle der Eingliederungshilfe dienen.

3.1.1 Die **Teilhabeplanung** besteht aus der Wahrnehmung (Erkennung) eines Teilhabeproblems (§ 12), der Feststellung der funktionsbezogenen Teilhabebeeinträchtigung (§ 13 Abs. 2 Nr. 2), der Festlegung der Rehabilitationsziele

(§ 13 Abs. 2 Nr. 3), der darauf ausgerichteten Erfolgsprognose bzgl. der in Frage kommenden Leistungen (§ 13 Abs. 2 Nr. 4) sowie der darauf basierenden funktionsbezogenen Feststellung des Leistungsbedarfs (§ 19 Abs. 1), ggfls. einer Teilhabeplankonferenz (§ 20) und wird im **Teilhabeplan** (§ 19 Abs. 2) dokumentiert.

Das nachfolgende **Teilhabeverfahren** basiert auf dem Teilhabeplan und wird mit der Planung der Leistungsausführung (§ 25 Abs. 1 Nr. 1 SGB IX) einschl. der Auswahl einer geeigneten Rehabilitationseinrichtung (§ 36 Abs. 2 SGB IX), der Leistungsausführung (§ 28 Abs. 1 S 2 SGB IX), der Erfolgskontrolle (§ 19 Abs. 3 S 1 SGB IX) einschl. einer ggfls. notwendigen Anpassung der Ziele und Leistungen, der Kooperation und Koordination der Beteiligten sowie der Gewährleistung des nahtlosen Ineinandergreifens der Teilhabeleistungen (§ 19 Abs. 1, letzter Hs SGB IX) fortgesetzt. Diese Teile des Teilhabeverfahrens werden nicht im Teilhabeplan, sondern ausschließlich im Verwaltungsakt (§ 31 SGB X) und der Verwaltungsakte des Rehabilitationsträgers dokumentiert.

Mit der in §§ 19, 20 SGB IX verankerten Teilhabeplanung greift der Gesetzgeber in das Ermessen der Rehabilitationsträger bei der Gestaltung ihrer Verwaltungsverfahren und -abläufe ein und setzt gesetzliche Rahmenbedingungen und Maßstäbe für die Ausübung des Organisationsermessens der Träger bei der Gestaltung des komplexen Rehabilitationsprozesses und der damit verbundenen Verwaltungsverfahren.

3.1.2 Obwohl im Wortlaut des § 19 SGB IX der Begriff „Teilhabeplanverfahren“ nicht enthalten ist, verwendet der Gesetzgeber diese Bezeichnung in der Begründung zu § 19 SGB IX (BT-Drs. 18/9522 S. 239). Das Teilhabeplanverfahren ist danach „für alle vom SGB IX umfassten leistungsberechtigten Menschen einschlägig und unabhängig von der Art und Schwere der Behinderung“ (BT-Drs. 18/9522 S. 239) und gilt danach auch für die leistungsberechtigten Menschen des SGB IX, Teil 2. Erst in § 20 SGB IX wird dann folgerichtig auch von dem „für die Durchführung des Teilhabeplanverfahrens nach § 19 SGB IX verantwortlichen Rehabilitationsträger“ (das ist der *leistende* Rehabilitationsträger nach § 14 Abs. 1 SGB IX) gesprochen.

3.1.3 Soweit Leistungen verschiedener Leistungsgruppen oder mehrerer Rehabilitationsträger erforderlich sind, ist der leistende Rehabilitationsträger dafür verantwortlich, dass er und die nach § 15 SGB IX beteiligten Rehabilitationsträger 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 so zusammenstellen, dass sie nahtlos ineinandergreifen (§ 19 Abs. 1 SGB IX). Ein Teilhabeplan ist nach § 19 Abs. 2 Satz 3 SGB IX auch zu erstellen, wenn die Leistungsberechtigten dies wünschen.

3.1.4 Im Teilhabeplan sind nach § 19 Abs. 2 SGB IX alle in dieser Regelung benannten Elemente des Teilhabeplanverfahrens, insbesondere die Feststellungen über den individuellen Rehabilitationsbedarf auf der Grundlage der Bedarfsermittlung nach § 13 SGB IX sowie die zur individuellen Bedarfsermittlung eingesetzten Instrumente (§ 19 Abs. 2 Nrn. 3 und 4 SGB IX) zu dokumentieren. Bei den in § 19

Abs. 2 SGB IX benannten, zu dokumentierenden Elementen des Teilhabeplanverfahrens handelt es sich um eine abschließende, verpflichtende Aufzählung, die keiner Abweichung durch individuelles Trägerermessen zugänglich ist.

Der wird der Teilhabeplan „zu einem standardisierten Verwaltungsverfahren und regulärer Bestandteil der Aktenführung“. Durch die Aufzählung der zu dokumentierenden Elemente des Teilhabeplans wird sichergestellt, dass alle Rehabilitationsträger ihre Dokumentationsanforderungen an den gleichen Maßstäben ausrichten“ (BT-Drs. 18/9522 S 239).

3.2. Instrumente zur Ermittlung des Rehabilitationsbedarfs (§ 13 Abs. 1 SGB IX)

Der die Instrumente zur Ermittlung des Rehabilitationsbedarfs regelnde § 13 SGB IX ist mithin

- Element des Teilhabeplanverfahrens nach § 19 SGB IX und deshalb auch
- als Bestandteil des Teilhabeplanverfahrens zu sehen und zu bewerten.

Seine Intention erschließt sich aus dem Gesamtzusammenhang.

Die Vorschrift legt für alle Rehabilitationsträger einheitlich fest, dass die trägerübergreifende Beurteilung von Teilhabeeinschränkungen funktionsbezogen und damit grundsätzlich nach dem „bio-psycho-sozialen Modell“¹ zu erfolgen hat. Hierzu existieren in der Praxis verschiedene Verfahren in unterschiedlicher Ausprägung, die in § 13 Abs. 1 SGB IX als „Instrumente“ näher definiert werden (BT-Drs. 18/9522 S 239, 240)

3.2.1. Begriffsdefinition

Zur einheitlichen und überprüfbaren Ermittlung des individuellen Rehabilitationsbedarfs verwenden die Rehabilitationsträger systematische Arbeitsprozesse und standardisierte Arbeitsmittel (Instrumente) nach den für sie geltenden Leistungsgesetzen.

Entsprechend der Begründung zu § 19 SGB IX (BT-Drs. 18/9522 S. 239) steht die Bezeichnung „systematische Arbeitsprozesse“ für „standardisierte Verwaltungsverfahren“ (vergl. oben 3.1.4), mithin für das trägerübergreifend standardisierte Teilhabeplanverfahren, das trägerspezifisch durch entsprechende systematische Arbeitsprozesse organisatorisch hinterlegt werden muss. Bestandteil der Arbeitsprozesse können z. B. sein: Erhebungen, Analysen, Dokumentation, Planung und Ergebniskontrolle.

Die Bezeichnung „Arbeitsmittel“ definiert die im Verwaltungsverfahren eingesetzten Organisationsmittel (BT-Drs. 18/9522 S. 232/233), die trägerübergreifend systematisch, d.h., regelhaft, die Ermittlung des Rehabilitationsbedarfs nach dem bio-psycho-sozialen Modell und einheitlichen Maßstäben für das Verfahren gewährleisten müssen. Arbeitsmittel sind Hilfsmittel, die die Arbeitsprozesse unterstützen, wie z. B. funktionelle Prüfungen (Sehtest, Intelligenztest, Hörtest),

¹ Zur Anwendung des bio-psycho-sozialen Modells vergl. Fuchs, H. „Ermittlung des Rehabilitationsbedarfs – Auswirkungen des BTHG“, *Beitrag D50-2017 unter www.reha-recht.de*, 10.11.2017

Fragebögen und IT-Anwendungen, aber auch Sachverständigengutachten nach § 17 SGB IX.

Die systematischen Arbeitsprozesse (standardisierte Verwaltungsverfahren) und standardisierte Arbeitsmittel (Organisationsmittel auf der Basis einheitlicher Maßstäbe für die Bedarfsermittlung) werden sprachlich in dem Oberbegriff „Instrumente“ für die Ermittlung des Rehabilitationsbedarfs zusammengefasst. Die Instrumente sind so zu gestalten, dass sie bei allen Trägern als „standardisierten Verwaltungsverfahren“ mit den nach § 19 Abs. 2 SGB IX zu dokumentierenden Inhalten „regulärer Bestandteil der Aktenführung“ sind.

3.2.2. Zielsetzung der Instrumente

Die Instrumente dienen der „einheitlichen und überprüfbaren Ermittlung des individuellen Rehabilitationsbedarfs“.

Im Rahmen einer gerichtlichen Überprüfung von Entscheidungen wird eine fehlende oder fehlerhafte Erstellung des Teilhabeplans – wenn die Bedarfsermittlung z.B. nicht nach den von der BAR zu erarbeitenden einheitlichen Grundsätzen erfolgt - dahingehend zu würdigen sein, ob die getroffenen Feststellungen zum Bedarf und zu den erforderlichen Leistungen überhaupt verwertbar sind (BT-Drs. 18/9522 S. 240).

3.2.3. Instrumente und trägerspezifische Leistungsgesetze

Die Bezugnahme auf die für die Rehabilitationsträger jeweils geltenden Leistungsgesetze der In § 13 Abs. 1 Satz 1, letzter Hs SGB IX stellt klar, dass die Instrumente – d.h., das Verwaltungsverfahren und die Organisationsmittel - nicht in allen Rechtskreisen identisch sein müssen und können (BT-Drs. 18/9522 S 232). Das ist selbsterklärend, da die Verwaltungsverfahren nicht nur Spielraum für evtl. trägerspezifische, über die Anforderungen des Teilhabeplanverfahrens nach dem SGB IX hinausgehende Aspekte aus anderen Leistungsgesetzen (z. B. Spezifika bezogen auf die Erwerbsfähigkeit im SGB VI) enthalten müssen. Die Verwaltungsverfahren müssen insbesondere auch den unterschiedlichen Organisationsformen und Arbeitsablauforganisationen der Träger Rechnung tragen können.

Dessen ungeachtet sind die Instrumente so zu gestalten, dass mindestens die vom Gesetzgeber nach §§ 13 Abs. 2, 19 Abs. SGB IX geforderten Feststellungen und Bestandteile der Aktenführung „als standardisiertes Verwaltungsverfahren“ „nach gleichen Maßstäben“ dokumentiert werden.

Um das zu erreichen, sollen die Rehabilitationsträger in gemeinsamen Empfehlungen einen Rahmen für die Instrumente durch Grundsätze vorgeben (§ 13 Abs. 1 Satz 2 SGB IX).

Die Aufgabe, gemeinsame Grundsätze zur Bedarfserkennung, Bedarfsermittlung und Koordinierung von Rehabilitationsleistungen und zur trägerübergreifenden Zusammenarbeit zu erarbeiten, ist in § 39 Abs. 2 Nr. 2 SGB IX konkret der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) zugewiesen.

Darüber hinaus haben die Rehabilitationsträger auf der Ebene der BAR gemeinsame Empfehlungen über die einheitliche Ausgestaltung des Teilhabeplanverfahrens und dazu zu vereinbaren, wie die Leistungen zur Teilhabe nach §§ 14 und 15 SGB IX koordiniert werden.

4. Anforderungen an die Bedarfsermittlung (§ 13 Abs. 2 SGB IX)

Die Instrumente zur Ermittlung des Rehabilitationsbedarfs müssen nach § 13 Abs. 2 SGB IX eine individuelle und funktionsbezogene Bedarfsermittlung gewährleisten und die Dokumentation und Nachprüfbarkeit der Bedarfsermittlung sichern, indem sie insbesondere erfassen,

1. ob eine Behinderung vorliegt oder einzutreten droht,
2. welche Auswirkung die Behinderung auf die Teilhabe der Leistungsberechtigten hat,
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 danach zu treffenden Feststellungen sind - unabhängig von dem jeweils für sie geltenden Leistungsrecht – von allen Trägern einheitlich und nach gleichen Maßstäben zu treffen. Die Leistungsgesetze (nicht die Träger) können *aufbauend auf den Vorgaben von § 13* weitergehende und speziellere Vorgaben regeln, die den Besonderheiten der jeweiligen Leistungssysteme (BT-Drs. 18/9522 S. 232) Rechnung tragen. Danach bleiben die Anforderungen des § 13 SGB IX auch bei weitergehenden Anforderungen in den spezifischen Leistungsgesetzen der Träger immer die trägerübergreifende gemeinsame Basis.

§ 13 Abs. 2 SGB IX definiert danach die Mindestanforderung für den Einsatzbereich der Instrumente, der die Bedarfsermittlung bis zum Erlass des Bewilligungsbescheids abdeckt. Die Mindestanforderungen sind unabhängig davon zu erfüllen, welcher Träger seine Instrumente mit welchen Inhalten ausgestaltet

4.1. Zur Bedeutung der ICF

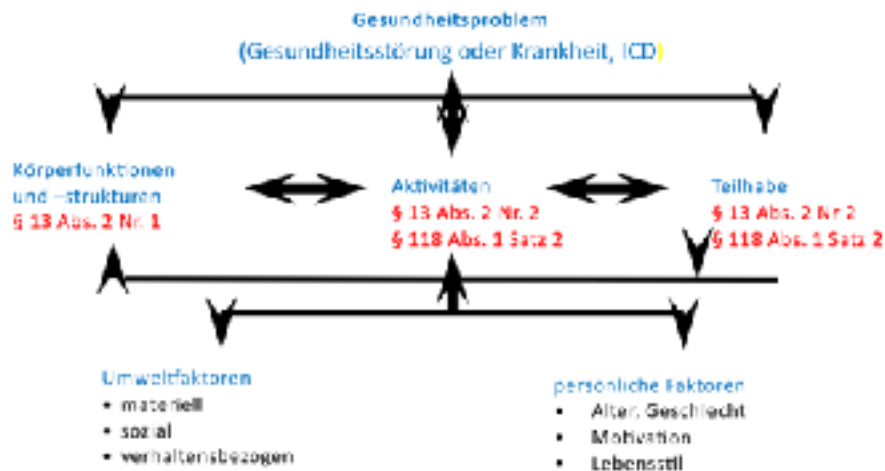
Die ICF beschreibt als „Gesundheitszustände“ die Beeinträchtigung der Teilhabe behinderter Menschen.

Schon mit dem SGB IX von 2001 hat der Gesetzgeber die Rehabilitationsträger verpflichtet, den Bedarf an Leistungen zur Teilhabe funktionsbezogen, d.h., „orientiert an der ICF“ festzustellen.

Da die ICF kein Assessment-Instrument zur Bedarfsfeststellung ist und sein kann, bezog sich die Verpflichtung zur ICF-Orientierung in § 10 SGB IX aF auf die Dokumentation des funktionsbezogen festgestellten Bedarfs in der Sprache der ICF, d.h. die in der ICF beschriebenen Kategorien von Beeinträchtigungen der Teilhabe. Das BTHG hat daran nichts geändert, sondern die Träger zur Operationalisierung dieser Verpflichtung nunmehr an einheitliche Arbeitsmittel und –prozesse gebunden.

§ 13 SGB IX legt für alle Rehabilitationsträger einheitlich fest, dass die trägerübergreifende Beurteilung von Teilhabebeeinträchtigungen funktionsbezogen und damit grundsätzlich nach dem „bio-psycho-sozialen Modell“ zu erfolgen hat (Begründung zu § 19, BT-Drs. 18/9522 S. 239).

Bio-psycho-soziales Modell der ICF



19

4.2. Zu § 13 Abs. 2 Nr. 1 SGB IX: Liegt eine Behinderung vor oder droht sie? Der Diagnoseschlüssel ICD 10 beschreibt Art und Schweregrad einer Krankheit, die eine Behinderung verursacht, sagt jedoch nichts zur Art und zum Umfang der darauf basierenden Beeinträchtigung der Teilhabe aus. Entgegen der Orientierungshilfe der BAGüS vom Febr 2018 zur Gesamtplanung (S 8) nach der im Bereich der Eingliederungshilfe auch weiterhin im Wesentlichen die medizinische Diagnose (in der Regel auch nur auf der Basis des Diagnoseschlüssels ICD) den Kern der Bedarfsermittlung in der Eingliederungshilfe soll, kann damit allein den Anforderungen des § 13 Abs. 2 Nr. 1 SGB IX nicht Rechnung getragen werden.

Nach dem der ICF zugrunde liegenden bio-psycho-sozialen Modell wird das Vorliegen einer Behinderung über die Schädigung der Körper- und Sinnesfunktionen definiert.

Für die objektive Klärung des Bedarfs an Teilhabeleistungen reicht eine Beschreibung des Krankheitsbildes oder eine Krankheitsdiagnose (ICD-Schlüssel) nicht aus, weil sie in der Regel keine Feststellungen zur Beeinträchtigung der Teilhabe beinhalten. Deshalb muss die trägerübergreifende Beurteilung von Teilhabebeeinträchtigungen immer funktionsbezogen und damit grundsätzlich nach dem „bio-psycho-sozialen Modell“ erfolgen (Begründung zu § 19, BT-Drs. 18/9522 S. 239).

Die Frage, ob eine Behinderung droht oder vorliegt, lässt sich sprachlich mit der Beschreibung der tatsächlichen Funktionsbeeinträchtigungen iSd Kapitelüberschriften der ICF dokumentieren (vergl. ICF-Checkliste²).

Die Bedarfsfeststellung hat die *gesamten* Auswirkungen auf die Teilhabe *vollständig* zu klären und darf nicht auf die Zuständigkeit oder Leistungsverpflichtung eines Trägers oder die gerade benötigte Leistung beschränkt sein.

Die bisher eingesetzten Instrumente sind in der Regel noch an der Leistungsverpflichtung bzw. Zuständigkeit eines Trägers orientiert, nehmen die

² ICF-Checkliste der WHO vergl. www.harry-fuchs.de oder bei dimdi.

tatsächlichen Beeinträchtigung der Teilhabe nicht unabhängig davon vollständig auf und sind häufig auf die Beurteilung der gerade geltend gemachten Leistung fokussiert.

2. Zu § 13 Abs. 2 Nr. 2 SGB IX: Welche Auswirkungen hat die Behinderung auf die Teilhabe der Leistungsberechtigten?

Welche Auswirkungen die Behinderung (beeinträchtigte Körperstrukturen und -funktionen) auf die Teilhabe der Leistungsberechtigten hat, ergibt sich daraus, ob und in welchem Ausmaß die Aktivitäten des Betroffenen und seine Teilhabe beeinträchtigt sind. Dies ist in Wechselwirkung mit hemmenden oder fördernden Kontextfaktoren (Art 1 S 2 UN-BRK; Umweltfaktoren, personbezogenen Faktoren) abzuklären.

Die Teilhabebeeinträchtigung definiert sich über die Beeinträchtigungen der Aktivitäten und deren Auswirkungen auf die Teilhabe und können in der Sprache der ICF dokumentiert werden.

Die Anforderungen des § 118 Abs. 1 Nr. 1 bis 9 SGB IX sind identisch mit den Domänen der ICF. § 118 Abs. 1 Satz 3 SGB IX fordert die vollständige Beschreibung der nicht nur vorübergehenden Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe in den Lebensbereichen (Domänen).

Soweit ersichtlich, entsprechen die derzeit eingesetzten Instrumente nur z.Tl. oder nicht den Anforderungen des § 13 Abs. 2 SGB IX.

(Vergl. Veröffentlichung des Verfassers „Ermittlung des Rehabilitationsbedarfs – Auswirkungen des BTHG“, *Beitrag D50-2017 unter www.reha-recht.de, 10.11.2017*)

3. Zu § 13 Abs. 2 Nr. 3 SGB IX: Welche Ziele sollen mit Leistungen zur Teilhabe erreicht werden?

Nach § 4 Abs. 2 SGB IX werden Leistungen zur Teilhabe (§§ 4, 5 SGB IX) zur Erreichung von Teilhabezielen erbracht. Der Gesetzgeber hat in § 4 Abs. 1 SGB IX sowie in den einleitenden Absätzen der leistungsrechtlichen Vorschriften (§§ 42, 49, 75 und 76 SGB IX) sowohl allgemeine und wie auch auf die jeweilige Leistungsform bezogene Teilhabeziele benannt.

Im Rahmen der Bedarfsermittlung ist für den jeweiligen Berechtigten zu klären, ob und welche Teilhabeziele ausgehend von den zuvor festgestellten individuellen Beeinträchtigungen der Teilhabe erreicht werden können, wobei das Wunschrecht der Berechtigten nach § 8 SGB IX sowohl hinsichtlich der Art, wie auch der Ausführung der Leistungen einzubeziehen ist.

Soweit die Bedarfserhebungen heute überhaupt Zielbeschreibungen enthalten, fokussieren sie bisher in der Regel auf die jeweils gerade geltend gemachte Leistung eines Trägers. Künftig ist die Klärung der Teilhabeziele unabhängig von der Leistungsverpflichtung oder Zuständigkeit des gerade tätigen Trägers oder der beantragten Leistung auf alle Beeinträchtigungen der Aktivitäten und der Teilhabe auszurichten, gerade auch mit Blick darauf, dass über die beantragte Leistung hinaus, für einen weitergehenden Leistungsbedarf andere Träger leistungs verpflichtet sein können.

4. Zu § 13 Abs. 2 Nr. 4 SGB IX: Prognose bzgl. der voraussichtlichen Wirksamkeit der Leistungen

Die in dieser Regelung geforderte Prognose, welche Leistungen zur Erreichung der Ziele voraussichtlich erfolgreich sind, verfolgt verschiedene Ziele:

- Zunächst dürfen Leistungen zur Teilhabe nach § 4 Abs. 2 Satz 1 SGB IX nur zur Erreichung der im SGB IX genannten Teilhabeziele erbracht werden.
- Danach dürfen die Rehabilitationsträger nur Leistungen mit einer Erfolgsaussicht bezogen auf die *Erreichung von Teilhabezielen* ausführen.
- D.h. aber auch, dass die Leistungserbringer geeignet sein müssen (§§ 28 Abs. 1 Nr. 3, 124), die Teilhabeziele mit ihren Leistungen erreichen zu können, d.h., über eine dazu geeignete Struktur- und Prozessqualität verfügen.
- Letztlich knüpft an diese Prognose der Wirksamkeitsaspekt der in § 128 Abs. 1 SGB IX verankerten Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsprüfung im Bereich der Eingliederungshilfe an.

Aussagen zu der in § 13 Abs. 2 Nr. 4 SGB IX geforderten Erfolgsprognose sind bisher in keinem bekannten Bedarfsfeststellungsinstrument enthalten.

Die Prognose ist Bestandteil der „einheitlichen und nachprüfbar“ Bedarfsermittlung und bedarf wegen der vorgeschriebene Einheitlichkeit und Nachprüfbarkeit trägerübergreifender Maßstäbe deshalb zur Prognosebeurteilung, die noch im Rahmen der von der BAR zu erarbeitenden Grundsätze zu Bedarfserkennung und Bedarfsermittlung zu definieren sind.

5. Ausblick

Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales untersucht die Wirkung der in § 13 Abs. 2 SGB IX genannten Instrumente und veröffentlicht sie Untersuchungsergebnisse bis zum 31.12. 2019.

Die Untersuchung dient sowohl dem verwaltungsinternen und trägerübergreifenden Informationsaustausch vorrangig auf der Ebene der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation als auch der öffentlichen und fachlichen Diskussion über die Instrumente unter Zuhilfenahme wissenschaftlicher Expertise. Hierbei kann insbesondere untersucht werden, ob und inwieweit die Klassifikation, die Lebensbereiche oder das bio-psycho-soziale Modell der ICF perspektivisch einen einheitlichen Rahmen für die Bedarfsermittlung nach allen Leistungsgesetzen bilden können. Mithilfe der fortlaufenden Untersuchung kann die Übertragbarkeit gemeinsamer Grundsätze auf die jeweiligen Leistungssysteme überprüft werden. Die Rehabilitationsträger werden durch die Untersuchung dazu angehalten, ihre Instrumente im Hinblick auf ihre trägerübergreifenden Standardisierungsmöglichkeiten kritisch zu prüfen und weiterzuentwickeln. Die Länder und Kommunen können sich nach § 13 Abs. 4 SGB IX an der Untersuchung beteiligen (BT-Drs. 18/9522 S 233).

Im Rahmen dieser Untersuchung dürften über die in der Begründung genannten Ziele und Erwartungen hinaus weitere Fragen aufkommen und einer Beantwortung bedürfen, wie z.B.

- Wer trifft die Feststellungen nach § 13 Abs. 2 SGB IX?
- Über welche Qualifikation muss der Feststellende verfügen?
(Bei Sachverständigengutachten nach § 17 SGB IX „ist ggfls. eine entsprechende Qualifikation und Weiterbildung“ der Sachverständigen“ bzgl. des bio-psycho-sozialen-Modells und der ICF nachzuweisen. BT-Drs. 18/9522 S. 237)

- Wie kann der Informationsaustausch zwischen den Trägern organisiert werden?
- Wie können die damit ggfls. verbundenen Datenschutzfragen geklärt werden?