

Magazin der Bundesarbeitsgemeinschaft für Unterstützte Beschäftigung

impulse

03.2018

7,50 Euro

ISSN 1434-2715

www.bag-ub.de/impulse

Inklusionsunternehmen als andere Leistungsanbieter
Eine Studie des LVR

Partizipation in der Bedarfsermittlung
Was ändert sich durch das BTHG?

Schwerpunktthema
Auf dem Weg: Umsetzung des BTHG

86

Weiterbildungsangebote der BAG UB

Weiterbildung Integrationsberatung

Unterstützte Beschäftigung – Jobcoaching – Inklusion in Arbeit

Februar 2019 bis Juni 2020

Einzelseminare

Ressourcenmanagement für Menschen mit Behinderung – Methodenwerkstatt –

„Wenn wir wüssten, was wir wissen“

28. – 30. Januar 2019 in Bad Nenndorf

Kukuk plus

Schlüsselqualifikationen – Besondere Herausforderungen in der beruflichen Bildung von Menschen mit Lernschwierigkeiten

25. – 26. Februar 2019 in Hamburg

Beziehungsklärung, Gesprächsführung, methodische Hilfen

Unterstützung von Menschen mit psychischer Erkrankung im Betrieb

13. – 15. März 2019 in Bad Nenndorf

Professionell in Arbeit begleiten

Berufsbegleitende Weiterbildung zur_m Integrationsberater_in mit dem Konzept Unterstützte Beschäftigung



jetzt anmelden!

www.bag-ub.de/wb



Bundesarbeitsgemeinschaft für Unterstützte Beschäftigung

Schulterblatt 36
20367 Hamburg

Telefon: +49 (0)40 4325312 2
Telefax: +49 (0)40 4325312 5
E-Mail: info@bag-ub.de
www.bag-ub.de/weiterbildung

Super Vernetzung durch die Mischung aus der gesamten Bundesrepublik.

Es entstehen wertvolle und intensive Kontakte.

Die Trainer_innen sind sehr kompetent, gut vorbereitet und stets bereit, flexibel auf die Gruppe einzugehen.

Hervorragende Organisation!

Erstklassige Dozent_innen mit hoher Motivation.

Hier wird die Zukunft schon heute gemacht! Bundesweit einzigartige Fortbildung!

Gelebte Inklusion! Praxisnah!

Dieser Kurs hat zu meiner persönlichen und beruflichen Entwicklung maßgeblich beigetragen.



Editorial



Claus Sasse

Liebe Leserinnen und Leser

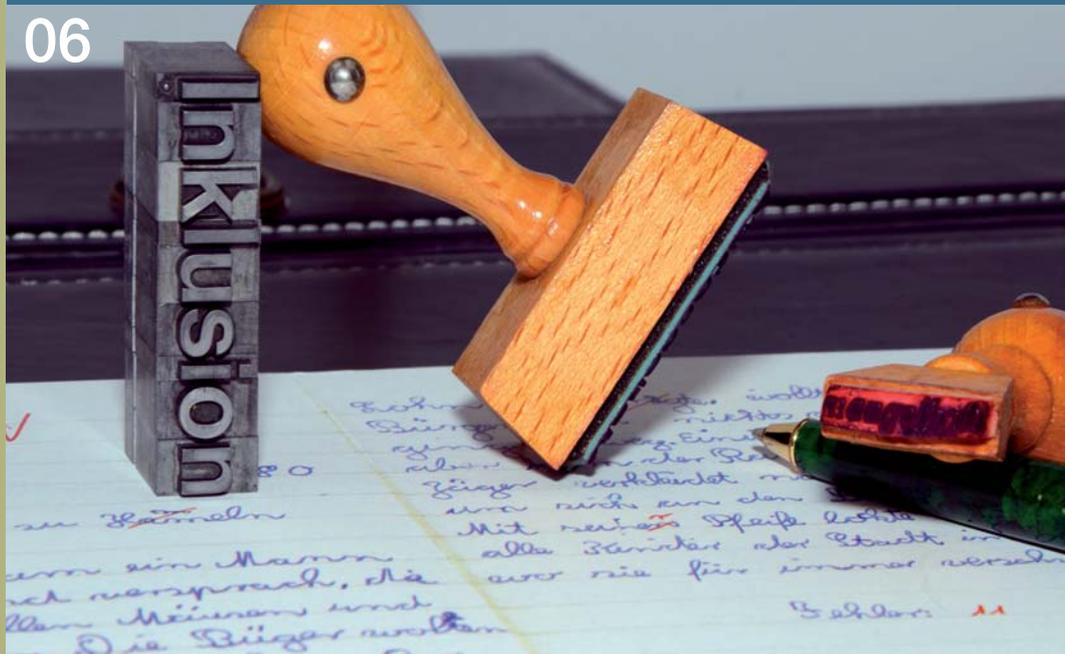
Mit der Verabschiedung des Bundesteilhabegesetzes vor nunmehr fast zwei Jahren wurden weitreichende Änderungen in der Struktur der Sozialgesetzgebung beschlossen, die in verschiedenen Schritten bis 2023 umgesetzt werden sollen. Wichtige Neuerungen, die den Bereich der Teilhabe am Arbeitsleben betreffen, sind seit dem 1. Januar 2018 in Kraft. Dazu gehören neben den Ergänzenden Unabhängigen Teilhabeberatungen zum Beispiel das Budget für Arbeit oder die Anderen Anbieter.

In dieser Ausgabe werfen wir erneut einen Blick auf die angestoßenen Veränderungen. Astrid Kempe gibt aus juristischer Sicht einen Überblick über die im Gesetz vorgesehenen Änderungen für den Bereich der Teilhabe am Arbeitsleben ab Seite 6. Mit dem Thema Bedarfsermittlung befassen sich sowohl Harry Fuchs, der ab Seite 24 die Intention des Gesetzgebers noch einmal erläutert, wie auch Michael Beyerlein und Tonia Rambauser-Haß, die den Aspekt der Partizipation im Rahmen der Bedarfsermittlung in den Vordergrund stellen (Seite 16). Daniel Wörmann stellt abschließend auf Seite 32 eine Studie des Landschaftsverbands Rheinland vor, in der Integrationsunternehmen als andere Leistungsanbieter untersucht wurden.

Wir wünschen allen eine anregende Lektüre!

Das BTHG: Überblick über die Neuerungen im Bereich Teilhabe am Arbeitsleben

06



SCHWERPUNKT

BTHG Umsetzung

06 Teilhabe behinderteter Menschen am Arbeitsleben
Überblick über die Neuerungen durch das BTHG
von Dr. Astrid Kempe

16 Partizipation in der Bedarfsermittlung
Was ändert sich durch das BTHG?
von Michael Beyerlein und Dr. Tonia Rambosek-Haß

Bedarfsermittlung: Intention des Gesetzgebers

24



Inklusionsunternehmen als andere Leistungsanbieter

32



Müssen

Können



24 Ermittlung des
Rehabilitationsbedarfs
nach § 13 SGB IX
Intention des Gesetzgebers
von **Dr. Harry Fuchs**

32 Inklusionsunternehmen
als
andere Leistungsanbieter
von **Daniel Wörmann**

15 **Impressum**

Teilhabe behinderter Menschen am Arbeitsleben

Überblick über die Neuerungen durch das BTHG

Von Dr. Astrid Kempe

I. Inklusion von Menschen mit Behinderungen als völkerrechtlich verbindliche Aufgabe

Im Dezember 2006 hat die Generalversammlung der Vereinten Nationen das Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (UN-BRK) verabschiedet. Mit der Ratifikation des Übereinkommens hat sich Deutschland dazu bekannt, das deutsche Recht in Übereinstimmung mit den Bestimmungen der UN-BRK auszulegen und weiterzuentwickeln. Damit ist ein Perspektivwechsel verbunden, der vom Konzept der Integration wegführt und sich für das Konzept der Inklusion entscheidet.¹ Gemäß Art. 27 Abs. 1 S. 1 UN-BRK haben Menschen mit Behinderungen das gleiche Recht auf Arbeit wie nicht behinderte Menschen. Dies beinhaltet das Recht auf die Möglichkeit, den Lebensunterhalt durch Arbeit zu verdienen, die in einem offenen, inklusiven und für Menschen mit Behinderungen zugänglichen Arbeitsmarkt und Arbeitsumfeld frei gewählt oder angenommen wird. Arbeit darf

für Menschen mit Behinderungen nicht auf Sonderarbeitsmärkte und Sonderarbeitsumfelder beschränkt werden, sondern sowohl der allgemeine Arbeitsmarkt als auch der konkrete Arbeitsplatz müssen offen, inklusiv und zugänglich sein.²

In Deutschland konnte dieses Ziel bislang nicht erreicht werden. Trotz zahlreicher Integrations- und Fördermaßnahmen scheuen sich viele Arbeitgeber nach wie vor, einen behinderten Arbeitnehmer einzustellen. Hierfür spricht bereits die Arbeitslosenquote der vergangenen Jahre. So befindet sich der deutsche Arbeitsmarkt zunehmend im Aufschwung. Im Oktober 2015 sank die Zahl der arbeitslosen Menschen auf ein Rekordtief von 2,6 Millionen und die Arbeitslosenquote auf 6%. Allerdings konnten Menschen mit Behinderungen von dieser Entwicklung kaum profitieren. Im Oktober 2015 waren insgesamt 181.110 Menschen mit einer Schwerbehinderung arbeitslos. Die Arbeitslosenquote lag demnach bei 13,9% und war doppelt so hoch wie bei Menschen ohne Behinderung.³

Eine Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt ist für viele Menschen mit Behinderung noch immer keine Selbstverständlichkeit. Besonders schwierig gestaltet sich der Übergang für Schülerinnen/Schüler mit einem sonderpädagogischen Förderbedarf und für Beschäftigte in Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM). Bundesweit gelingt nur 0,16% der WfbM-Beschäftigten pro Jahr der Schritt auf den ersten Arbeitsmarkt. Gleichzeitig steigt die Zahl der Personen, die in einer Werkstatt arbeiten, stetig an. Ende des Jahres 2013 waren etwa 301.000 Menschen mit einer wesentlichen Behinderung in einer Werkstatt beschäftigt und damit 65.000 mehr als 10 Jahre zuvor.⁴

II. Das Gesetz zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen – Bundesteilhabegesetz (BTHG)

Das BTHG sollte Abhilfe schaffen.⁵ Es hat u. a. das SGB IX neu gestaltet, das künftig die



Foto: bildergala, Adobe Stock

folgende Struktur aufweist: Zusammenfassung des für alle Rehabilitationsträger geltenden Rehabilitations- und Teilhaberechts (Teil 1), Regelung der aus dem SGB XII herausgelösten Eingliederungshilfe (Teil 2) und Regelung des weiterentwickelten Schwerbehindertenrechts (Teil 3). Der vorliegende Beitrag gibt einen Überblick über den ersten rehabilitationsrechtlichen Teil des reformierten SGB IX, der am 1. Januar 2018 in Kraft getreten ist. Beleuchtet werden der Begriff der Behinderung nach § 2 SGB IX n. F., die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) nach §§ 49 ff. SGB IX. und das Budget für Arbeit (BfA) nach § 61 SGB IX. Festzustellen ist, dass sich die inhaltlichen Neuerungen in Grenzen halten und das BfA deutlich hinter den Erwartungen der Reformbeobachter zurückbleibt.⁶

III. Begriff der Behinderung vor und nach der Novellierung

Gemäß § 2 Abs. 1 S. 1 SGB IX a. F. wurde ein Mensch als behindert angesehen, wenn seine körperliche Funktion, geistige Fähig-

keit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als 6 Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abwich und seine Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigte. § 2 Abs. 1 S. 1 SGB IX sieht eine Neufassung des Behinderungsbegriffs⁷ vor, der dem Wechselwirkungsansatz der UN-BRK und der ICF der WHO entspricht. Demnach haben Menschen mit Behinderungen körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen, welche sie in Wechselwirkung mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren an der gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als 6 Monate hindern können. Eine Beeinträchtigung liegt vor, wenn der Körper- und Gesundheitszustand von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht.⁸

Eine Behinderung ist, anders als nach dem jahrzehntelang vorherrschenden Krankheitsfolgenkonzept, nicht mehr als persönliche Eigenschaft zu verstehen, sondern stellt eine gestörte oder nicht entwi-

ckelte Interaktion zwischen einem Menschen und seinem materiellen und sozialen Umfeld dar. Soweit einer Person bestimmte Funktionen fehlen oder bestimmte Fähigkeiten eingeschränkt sind, ist sie terminologisch lediglich beeinträchtigt. Behindert wird sie erst durch einstellungs- und umweltbedingte Barrieren, die sie an der gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft hindern.⁹ Hierin ist ein Wechsel vom Integrations- zum Inklusionsgedanken zu sehen. Soll die gleichberechtigte Teilhabe gewährleistet werden, kann dies nicht mehr durch eine Anpassung des Menschen mit einer Behinderung an die Umwelt, sondern muss durch eine barrierefreie Gestaltung der Umwelt geschehen.¹⁰

Neben der Beeinträchtigung der körperlichen Funktion, der geistigen Fähigkeit und der seelischen Gesundheit erfasst § 2 Abs. 1 S. 1 SGB IX. auch die Beeinträchtigung eines Sinnesorgans. Eine Ausweitung des bisherigen Personenkreises ist damit jedoch nicht verbunden, denn Störungen der Sinne wurden auch vor der Reform als

Beeinträchtigung der Körperfunktion behandelt.¹¹ Insofern handelt es sich lediglich um eine Verschriftlichung der geltenden Rechtsprechung.

Anders als der Behinderungsbegriff nach Art. 1 UN-BRK, der lediglich eine langfristige¹², Beeinträchtigung voraussetzt, stellt das deutsche Recht nach wie vor auf eine feste zeitliche Grenze ab. Eine unangemessene Eingrenzung des zu schützenden Personenkreises lässt sich daraus aber nicht ableiten. Ist eine tatbestandsmäßige Beeinträchtigung zu erwarten, liegt eine drohende Beeinträchtigung nach § 2 Abs. 1 S. 2 SGB IX vor. Weist eine Prognose auf eine längere Beeinträchtigung als 6 Monate hin, fällt auch diese laut geltender Rechtsprechung von Beginn an unter die Regelungen des SGB IX.¹³

Zudem bleibt die Abweichung bezogen auf den für das Lebensalter typischen Zustand. Unter einem altersuntypischen Zustand wird der Verlust oder die Beeinträchtigung von normalerweise vorhandenen körperlichen Funktionen, geistigen Fähigkeiten oder der seelischen Gesundheit verstanden.¹⁴ Beeinträchtigungen, die sich mit steigendem Lebensalter regelmäßig ergeben, sind daher nicht als Behinderung anzusehen.¹⁵ Daraus können sich Abgrenzungsschwierigkeiten ergeben. Aufgrund der individuellen Beschaffenheit des menschlichen Körpers und des unterschiedlichen Lebenswandels der Menschen lässt sich nicht klar definieren, welcher Zustand für das jeweilige Lebensalter typisch ist.¹⁶ Selbst wenn man die Möglichkeiten medizinischer Diagnostik miteinbezieht, bleiben gewisse Unsicherheiten. Dies gilt z. B. wenn jemand behinderungsbedingt an einem statistisch häufigen Altersleiden erkrankt und tatsächlich in das Alter gerät, in dem diese Beeinträchtigung typisch ist. Auch fragt sich, ob der pauschale Ausschluss altersbedingter Beeinträchtigungen aus dem Behinderungsbegriff noch zeitgemäß ist. Dies gilt umso mehr, als die Teilhabe behinderter Menschen am Arbeitsleben

und die damit verbundenen Leistungen an den Behinderungsbegriff des § 2 SGB IX gebunden sind. Aufgrund der zunehmenden Anhebung des Renteneintrittsalters wird die Zahl der älteren Arbeitnehmer jedoch potenziell zunehmen. Wird ihnen der Zugang zu den Leistungen des SGB IX trotz einer behinderungsbedingten Beeinträchtigung wegen ihres Alters verstellt, liegt darin eine Diskriminierung. Beispielsweise setzt bei vielen Menschen ein altersbedingter Hörverlust bereits im Alter zwischen fünfzig und sechzig Jahren ein, was mit einem Verkümmern der Haarsinneszellen zusammenhängt. Die Symptome sind ein zunehmender und meist beidseitiger und symmetrischer Hörverlust, der ein eingeschränktes Wortverständnis, vor allem in geräuschvoller Umgebung, zur Folge hat. Diese Beeinträchtigung, auch Cocktail-Party-Effekt genannt, bewirkt, dass Betroffene ab einem bestimmten Punkt des Hörvermögens nur noch mühsam an Konversationen teilnehmen können.¹⁷ Da der Hörverlust auch mit einem Hörgerät nur bedingt kompensiert werden kann, könnte beispielsweise ein Arbeitnehmer, der in einer kommunikativen Branche tätig ist, zusätzliche Unterstützung benötigen, die ihm wegen des Altersbezugs von § 2 Abs. 1 SGB IX aber nicht gewährt wird.

IV. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben – §§ 49 ff. SGB IX (§§ 33 ff. SGB IX a. F.)

1. §§ 49 bis 59 SGB IX

Für die §§ 49 bis 59 SGB IX (§§ 33 bis 43 SGB IX a. F.) finden sich überwiegend redaktionelle Anpassungen. Im Folgenden soll lediglich auf die Vorschriften eingegangen werden, bei denen sich auch eine inhaltliche Änderung ergibt.

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben – § 49 SGB IX (§ 33 SGB IX a. F.)

Das Ziel der Teilhabeleistungen ist in § 49 Abs. 1 SGB IX enthalten, der die Vorschrift des § 33 Abs. 1 SGB IX a. F. wortgleich ab-

bildet. Behinderten oder von Behinderung bedrohten Menschen soll die Teilhabe am Arbeitsleben entsprechend ihrer Leistungsfähigkeit möglichst auf Dauer gesichert werden. Ziel ist es, ihre Erwerbstätigkeit zu gewährleisten, indem ein vorzeitiges Ausscheiden aus dem Arbeitsleben verhindert oder eine erstmalige oder wiederholte Eingliederung in das Erwerbsleben erreicht wird. Maßgeblich für die Zielbestimmung ist die Leistungsfähigkeit der Leistungsberechtigten, d. h. ihr geistiges und körperliches Potenzial. Voraussetzung für die Sicherung der Erwerbstätigkeit ist die Erwerbsfähigkeit der Leistungsberechtigten. Hierunter ist die Fähigkeit zu verstehen, den bisherigen Beruf oder die bisherige Tätigkeit weiter oder erstmalig einen Beruf bzw. eine Tätigkeit ausüben zu können. Dabei ist mit Teilhabe am Arbeitsleben der Regelfall der Erwerbstätigkeit am ersten Arbeitsmarkt gemeint. Erst wenn dieses Ziel primär nicht erreicht werden kann, kommen Leistungen wie die Eingliederung in den zweiten Arbeitsmarkt oder die Arbeit in einer WfbM in Betracht.¹⁸ Der Leistungsanspruch steht unter dem Vorbehalt der Erforderlichkeit, d. h. die Leistungen müssen geeignet sein, das Ziel der Teilhabe am Arbeitsleben zu erreichen.¹⁹ Dabei wird behinderten oder von Behinderung bedrohten Frauen nach wie vor ein besonderer Diskriminierungsschutz gewährt (§ 49 Abs. 2 SGB IX/§ 33 Abs. 2 SGB IX a. F.), da bei ihnen regelmäßig mehrere Benachteiligungen zusammentreffen.²⁰ Ihnen soll ein gleicher Zugang zum Erwerbsleben unter Berücksichtigung ihrer Berufsbiographie und ihrer privaten Lebensumstände (z. B. Kinderbetreuung/Versorgung) gesichert werden. Ein nicht abschließender Katalog der wichtigsten Teilhabeleistungen ist in § 49 Abs. 3 SGB IX enthalten. Durch die Neufassung dieser Vorschrift ist es zu Änderungen in der numerischen Reihenfolge der vormals in § 33 Abs. 3 SGB IX a. F. geregelten Leistungen gekommen. Maßgebliche inhaltliche Änderungen sind

jedoch nicht zu verzeichnen. Es geht nach wie vor um die Hilfen zur Erhaltung oder Erlangung eines Arbeitsplatzes (Nr. 1), die Berufsvorbereitung nebst Grundausbildung (Nr. 2), die Unterstützte Beschäftigung (Nr. 3/2a a. F.), die berufliche Anpassung und Weiterbildung (Nr. 4/3 a. F.), die berufliche Ausbildung (Nr. 5/4 a. F.), die Aufnahme einer selbstständigen Tätigkeit (Nr. 6)/Gründungszuschuss (Nr. 5 a. F.) und die sonstigen Hilfen zur Förderung (Nr. 7/6 a. F.). Lediglich für § 49 Abs. 3 Nr. 6 SGB IX ergibt sich eine Änderung. Durch die

forderlich, kann im Rahmen der Auswahl die berufliche Eignung (Berufsfeldorientierung) abgeklärt oder eine Arbeitserprobung (Eignung für den konkreten Arbeitsplatz) durchgeführt werden, KfzHV wobei eine Übernahme der in § 49 Abs. 4 S. 2 SGB IX genannten Kosten erfolgt.²⁴ § 49 Abs. 5 SGB IX (§ 33 Abs. 5 SGB IX a. F.) stellt fest, dass die Leistungen auch für Zeiten notwendiger Praktika erbracht werden. Die Teilhabeleistungen umfassen gemäß § 49 Abs. 6 S. 1 SGB IX (§ 33 Abs. 6 S. 1 SGB IX a. F.) auch medizinische, psychologische

Voraussetzungen, Gegenstand und Umfang der Leistungen der Kraftfahrzeughilfe zur Teilhabe am Arbeitsleben regeln. Leistungen der Kraftfahrzeughilfe zur Teilhabe am Arbeitsleben werden nach den Bestimmungen der Kraftfahrzeughilfe-Verordnung (KfzHV) erbracht. Die beruht ursprünglich auf der Verordnungsermächtigung nach § 9 Abs. 2 des Gesetzes über die Angleichung der Leistungen zur Rehabilitation. Um diese Rechtsverordnung fortschreiben zu können, bedarf es einer entsprechenden Ermächtigungsgrundlage im SGB IX.²⁷

„Mit der Teilhabe am Arbeitsleben ist der Regelfall der Erwerbstätigkeit am ersten Arbeitsmarkt gemeint. Erst wenn dieses Ziel primär nicht erreicht werden kann, kommen Leistungen wie die Eingliederung in den zweiten Arbeitsmarkt oder die Arbeit in einer WfbM in Betracht.“

neue Formulierung soll ein Gleichklang mit den Formulierungen der vorhergehenden Nummern erreicht werden, die ebenfalls nur allgemein die Leistungen der aktiven Arbeitsförderung benennen und nicht konkret einzelne Vorschriften im Recht der Arbeitsförderung nach dem SGB III in Bezug nehmen.²¹ Die damit einhergehenden Probleme sollen nunmehr gelöst sein.²²

§ 49 Abs. 4 SGB IX (§ 33 Abs. 4 SGB IX a. F.) legt die Kriterien zur Auswahl der Teilhabeleistungen fest. Zu berücksichtigen sind nach wie vor Eignung, Neigung und bisherige Tätigkeiten des Leistungsberechtigten sowie die Lage und Entwicklung auf dem Arbeitsmarkt. Eine bestimmte Rangfolge gibt das Gesetz nicht vor, d. h. die Kriterien sind alle im Wege praktischer Konkordanz zur Grundlage der Auswahlentscheidung zu machen. Für den konkreten Einzelfall können bestimmte Kriterien damit stärker gewichtet werden bzw. andere in den Hintergrund treten.²³ Soweit er-

und pädagogische Hilfen. Dabei kann im Einzelfall eine Abgrenzung zu den Leistungen der medizinischen Rehabilitation relevant werden. Um eine LTA handelt es sich regelmäßig, wenn die jeweilige Leistung im unmittelbaren Zusammenhang mit einer Maßnahme der beruflichen Rehabilitation erfolgt.²⁵ Einen nicht abschließenden Leistungskatalog enthält § 49 Abs. 6 S. 2 SGB IX (§ 33 Abs. 6 S. 2 SGB IX a. F.). Dieser wurde um das Training motorischer Fähigkeiten nach § 49 Abs. 6 S. 2 Nr. 7 SGB IX ergänzt. § 49 Abs. 7 SGB IX (§ 33 Abs. 7 SGB IX a. F.) erweitert die Leistungserbringung nach § 49 Abs. 3 SGB IX, indem die durch die Ausführung der Teilhabeleistung unmittelbar entstehenden Kosten, auch derjenigen nach § 49 Abs. 8 SGB IX, ebenfalls übernommen werden.²⁶ Neu eingefügt wurde § 49 Abs. 9 SGB IX, der eine Verordnungsermächtigung enthält. Die Bundesregierung kann durch Verordnung mit Zustimmung des Bundesrates Näheres über

Leistungen im Arbeitsbereich – § 58 SGB IX (§ 41 SGB IX a. F.)

§ 58 SGB IX betrifft die Leistungen im Arbeitsbereich einer anerkannten WfbM. Dabei hat sich die grundlegende Struktur der Norm im Wesentlichen nicht geändert. Abs. 1 regelt die Zielgruppe des WfbM-Arbeitsbereiches. In Abs. 2 werden die Leistungen, die der zuständige Rehabilitationsträger im Arbeitsbereich einer WfbM erbringt, nach Zielsetzung, Inhalt, Dauer und bzgl. maßgeblicher Voraussetzungen festgelegt. Abs. 3 enthält die Grundsätze für die Vergütung der Werkstätten durch die zuständigen Rehabilitationsträger und Abs. 4 regelt die Ermittlung und Verwendung des Arbeitsergebnisses sowie die Auswirkungen der Vergütung auf die Arbeitsergebnisse.²⁸ Eine Ergänzung findet sich im Hinblick auf den Personenkreis der Leistungsberechtigten. Leistungen im Arbeitsbereich einer anerkannten WfbM erhielten nach § 41 Abs. 1 Nr. 1 SGB IX a. F. behinderte Menschen, bei denen eine Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt wegen der Schwere der Behinderung nicht in Betracht kam. § 58 Abs. 1 S. 1 Nr. 1 SGB IX erweitert dies nun um diejenigen, die auch in einem Inklusionsbetrieb nach § 215 SGB IX behinderungsbedingt nicht beschäftigt werden können.

Auch enthalten die Sätze 2 und 3 des § 58 Abs. 1 SGB IX, im Gegensatz zu der vormals geltenden Fassung, eine Regelung bzgl. Zeitpunkt und Dauer der Leistun-

gen. Nach Satz 2 werden Leistungen im Arbeitsbereich einer WfbM im Anschluss an Leistungen im Berufsbildungsbereich (§ 57 SGB IX) oder an entsprechende Leistungen bei einem anderen Leistungsanbieter (§ 60 SGB IX) erbracht. Hiervon kann gem. § 58 Abs. 1 S. 2 2. HS SGB IX abgewichen werden, wenn der Mensch mit Behinderungen bereits über die, für die in Aussicht genommene Beschäftigung erforderliche Leistungsfähigkeit verfügt, die er durch eine Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt erworben hat. Dies soll die Bedeutung der beruflichen Bildung für den weiteren beruflichen Werdegang sowohl von Menschen mit als auch ohne Behinderung untermauern. Deshalb wird klargestellt, dass den Leistungen zur Beschäftigung die Leistungen zur beruflichen Bildung grundsätzlich vorzuziehen haben. Satz 3 ergänzt den Gesetzeswortlaut um das regelmäßige Leistungsende. Danach sollen die Leistungen nicht länger als bis zum Erreichen des für die Regelaltersrente maßgeblichen Lebensalters erbracht werden. Da auch eine Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt mit dem Erreichen der Ruhestandsgrenze i. d. R.²⁹ endet, entfällt der Zweck der Teilhabe am Arbeitsleben. In der Praxis der Träger der Eingliederungshilfe wurde bereits vor der Gesetzesreform so verfahren.³⁰

Allerdings ist anzumerken, dass der Anspruch auf WfbM-Leistungen nach wie vor von einem Mindestmaß wirtschaftlich verwertbarer Arbeitsleistung abhängen soll, was bereits bei § 41 SGB IX a. F. kritisiert wurde.³¹ An einer entsprechenden Leistung fehlt es, wenn der behinderte Mensch trotz Betreuung sich oder andere erheblich gefährdet oder einer Betreuung und Pflege innerhalb der Werkstatt bedarf, die eine betrieblich verwertbare Arbeitsleistung nicht zulassen. Im Eingangsverfahren der WfbM wird ermittelt, für welche Tätigkeiten der behinderte Mensch geeignet ist bzw. ob eine Tätigkeit in einer WfbM überhaupt

möglich ist. Liegt ein außerordentliches Pflegebedürfnis vor, ist eine Aufnahme in die WfbM ausgeschlossen. Vielen Werkstätten sind deshalb eigene Einrichtungen zur Betreuung schwerst- oder schwer mehrfach behinderten Menschen angegliedert (z. B. Tagesförderstätten).³² Durch das Erfordernis wirtschaftlich verwertbarer Arbeitsleistung werden zahlreiche Menschen mit Behinderungen von der Werkstattbeschäftigung und über den Verweis in § 61 SGB IX nun auch von der Beschäftigung auf dem

„Durch das Erfordernis wirtschaftlich verwertbarer Arbeitsleistung werden zahlreiche Menschen mit Behinderungen von der Werkstattbeschäftigung und auch von der Beschäftigung auf dem ersten Arbeitsmarkt ausgeschlossen.“

ersten Arbeitsmarkt ausgeschlossen. Besonders häufig betrifft dies wohl Menschen mit Autismus.³³

Arbeitsförderungsgeld (AFG) – § 59 SGB IX (§ 43 SGB IX a. F.)

Die Vorschrift des § 59 Abs. 1 S. 1 SGB IX entspricht im Wesentlichen dem bisherigen § 43 S. 1 SGB IX a. F. Das AFG soll unmittelbar den Beschäftigten einer WfbM zu Gute kommen und ihr Arbeitsentgelt verbessern. Es wird an die Werkstatt gezahlt, die einen öffentlich-rechtlichen Anspruch gegen den Rehabilitationsträger hat. Eine Ausnahme gilt für das Eingangsverfahren und den Berufsbildungsbereich. Hier wird kein AFG gezahlt. Das AFG ist unabhängig und als selbstständige Leistung zusätzlich zu den Vergütungen nach § 58 Abs. 3 SGB IX von der WfbM an den Werkstattbeschäftigten auszubezahlen.³⁴

Durch § 59 Abs. 1 S. 2 SGB IX wird sowohl die Höhe des AFG als auch des Arbeitsentgelts als Berechnungsgrundlage angehoben. Nach § 43 S. 2 SGB IX a. F.

betrug das AFG 26,00 € monatlich, wenn das Arbeitsentgelt zusammen mit dem AFG einen Betrag von 325,00 € nicht überstieg. Nunmehr beträgt das AFG 52,00 € monatlich, wenn es zusammen mit dem Arbeitsentgelt einen Betrag von 351,00 € nicht übersteigt. Auch der Differenzbetrag nach § 59 Abs. 1 S. 3 SGB IX, wenn das Arbeitsentgelt höher als 299,00 € ist, wird entsprechend angehoben. § 43 S. 4 SGB IX a. F., durch den eine Anrechnung des Erhöhungsbetrages des Arbeitsentgelts in Folge

höherer Vergütungen der Rehabilitationsträger auf das Arbeitsförderungsgeld ermöglicht wurde, wurde aufgehoben, denn diese Möglichkeit wurde in der Praxis nicht ausgeschöpft.³⁵ Dafür wurde die Vorschrift um die Feststellung ergänzt, dass das AFG bei Sozialleistungen, deren Zahlung von anderen Einkommen abhängig ist, als Einkommen unberücksichtigt bleibt (§ 59 Abs. 2 SGB IX).

2. §§ 60 bis 62 SGB IX

Gänzlich neu eingefügt wurden die §§ 60 bis 62 SGB IX.

Zulassung anderer Leistungsanbieter – § 60 SGB IX

Für Menschen mit Behinderungen, die Anspruch auf Aufnahme in eine WfbM haben, wird mit § 60 Abs. 1 SGB IX eine Alternative zur beruflichen Bildung und Beschäftigung in der Werkstatt geschaffen. Die Leistungsberechtigten können die ihnen zustehenden Leistungen auch bei einem anderen Leistungsanbieter in Anspruch nehmen. Mit

Ausnahme der in § 60 Abs. 2 S. 2 SGB IX genannten Kriterien gelten für Andere Anbieter dieselben Qualitätsanforderungen wie für eine Werkstatt. Zu den Ausnahmeregelungen gehören die förmliche Anerkennung, eine Mindestanzahl von 120 Plätzen i. S. v. § 7 Abs. 1 der Werkstättenverordnung sowie die Anforderungen an die räumliche und sächliche Ausstattung i. S. v. § 8 der Werkstättenverordnung. Damit sollen auch kleinere Leistungsanbieter nicht ausgeschlossen werden. Darüber hinaus wird eine Aufnahme bei solchen Anbietern gefördert, die Maßnahmen nicht in eigenen Räumlichkeiten erbringen, sondern auf Plätzen in Betrieben des allgemeinen Arbeitsmarktes durchführen. Damit soll nicht nur die Wahlfreiheit für die Leistungsberechtigten gesteigert und eine Alternative zur WfbM insbesondere für bestimmte Personengruppen, etwa mit psychischen Beeinträchtigungen, geschaffen werden, sondern es geht auch um die Stärkung des Wettbewerbs zwischen den Anbietern und eine dadurch bedingte Qualitätsverbesserung der Einrichtungen. Andere Anbieter haben, anders als eine WfbM, keine Aufnahmeverpflichtung gegenüber dem Leistungsberechtigten und müssen auch nicht sämtliche Leistungen zur beruflichen Bildung und Beschäftigung anbieten. Näheres wird, wie bei einer WfbM, vertraglich geregelt. Der für die Leistungserbringung zuständige Rehabilitationsträger ist gemäß § 60 Abs. 3 SGB IX nicht verpflichtet, dem Leistungsberechtigten einen anderen Leistungsanbieter nachzuweisen. Nach § 60 Abs. 4 SGB IX gelten für das Rechtsverhältnis zwischen dem Leistungsberechtigten und dem Anderen Leistungsanbieter dieselben Regeln wie für das Rechtsverhältnis zwischen einem Werkstattbeschäftigten und einer WfbM, vgl. § 221 SGB IX. Der Leistungsberechtigte steht zu dem Anderen Anbieter regelmäßig in einem arbeitnehmerähnlichen Verhältnis und hat einen Anspruch auf ein angemessenes Arbeitsentgelt entsprechend der

Arbeitsmenge und der Arbeitsgüte. Darüber hinaus besteht ein Anspruch auf AFG (s. o.). Nimmt der Leistungsberechtigte an Maßnahmen im Eingangsverfahren und im Berufsbildungsbereich teil, besteht kein arbeitnehmerähnlicher Status, sondern es bleibt, wie in der WfbM, bei der Stellung als Rehabilitand.³⁶ Aus der Wahrnehmung seines Wahlrechts sollen dem Leistungsberechtigten damit keine Nachteile erwachsen.

Budget für Arbeit (BfA) – § 61 SGB IX

Neu eingefügt wurde auch das BfA. Es enthält im Wesentlichen einen Lohnkostenzuschuss für den Arbeitgeber, der einen Leistungsberechtigten i. S. d. § 58 SGB IX einstellt, sowie die Finanzierung einer Anleitung und Begleitung am Arbeitsplatz. Ziel ist eine Ergänzung des Leistungsportfolio für Menschen mit Anspruch auf Beschäftigung in einer WfbM und ihre Inklusion in den allgemeinen Arbeitsmarkt (nähere Ausführungen/Kritik s. u.).

Wahlrecht des Menschen mit Behinderung – § 62 SGB IX

§ 62 SGB IX ergänzt die Vorschrift des § 60 SGB IX. Danach hat der Mensch mit Behinderung künftig ein Wahlrecht, bei welchem Anbieter er die Leistungen nach §§ 57 und 58 SGB IX in Anspruch nehmen will. In Betracht kommt wie bisher die WfbM, in deren Einzugsgebiet sie/er ihren/seinen Wohnsitz hat, aber auch andere Leistungsanbieter für Leistungen im Eingangsverfahren und im Berufsbildungsbereich (§ 57 SGB IX) sowie für Leistungen im Arbeitsbereich einer WfbM (§ 58 SGB IX). Es können auch einzelne Module bei unterschiedlichen Anbietern gewählt werden. Ein Wahlrecht, neben Leistungen nach §§ 57 und 58 SGB IX gleichzeitig BfA-Leistungen in Anspruch zu nehmen, besteht nicht.³⁷ Mit der Aufnahme einer Beschäftigung bei einem öffentlichen oder privaten Arbeitgeber endet das andere Rechtsverhältnis.³⁸

V. Das Budget für Arbeit – § 61 SGB IX

1. Einzelheiten

Künftig sollen Arbeitgeber durch ein BfA unterstützt werden, wenn sie behinderte Menschen, die Anspruch auf Leistungen im Arbeitsbereich einer WfbM haben, beschäftigen. Das BfA umfasst einen unbefristeten Lohnkostenzuschuss zum Ausgleich der (evtl. dauerhaften) Minderleistung des behinderten Beschäftigten und die Finanzierung der im Einzelfall notwendigen Anleitung und Begleitung am Arbeitsplatz. Ziel ist es, eine Alternative zur Beschäftigung in einer WfbM zu schaffen und die Möglichkeiten von Menschen mit Behinderungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, insbesondere auf dem ersten Arbeitsmarkt, zu erweitern und zu verbessern. Gleichzeitig soll das Wunsch- und Wahlrecht der Leistungsberechtigten gestärkt werden, denen es unbenommen bleibt, eine Beschäftigung in einer Werkstatt aufzunehmen oder fortzusetzen. Auch haben Menschen mit Behinderungen, die sich für eine Förderung durch das BfA entschieden haben, ein jederzeitiges Rückkehrrecht in die WfbM, § 220 Abs. 3 SGB IX. Soweit die Betroffenen Leistungen der Eingliederungshilfe beziehen, wird das Budget für Arbeit vom Träger der Eingliederungshilfe erbracht.³⁹ Mit dem BfA sollen erfolgreiche Projekte aus den Bundesländern aufgegriffen werden, die eine entsprechende Förderung auf regionaler Ebene erprobt und nachhaltige Erfolge bei der Integration von Menschen mit Behinderungen in den allgemeinen Arbeitsmarkt erzielt haben.⁴⁰ Von dem BfA sollen nicht nur Werkstattbeschäftigte profitieren, welche die Werkstatt verlassen wollen, sondern auch Jugendliche mit Behinderungen, die im Rahmen ihrer beruflichen Orientierung für die Zeit nach ihrer beruflichen Bildung diese Förderung in Aussicht nehmen.⁴¹

§ 61 Abs. 1 SGB IX bestimmt als Voraussetzung, dass es sich um eine sozialversi-

cherungspflichtige Beschäftigung mit einer tariflichen oder ortsüblichen Entlohnung handelt. Damit soll sichergestellt werden, dass der Arbeitnehmer mit Behinderung seinen Lebensunterhalt oder zumindest einen Großteil davon durch sein Einkommen bestreiten kann.⁴² § 61 Abs. 2 SGB IX regelt den Umfang des BfA im Einzelnen. Dazu gehört in erster Linie ein Lohnkostenzuschuss an den Arbeitgeber zum Ausgleich der Minderleistung. Dabei soll es sich in der Regel um einen dauerhaften Zuschuss handeln, der den Unterschiedsbetrag zwischen dem tariflich oder ortsüblich gezahlten Arbeitsentgelt und dem der tatsächlichen Leistungsfähigkeit des Beschäftigten entsprechenden Arbeitsentgelt ausgleichen soll. Die Höhe kann bis zu 75% des vom Arbeitgeber regelmäßig gezahlten Arbeitsentgelts, höchstens jedoch einen Zuschuss i. H. v. max. 40% der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Abs. 1 SGB IV betragen. Durch die Begrenzung auf einen Betrag i. H. v. 40% der monatlichen Bezugsgröße soll gewährleistet werden, dass der Lohnkostenzuschuss i. d. R. nicht höher ist als die dem Leistungsträger bei Beschäftigung in einer Werkstatt entstandenen Aufwendungen. Den Bundesländern wird nach § 61 Abs. 2 S. 4 SGB IX die Möglichkeit eröffnet, vom Prozentsatz der Bezugsgröße nach oben hin abzuweichen. Der Lohnkostenzuschuss wird unmittelbar an den Arbeitgeber ausgezahlt. Auch die finanziellen Aufwendungen für eine möglicherweise dauerhafte Unterstützung am Arbeitsplatz durch Arbeitsassistenten oder einen Job-Coach gehören zu den Leistungen des BfA. Dauer und Umfang der Leistungen bestimmen sich nach den Umständen des Einzelfalles, § 61 Abs. 2 S. 3 SGB IX. Der Lohnkostenzuschuss ist nach § 61 Abs. 3 SGB IX ausgeschlossen, wenn die Beschäftigung eines Menschen mit Behinderung für die Entlassung eines anderen Mitarbeiters ursächlich ist. Durch § 61 Abs. 4 SGB IX wird die rechtliche Grundlage geschaffen, Unterstützungsleistungen, wie die Anleitung und Begleitung am Arbeitsplatz, zu poolen. Damit soll ermöglicht

werden, dass mehrere Leistungsberechtigte gemeinsam Unterstützungsdienste, etwa die Fachdienste zur begleitenden Hilfe im Arbeitsleben, in Anspruch nehmen können. Damit sollen auch die Arbeitgeber entlastet werden, die mehrere Arbeitnehmer mit Behinderungen beschäftigen, da ansonsten ggf. mehrere Unterstützungsdienstleister am Arbeitsplatz anwesend wären.⁴³ Der für die Budgetleistungen zuständige Rehabilitationsträger ist gemäß § 61 Abs. 5 SGB IX nicht verpflichtet, dem Leistungsberechtigten einen öffentlichen oder privaten Arbeitgeber nachzuweisen und ihm damit eine Alternative zur Beschäftigung in einer WfbM zur Verfügung zu stellen.⁴⁴

2. Kritik

Von den Reformbeobachtern wird kritisiert, dass § 61 SGB IX hinter den in den Bundesländern erprobten Reformmodellen zurückbleibt.⁴⁵ So setzt das BfA einen Anspruch des Budgetnehmers auf Leistungen im Arbeitsbereich einer WfbM nach § 58 SGB IX voraus. Hierin liegt ein wesentlicher Unterschied zu den Modellprojekten, die i. d. R. auch ohne WfbM-Anspruch eine Förderung beinhalten. Durch diese Zugangsvoraussetzung wird ein Großteil der nach dem Regelungszweck zu begünstigenden Personen ohne sachlichen Grund aus dem Anwendungsbereich ausgeschlossen. Dies gilt für Menschen mit einem hohen Unterstützungsbedarf, die aber nicht dem Bereich der Beschäftigung in einer WfbM unterfallen, sowie für Schülerinnen und Schüler, Auszubildende und Menschen, die Anspruch auf Leistungen im Berufsbildungsbereich einer WfbM haben. Auch wird durch den Verweis auf § 58 SGB IX die bereits erörterte Voraussetzung des Mindestmaßes an wirtschaftlich verwertbarer Arbeit übernommen, was einen zusätzlichen Ausschluss förderungsbedürftiger Personen nach sich zieht (s. o.).⁴⁶

Auch die Zuschusshöhe wird als zu gering kritisiert. Sie dürfe sich nicht am Arbeitnehmer-Brutto, sondern müsse sich am Arbeitgeber-Brutto orientieren.⁴⁷ Prob-

lematisch sei die Deckelung der Zuschuss-höhe auf Kosten, die für Beschäftigte einer WfbM anfallen, da im Rahmen des BfA Arbeitsverträge gefördert werden sollten, die sich mindestens auf dem Niveau des gesetzlichen Mindestlohns bewegen.⁴⁸ Als problematisch wird zudem die Abweichungsklausel für die Länder angesehen, die im Ergebnis zu regional unterschiedlichen Förderhöhen führen kann.⁴⁹

Darüber hinaus wird kritisiert, dass Budgetnehmer – zumindest nach der Gesetzesbegründung – nicht in die Arbeitslosenversicherung einbezogen werden, auch wenn sie mit Hilfe des BfA in einem sozialversicherungspflichtigen Arbeitsverhältnis beschäftigt werden. Das Argument, es bestehe keine Notwendigkeit der Einbeziehung, weil Budgetnehmer voll erwerbsgemindert seien, überzeugt nach Ansicht vieler Reformbeobachter nicht. Sie führen an, dass § 61 SGB IX keine volle Erwerbsminderung verlangt und auch die Aufnahme in eine WfbM nicht daran geknüpft ist.⁵⁰ Damit bestehe kein sachlicher Grund für eine Nichteinbeziehung der Budgetnehmer in die Arbeitslosenversicherung und sie dürften von deren Schutz nicht ausgeschlossen werden.⁵¹

VI. Zuständigkeiten und Finanzierung

1. Zuständigkeit für die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben im Überblick

Die zuständigen Kostenträger für die Teilhabeleistungen ergeben sich grundsätzlich aus § 6 SGB IX. Welcher Leistungsträger im Einzelfall zuständig ist, muss fallweise geklärt werden. Die gesetzliche Rentenversicherung ist i. d. R. zuständig, wenn es sich um erwerbsfähige Bezieher einer Rente wegen Erwerbsminderung, Arbeitssuchende und andere Personen mit Beitrags- oder Wartezeiten handelt. Die gesetzliche Unfallversicherung erbringt Teilhabeleistungen, wenn eine Einschränkung oder ein Schaden Folge eines Arbeitsunfalls, eines Wegeunfalls oder einer Berufskrankheit sind. Sie sind i. d. R. für die Kostenübernahme bei Erwerbstätigen

zuständig, aber auch bei Schülern oder Studenten, die an ihrer Bildungsstätte einen Unfall hatten, sowie für Kinder in Tagesstätten, Tageseinrichtungen oder der Betreuung in Tagespflege. Die Träger der Kriegsoferversorgung erbringen Leistungen im Rahmen der Kriegsoferversorgung (§§ 25 ff. BVG). Die Bundesagentur für Arbeit (BA) ist i. d. R. zuständig, wenn kein anderer Sozialversicherungsträger zuständig ist und die Träger der Sozialhilfe, wenn kein anderer Träger für die Kostenübernahme zuständig ist (Nachranggrundsatz), vgl. § 22 SGB III. Die Träger der öffentlichen Jugendhilfe erbringen Teilhabeleistungen für Kinder und Jugendliche bis 26 Jahre, die seelisch behindert oder von Behinderung bedroht sind, sofern kein anderer Leistungsträger zuständig ist, § 35a SGB VIII. Die Zuständigkeit der Leistungsträger für WfbM-Leistungen durch eine anerkannte Werkstatt oder einen anderen Leistungsanbieter ist in § 63 SGB IX gesondert geregelt.⁵²

Die Leistungen der Integrationsämter für begleitende Hilfen im Arbeitsleben, § 185 SGB IX, stehen neben den LTA der Rehabilitationsträger.

Wer zuständig ist, ist nicht immer klar ersichtlich und hat in der Vergangenheit zu Unsicherheiten geführt. Aus diesem Grund wurde die Zweiwochenregelung zur Klärung der Zuständigkeit des leistenden Rehabilitationsträgers (§ 14 SGB IX) und die Leistungsverantwortung bei Mehrheit von Rehabilitationsträgern (§ 15 SGB IX) eingeführt. Darüber hinaus ist für alle Leistungsträger ein Teilhabeplanverfahren vorgeschrieben, wenn entweder verschiedene Leistungen eines Trägers oder mehrere Leistungen verschiedener Träger vorgeschrieben sind. Auf dieser Grundlage sollen Leistungen wie aus einer Hand gewährt werden können und Nachteile des gegliederten Systems der Teilhabeleistungen abgebaut werden.

2. Rückzug der Bundesagentur für Arbeit aus der LTA-Zuständigkeit?

Für das BfA gemäß § 61 SGB IX kommen

nicht alle LTA-Träger in Betracht, denn über verschiedene Verweise (vgl. § 63 Abs. 3 S. 2 SGB IX und § 63 Abs. 2 SGB IX) ist vorgesehen, dass die Leistungen des § 61 SGB IX regelmäßig durch den Träger der Eingliederungshilfe erbracht werden. Für die Leistung gemäß § 61 SGB IX ist die BA ausdrücklich nicht genannt. Daran darf nicht der Schluss gezogen werden, dass die BA ihre Zuständigkeit als Rehabilitationsträger für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben auch für die Beschäftigten, die Leistungen aus § 61 SGB IX beziehen, verliert.⁵³ Mit der Einführung des BfA sollten die übrigen Ansprüche von Menschen mit Behinderungen gegenüber der BA nicht angetastet werden.⁵⁴ Dies gilt beispielsweise gemäß § 185 Abs. 2 SGB IX, wonach die Integrationsämter die begleitende Hilfe im Arbeitsleben in enger Zusammenarbeit u.a. mit der BA erbringen. Auch nach § 187 Abs. 1 Nr. 3 SGB IX gehört es zu den Aufgaben der BA, die Teilhabe schwerbehinderter Menschen am Arbeitsleben auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zu fördern, insbesondere wenn sie im Anschluss an eine Beschäftigung in einer WfbM, bei einem anderen Leistungsanbieter oder einem Inklusionsbetrieb eingestellt werden (Buchst. c).⁵⁵

Der Beitrag ist zuerst erschienen im Diskussionsforum Rehabilitations- und Teilhaberecht als Diskussionsbeitrag A13-2018 unter www.reha-recht.de.

Dr. jur. Astrid Kempe war bis 2017 wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Martin Luther Universität Halle und ist seit 2018 Regierungsrätin beim Ministerium für Inneres und Sport des Landes Sachsen - Anhalt



Kontakt und nähere Informationen
Mail: astridkempe@web.de

FUSSNOTEN

- 1 Eubel/Woratschka, Nahles-Entwurf für Teilhabegesetz: Behindertenbeauftragte fürchtet „finsterste Fürsorgepolitik“, Der Tagesspiegel, <http://www.tagesspiegel.de/politik/nahles-entwurf-fuer-teilnahme-gesetz-behinderten-beauftragte-fuerchtet-finsterste-fuersorgepolitik/13514088.html>, zuletzt abgerufen am: 18.02.2018.
- 2 Kreutz/Lachwitz/Trenk-Hinterberger, Die UN-Behindertenrechtskonvention in der Praxis, 2013, S. 281 ff.
- 3 Zahlen und Fakten – Aktion Mensch, <https://www.aktion-mensch.de/themen-informieren-und-diskutieren/arbeit/zahlen-und-fakten.html>, zuletzt abgerufen am: 18.02.2018.
- 4 Integrationsämter, Behinderung und Beruf, Budget für Arbeit – Alles aus einer Hand, <https://www.integrationsaemter.de/budget-fuer-arbeit-alles-aus-einer-hand/546c78991p62/index.html>, zuletzt abgerufen am: 14.12.2017.
- 5 Gesetz zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen – Bundesteilhabegesetz, (BTHG), vom 23.12.2016, Bundesgesetzblatt Teil I Nr. 66.
- 6 Nebe/Schimank, Das Budget für Arbeit im Bundesteilhabegesetz, Teil 1: Darstellung der Entwicklung und kritische Betrachtung bis zur Befassung im Bundesrat, Beitrag D47 2016, S. 2 ff, http://www.reha-recht.de/fileadmin/user_upload/RehaRecht/Diskussionsforen/Forum_D/2016/D47-2016_Das_Budget_fuer_Arbeit_im_Bundesteilhabegesetz_Teil_1.pdf, zuletzt abgerufen am: 18.02.2018.
- 7 Zur Auslegung des Behinderungsbegriffs EuGH 11.04.2013 - C-335/11 - Ring und C-337/11 - Skouboe Werge, RN. 47; EuGH 18.03.2014 - C-363/12 RN. 70 ff.; EuGH 22.05.2014 - C-356/12 - Glatzel/Freistaat Bayern, RN. 45 ff.; EuGH 18.12.2014 - C-354/13 (Adipositas) RN. 53 ff.; EuGH 01.12.2016 - C-395/15 - Daouidi, RN. 42; EuGH 09.03.2017 C-406/15 - Milkova, RN. 36; EuGH 18.01.2018 - C-270/16 - Conejero, RN. 28; EuGH 04.07.2013 - Pressemitteilung Nr. 82/13 zum Urteil in der Rechtssache C-312/11 - Kommission/Italien.
- 8 Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen (BTHG), Bundestags-Drucksache 18/9522, S. 227. <https://dip21.bundestag.de/dip21/btd/18/095/1809522.pdf>, zuletzt abgerufen am: 24.05.2018.
- 9 Kreutz/Lachwitz/Trenk-Hinterberger, Die UN-Beh

- hindertenrechtskonvention in der Praxis, 2013, 70 f.
- 10 Bundestags-Drucksache 18/9522, S. 227. <https://dip21.bundestag.de/dip21/btd/18/095/1809522.pdf>, zuletzt abgerufen am: 24.05.2018.
- 11 Joussem in: Dau/Düwell/Joussem, Nomoskommentar, Sozialgesetzbuch IX, Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen, Handkommentar, 4. Aufl., 2014, § 2 RN. 6.
- 12 Zur Langfristigkeit einer Einschränkung i.S.d. Behinderungsbegriffs EuGH 01.12.2016 – C-395/15 - Daouidi, RN. 37 ff.
- 13 BSG v. 12.04.2000 – B 9 SB 3/99, SGB 2000, S. 477.
- 14 BSG v. 07.11.2001 – B 9 SB 1/01, juris.
- 15 Joussem in: Dau/Düwell/Joussem, Nomoskommentar, Sozialgesetzbuch IX, Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen, Handkommentar, 4. Aufl., 2014, § 2 RN. 10.
- 16 Kreuz/Lachwitz/Trenk-Hinterberger, Die UN-Behindertenrechtskonvention in der Praxis, 2013, S. 69 f.
- 17 Hörverlust im Alter – Was bedeutet das wirklich?, <http://www.geers.de/hoeren-hoerverlust/hoerverlust-erkennen/hoerverlust-verstehen.html>, zuletzt abgerufen am: 18.02.2018.
- 18 Busch in: Feldes/Kohte/Stevens-Bartol, SGB IX, Kommentar für die Praxis, 4. Aufl., 2018, § 49 RN. 7–12.
- 19 Busch in: Feldes/Kohte/Stevens-Bartol, SGB IX, Kommentar für die Praxis, 4. Aufl., 2018, § 49 RN. 17.
- 20 Busch in: Feldes/Kohte/Stevens-Bartol, SGB IX, Kommentar für die Praxis, 4. Aufl., 2018, § 49 RN. 27.
- 21 Bundestags-Drucksache 18/9522, S. 253 f. <https://dip21.bundestag.de/dip21/btd/18/095/1809522.pdf>, zuletzt abgerufen am: 24.05.2018.
- 22 Vgl. die Problematik zur Beachtung von § 93 Abs. 2 Nr. 1 SGB III (Anspruch auf Arbeitslosengeld bei Aufnahme einer selbstständigen Tätigkeit) und den Wertungswiderspruch zwischen § 33 Abs. 3 Nr. 5 a.F. und § 16 Abs. 1 S. 3 SGB II.
- 23 Busch in: Feldes/Kohte/Stevens-Bartol, SGB IX, Kommentar für die Praxis, 4. Aufl., 2018, § 49 RN. 49.
- 24 Busch in: Feldes/Kohte/Stevens-Bartol, SGB IX, Kommentar für die Praxis, 4. Aufl., 2018, § 49 RN. 52.
- 25 Busch in: Feldes/Kohte/Stevens-Bartol, SGB IX, Kommentar für die Praxis, 4. Aufl., 2018, § 49 RN. 55.
- 26 Busch in: Feldes/Kohte/Stevens-Bartol, SGB IX, Kommentar für die Praxis, 4. Aufl., 2018, § 49 RN. 58.
- 27 Bundestags-Drucksache 18/9522, S. 253. <https://dip21.bundestag.de/dip21/btd/18/095/1809522.pdf>, zuletzt abgerufen am: 24.05.2018.
- 28 Ritz in: Feldes/Kohte/Stevens-Bartol, SGB IX, Kommentar für die Praxis, 4. Aufl., 2018, § 58 RN. 2 ff.
- 29 Vgl. aber auch die Möglichkeiten flexibler Rentenübergänge insbesondere durch das FlexirentenG, BGBl. I S. 2838 ff.; Bundestags-Drucksache 18/9787.
- 30 Bundestags-Drucksache 18/9522, S. 254. <https://dip21.bundestag.de/dip21/btd/18/095/1809522.pdf>, zuletzt abgerufen am: 24.05.2018.
- 31 Vgl. nur Nebe, Sozialrecht aktuell, Sonderheft 2014, S. 10.
- 32 Integrationsämter, Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM), <https://www.integrationsaemter.de/Fachlexikon/Werkstatt-fuer-behinderte-Menschen-WfbM-/77c336i1p/index.html>, zuletzt abgerufen am: 18.02.2018.
- 33 Frese, Vortrag beim Werkstättentag der BAG WfbM am 21.12.2016 in Chemnitz, Rechtliche Grundlagen für die Assistenz für Menschen mit Autismus und die sogenannte „Werkstättfähigkeit“, http://www.werkstattentag.de/upload/vortraege/89/uploads/ag_1_27.pdf, zuletzt abgerufen am: 18.02.2018.
- 34 Joussem in: Dau/Düwell/Joussem, Nomoskommentar, Sozialgesetzbuch IX, Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen, Handkommentar, 4. Aufl., 2014, § 43 RN. 5 ff.

Anzeige

Wir suchen

für die nebenberufliche Begleitung von unfallverletzten Menschen bundesweit MitarbeiterInnen von IFD mit Kompetenzen im Bereich medizinischer, sozialer und beruflicher Rehabilitation.

Wir bieten

-  **interessantes Zusatzeinkommen**
-  **frei wählbarer Umfang**
-  **freie Zeitgestaltung**
-  **ganzheitliche Aufgabenstellung**
-  **kostenlose Schulung IFM**



InReha
Partner für neue Ziele

Senden Sie uns Ihre Bewerbung (Profil und Foto) gerne auch per E-Mail. Alternativ sind auch Kooperationsvereinbarungen mit den Trägern der IFD möglich.

Havighorster Weg 8a, 21031 Hamburg, Telefon 040 - 72 00 40 80, Fax 040 - 72 00 40 88, E-Mail: info@inreha.net, Internet: www.inreha.net

- 35 Bundestags-Drucksache 18/9522, S. 254. <https://dip21.bundestag.de/dip21/btd/18/095/1809522.pdf>, zuletzt abgerufen am: 24.05.2018.
- 36 Bundestags-Drucksache 18/9522, S. 254 f. <https://dip21.bundestag.de/dip21/btd/18/095/1809522.pdf>, zuletzt abgerufen am: 24.05.2018.
- 37 Bundestags-Drucksache 18/9522, S. 257. <https://dip21.bundestag.de/dip21/btd/18/095/1809522.pdf>, zuletzt abgerufen am: 24.05.2018.
- 38 Bundestags-Drucksache 18/9522, S. 257. <https://dip21.bundestag.de/dip21/btd/18/095/1809522.pdf>, zuletzt abgerufen am: 24.05.2018.
- 39 Nebe, in: Feldes/Kohte/Stevens-Bartol, SGB IX, Kommentar für die Praxis, 4. Aufl., 2018, § 61 RN. 23.
- 40 Bundestags-Drucksache 18/9522, S. 255 f. <https://dip21.bundestag.de/dip21/btd/18/095/1809522.pdf>, zuletzt abgerufen am: 24.05.2018.
- 41 Nebe, in: Feldes/Kohte/Stevens-Bartol, SGB IX, Kommentar für die Praxis, 4. Aufl., 2018, § 61 RN. 11.
- 42 Bundestags-Drucksache 18/9522, S. 256. <https://dip21.bundestag.de/dip21/btd/18/095/1809522.pdf>, zuletzt abgerufen am: 24.05.2018.
- 43 Nebe, in: Feldes/Kohte/Stevens-Bartol, SGB IX, Kommentar für die Praxis, 4. Aufl., 2018, § 61 RN. 21.
- 44 Bundestags-Drucksache 18/9522, S. 256. <https://dip21.bundestag.de/dip21/btd/18/095/1809522.pdf>, zuletzt abgerufen am: 24.05.2018.
- 45 Nebe, in: Feldes/Kohte/Stevens-Bartol, SGB IX, Kommentar für die Praxis, 4. Aufl., 2018, § 61 RN. 5.
- 46 Nebe/Schimank, Das Budget für Arbeit im Bundesteilhabegesetz, Teil 1: Darstellung der Entwicklung und kritische Betrachtung bis zur Befassung im Bundesrat, Beitrag D47 2016, 4 f, http://www.reha-recht.de/fileadmin/user_upload/RehaRecht/Diskussionsforen/Forum_D/2016/D47-2016_Das_Budget_fuer_Arbeit_im_Bundesteilhabegesetz_Teil_1.pdf, zuletzt abgerufen am: 18.02.2018.
- 47 Nebe, in: Feldes/Kohte/Stevens-Bartol, SGB IX, Kommentar für die Praxis, 4. Aufl., 2018, § 61 RN. 17.

- 48 Nebe/Schimank, Das Budget für Arbeit im Bundesteilhabegesetz, Teil 1: Darstellung der Entwicklung und kritische Betrachtung bis zur Befassung im Bundesrat, Beitrag D47 2016, 5 f, http://www.reha-recht.de/fileadmin/user_upload/RehaRecht/Diskussionsforen/Forum_D/2016/D47-2016_Das_Budget_fuer_Arbeit_im_Bundesteilhabegesetz_Teil_1.pdf, zuletzt abgerufen am: 18.02.2018.
- 49 Nebe/Schimank, Das Budget für Arbeit im Bundesteilhabegesetz, Teil 1: Darstellung der Entwicklung und kritische Betrachtung bis zur Befassung im Bundesrat, Beitrag D47-2016, 6, http://www.reha-recht.de/fileadmin/user_upload/RehaRecht/Diskussionsforen/Forum_D/2016/D47-2016_Das_Budget_fuer_Arbeit_im_Bundesteilhabegesetz_Teil_1.pdf, zuletzt abgerufen am: 18.02.2018.
- 50 Vgl. nur Schaumberg, Das Budget für Arbeit – Erste Überlegungen zur Anwendung in der Praxis, Beitrag A8-2018, <http://www.reha-recht.de/fachbeitraege/beitrag/artikel/beitrag-a8-2018/>, zuletzt abgerufen am: 08.05.2018; Nebe, in: Feldes/Kohte/Stevens-Bartol, SGB IX, Kommentar für die Praxis, 4. Aufl., 2018, § 61 RN. 42 f.
- 51 Nebe/Schimank, Das Budget für Arbeit im Bundesteilhabegesetz, Teil 1: Darstellung der Entwicklung und kritische Betrachtung bis zur Befassung im Bundesrat, Beitrag D47-2016, 8, http://www.reha-recht.de/fileadmin/user_upload/RehaRecht/Diskussionsforen/Forum_D/2016/D47-2016_Das_Budget_fuer_Arbeit_im_Bundesteilhabegesetz_Teil_1.pdf, zuletzt abgerufen am: 18.02.2018.
- 52 Siehe dazu Busch, in: Feldes/Kohte/Stevens-Bartol, SGB IX, Kommentar für die Praxis, 4. Aufl., 2018, § 63 RN. 7 ff.
- 53 Nebe, in: Feldes/Kohte/Stevens-Bartol, SGB IX, Kommentar für die Praxis, 4. Aufl., 2018, § 61 RN. 24.
- 54 Nebe/Schimank, Das Budget für Arbeit im Bundesteilhabegesetz, Teil 1: Darstellung der Entwicklung und kritische Betrachtung bis zur Befassung im Bundesrat, Beitrag D47-2016, 7, http://www.reha-recht.de/fileadmin/user_upload/RehaRecht/Diskussionsforen/Forum_D/2016/D47-2016_Das_Budget_fuer_Arbeit_im_Bundesteilhabegesetz_Teil_1.pdf, zuletzt abgerufen am: 18.02.2018.
- 55 Hierzu auch Schaumberg, Das Budget für Arbeit – Erste Überlegungen zur Anwendung in der Praxis, Beitrag A8-2018, <http://www.reha-recht.de/fachbeitraege/beitrag/artikel/beitrag-a8-2018/>, zuletzt abgerufen am: 08.05.2018.

Impressum impulse

Nr. 86, 03.2018

ISSN 1434-2715

Herausgeber: BAG UB

Bundesarbeitsgemeinschaft für Unterstützte Beschäftigung e.V.

Schulterblatt 36, 20357 Hamburg

Tel.: 040 / 43253-123, Fax: 040 / 43253-125

Mail allgemein: info@bag-ub.de,

Mail Redaktion: impulse@bag-ub.de

Internet: www.bag-ub.de

Vorsitzende: Angelika Thielicke

Geschäftsführer: Jörg Bungart

Die BAG UB ist Mitglied im Paritätischen Wohlfahrtsverband und in der European Union of Supported Employment (EUSE), im Netzwerk Persönliche Zukunftsplanung und im Förderverein bidok - Netzwerk für Inklusion

Redaktion: Doris Haake,

Claus Sasse (V.i.S.d.P.), Jörg Schulz,

Angelika Thielicke

Layout: Claus Sasse

Druck: duedruckerei.de

Auflage: 1000

Das Fachmagazin impulse erscheint 4x jährlich und ist im Mitgliedsbeitrag der BAG UB enthalten. Bezugspreis für Nichtmitglieder: Inland 30,- € / Jahr, Ausland 40,- € / Jahr
Anzeigenpreise erfragen Sie bei der Redaktion.

Namentlich gekennzeichnete Artikel geben die Meinung der AutorInnen wieder und müssen nicht mit der Auffassung der Redaktion übereinstimmen.

Die impulse finden Sie im Internet unter www.bag-ub.de/impulse zum Download.

Bilder Leichte Sprache:

© Lebenshilfe Bremen,

Illustrator Stefan Albers

Partizipation in der Bedarfsermittlung

Was ändert sich durch das Bundesteilhabegesetz?

Von Michael Beyerlein und
Dr. Tonia Rambausek-Haß

I. These

Partizipation in der Bedarfsermittlung ist nicht ausreichend gesetzlich verankert.

II. Einführung

Die Ermittlung des Rehabilitationsbedarfs¹ ist entscheidend für Qualität, Verlauf und Erfolg des Rehabilitationsprozesses und somit für die Teilhabe von Menschen mit Behinderungen. Mitgestaltungsmöglichkeiten tragen zum einen zur Compliance² und folglich zur Wirksamkeit von Maßnahmen bei. Zum anderen beeinflussen Teilhabeleistungen maßgeblich den Lebensverlauf und die Lebenschancen der Leistungsberechtigten. Ihre Mitgestaltung ist deshalb für die Betroffenen im Wortsinne lebenswichtig.³ Umfassend und individuell kann der Rehabilitationsbedarf nur ermittelt werden, wenn er im Dialog mit dem/der Leistungsberechtigten (ggf. mit Unterstützung) erfasst wird.

1. Was bedeutet Bedarf?

Bedarf kann als „das konkrete Verlangen nach Gütern und Dienstleistungen zur Befriedigung“ von Bedürfnissen definiert werden. Im Rehabilitationssystem „werden subjektive Bedürfnisse in sozialstaatliche Bedarfskategorien transformiert.“⁴ Im Folgenden soll es um den Bedarf von Menschen mit Behinderungen gehen, d. h. um „das, was jemand an Bedingungen, Kompetenzen und Ressourcen braucht, um Teilhabe an der Gesellschaft zu verwirklichen“⁵. Die Bedarfsermittlung findet

in einem Spannungsfeld zwischen subjektiven Bedürfnissen und objektivem Bedarf statt.⁶ Die individuelle Bedarfsfeststellung im Sozialrecht geht davon aus, dass Bedarf zumindest im Umfang des Leistungsanspruchs objektivierbar, also mess- und beschreibbar ist.⁷ Probleme entstehen, wenn die subjektiven Teilhabeziele nicht zu den angebotenen Leistungen passen und vice versa. Es ist zudem umstritten, wie objektiv ein Bedarf sein kann.⁸ Teilhabeleistungen gelten als erforderlich, wenn sie **bedarfs-gerecht** sind, d. h. wenn sie helfen, die Ziele aus § 4 SGB IX zu erreichen: u. a. Behinderung abzuwenden, Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, die persönliche Entwicklung zu fördern und eine selbstbestimmte Lebensführung zu ermöglichen (§ 15 GE Reha-Prozess⁹). Bedarfsgerechtigkeit besteht also dann, wenn (individuelle) Ziele mit den angebotenen Leistungen erreicht werden können.

2. Hintergrund der neuen Regelungen zur Ermittlung des Rehabilitationsbedarfs

Im Beteiligungsprozess zur Vorbereitung des Bundesteilhabegesetzes (BTHG) wurde vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) als Grundproblematik der Bedarfsfeststellung identifiziert, dass in der Praxis kein von allen Trägern einvernehmlich praktiziertes Bedarfsfeststellungs- und Teilhabeplanverfahren mit trägerübergreifenden Handlungsstandards etabliert worden ist, obwohl die Verpflichtung dazu für alle Rehabilitationsträger seit 2001 in § 10

Abs. 1 SGB IX bestanden hat.¹⁰ Mit Blick auf die Eingliederungshilfe wurde formuliert, dass die Bedarfsermittlung von Menschen mit Behinderung und die Begutachtung der Teilhabebeeinträchtigung durch einen Leistungsträger in den meisten Fällen keine Relevanz für die Leistungsentscheidung der anderen Träger besitzt. Die Folge seien oft Mehrfachbegutachtungen einer Person im Rahmen unterschiedlicher Bedarfsermittlungs- und -feststellungsverfahren. Die damals vorhandenen bundesgesetzlichen Regelungen ermöglichten demzufolge keine personenzentrierte und teilhabeorientierte Bedarfsermittlung und -feststellung sowie Teilhabe- und Gesamtplanung nach einheitlichen Verfahren und Kriterien. Als Ziel wurde eine personenzentrierte Gesamtplanung als Grundlage einer bedarfsdeckenden Leistungserbringung definiert, die bei trägerübergreifenden Bedarfskonstellationen alle involvierten Sozialleistungsbereiche einbezieht.¹¹

3. Was wurde geändert?

Als Ergebnis der Diskussionen in den Arbeitsgruppen und des parlamentarischen Prozesses wurden in § 12 SGB IX Regelungen zu Maßnahmen der frühzeitigen Bedarfserkennung und in § 13 SGB IX Rahmenbedingungen zur einheitlichen Gestaltung von Instrumenten zur Ermittlung des Rehabilitationsbedarfs aufgenommen. Im Kapitel 4 des SGB IX wurden die Regelungen zur Koordinierung der Leistung überarbeitet. In §§ 19, 20 SGB IX finden

sich Regelungen zum Teilhabeplan. Dieser dient der besseren Koordinierung von Leistungen verschiedener Träger.¹² Die Rehabilitationsträger vereinbaren gem. § 26 Abs. 2 SGB IX Gemeinsame Empfehlungen u. a. zur einheitlichen Ausgestaltung des Teilhabeplanverfahrens und für Grundsätze der Instrumente zur Ermittlung des Rehabilitationsbedarfs nach § 13 SGB IX. Eine zweite, auf das BTHG zugeschnittene Version der Gemeinsamen Empfehlungen liegt in einem Arbeitsentwurf (GE-E) vor.¹³ Der Ablauf des Rehabilitationsprozesses wird dort folgendermaßen skizziert:

- Bedarfserkennung
- Zuständigkeitsklärung
- Bedarfsermittlung und -feststellung
- Teilhabeplanung
- Leistungsentscheidung
- Durchführung von Leistungen zur Teilhabe
- Aktivitäten zum bzw. nach Ende einer Leistung zur Teilhabe¹⁴

Die Ermittlung des Rehabilitationsbedarfs findet mit einheitlichen Instrumenten (siehe weiter unten) auf Ebene der einzelnen Reha-Träger statt. Sind mehrere Träger beteiligt, werden die Ergebnisse der jeweiligen Bedarfsermittlungen in einem Teilhabeplan (§ 19 SGB IX) zusammengeführt. Als Bedarfsfeststellung ist das Ergebnis des Prüfungs- und Abwägungsprozesses der Leistungsträger über die erforderlichen Leistungen zu verstehen.¹⁵

4. Welche Informationspflichten hat der Reha-Träger?

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

Beratung sollen Ansprechstellen benannt bzw. eingerichtet werden. Die Träger der Eingliederungshilfe werden in § 106 SGB IX zur Beratung verpflichtet.

5. Wie soll der Bedarf ermittelt werden?

Um den Rehabilitationsbedarf einheitlich und überprüfbar zu ermitteln, formuliert § 13 SGB IX einen Rahmen für Instrumente zur Ermittlung des Rehabilitationsbedarfs. Es sind systematische Arbeitsprozesse und standardisierte Arbeitsmittel (Instrumente) zu verwenden. Die grundsätzliche Ausgestaltung der Instrumente ist wiederum innerhalb der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) zu vereinbaren. In den §§ 35-46 GE-E finden sich Grundlagen, die für alle Fall- und Beteiligungskonstellationen gelten und von allen Rehabilitationsträgern und Integrationsämtern mit Ausnahme der Träger der Eingliederungshilfe und der öffentlichen Kinder- und Jugendhilfe¹⁶ anzuwenden sind (zu den EGH-Trägern siehe unten). Das Verfahren soll außerdem umfassend und trägerübergreifend durchgeführt werden (§§ 26, 27 GE Reha-Prozess).

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

In § 35 der GE-E wird vorangestellt, dass die Instrumente zur Bedarfsfeststellung durch den gemeinsamen Rahmen so gestaltet werden sollen, dass die Bedarfsfeststellungen im Falle von mehreren leistenden Trägern (Trägermehrheit) in einem Teilhabeplan, der dann nach § 19 SGB IX zu erstellen ist, zusammengeführt werden können. Das stellt die Reha-Träger vor die

Herausforderung, sich eng miteinander abzustimmen und zusammenzuarbeiten. Bereits in der Vergangenheit wurde diese Aufgabe in anderen Zusammenhängen nicht immer gut bewältigt.¹⁷

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

Die Hürden für eine Ablehnung durch den verantwortlichen Rehabilitationsträger sind jedoch hoch. Grund dafür ist, dass das Ermessen („kann“) über die Durchführung der Teilhabeplankonferenz durch den Zweck der Norm gebunden ist. Dieser Zweck ist die richtige Ermittlung des Leistungsbedarfs unter Berücksichtigung des Wunsch- und Wahlrechts der Leistungsberechtigten. Nach § 8 Abs. 1 S. 1 und 2 SGB IX soll bei der Entscheidung über die Leistungen auf die persönliche Lebenssituation, Alter, Geschlecht, Familie sowie religiöse und weltanschauliche Bedürfnisse Rücksicht genommen werden. Wer die individuellen Verhältnisse kennen will, muss nach ihnen fragen¹⁸ und das in einem geeigneten Rahmen. Zudem unterliegen alle Rehabilitationsträger im Verwaltungsverfahren

dem Untersuchungsgrundsatz nach § 20 SGB X. Ein Absehen von Ermittlungen (hier im Rahmen der Teilhabeplankonferenz) ist also nur zulässig, wenn es auf die ungeklärten Tatsachen nicht ankommt, wenn diese als wahr unterstellt werden können, unerreichbar oder offenkundig sind.¹⁹ § 20 Abs. 2 SGB X schreibt zudem vor, dass alle für den Einzelfall bedeutsamen Umstände zu berücksichtigen sind. Durch den Vorschlag zur Durchführung einer Teilhabeplankonferenz bringt die leistungsberechtigte Person zum Ausdruck, dass sie nicht alle bedeutsamen Umstände ihrer Lebenssituation erfasst sieht und gibt dem Rehabilitationsträger die Chance, diese bei seiner Entscheidung zu berücksichtigen.

Gleichwohl müssen die Leistungsberechtigten in der Lage sein oder in sie versetzt werden, den Wunsch nach der Durchführung einer Konferenz zu formulieren und durchzusetzen. Um ihre Rechte mobilisieren zu können, müssen die Leistungsberechtigten über bestimmte Ressourcen und Fähigkeiten verfügen. Voraussetzung dafür sind Teilhabemöglichkeiten, die auf den (abgelehnten) Teilhabeplankonferenzen gerade verhandelt werden sollen.²⁰ Erster Ansprechpartner dafür kann eine ergänzende unabhängige Teilhabeberatungsstelle nach § 32 SGB IX sein. Diese dürfen allerdings keine Rechtsberatung durchführen.

Die Bedarfsermittlung erfolgt bisher in den meisten Fällen schriftlich und mit standardisierten Erhebungsbögen. Die Ausnahme bilden Begutachtungen. Häufig schließt sich daran ein Teilhabeplangespräch an.²¹ In einem ersten Schritt sind die Teilhabeziele gemeinsam mit dem/der Leistungsberechtigten festzulegen. Anschließend können die erforderlichen Leistungen zugeordnet werden. Es wird versucht, die Lebenssituation so genau wie möglich zu erfassen und sie trotzdem vergleichbar mit anderen darzustellen.²² Die Rehabilitationsträger können Gutachten einholen

oder in Auftrag geben (§ 17 SGB IX, § 17 GE Reha-Prozess). Mehrfachbegutachtungen sollen vermieden werden (§ 97 Abs. 1 SGB X).²³

Die Deutsche Vereinigung für Rehabilitation (DVfR) empfiehlt in ihrer Stellungnahme zur ICF-Nutzung bei der Bedarfsermittlung (2017) ein **diskursives** Verfahren²⁴ zur Ermittlung des Rehabilitationsbedarfs unter Verwendung eines Leitfadens auf Basis des bio-psycho-sozialen Modells. Andere aktuell praktizierte Vorgehensweisen (z. B. die Verwendung einzelner ICF-Items oder die Bildung von Bedarfsgruppen) seien nicht gesetzeskonform.²⁵

6. Besonderheiten im Recht der Eingliederungshilfe

Da die Gemeinsamen Empfehlungen der Rehabilitationsträger für die Träger der Eingliederungshilfe nicht bindend sind, soweit sie diesen nicht beitreten, musste eine Sonderregelung für diese Träger geschaffen werden.²⁶ Mit dem BTHG wurden in den §§ 141 ff. SGB XII bereits zum 01.01.2018 die ab 2020 im SGB IX gültigen Regelungen zur Bedarfsermittlung, -feststellung und Gesamtplanung in das System der Eingliederungshilfe implementiert.

Die Landesregierungen sind gem. § 142 Abs. 2 SGB XII bzw. § 118 Abs. 2 SGB IX n.F. ermächtigt, durch Rechtsverordnung das Nähere über die Instrumente zur Bedarfsermittlung zu bestimmen. Für diese Instrumente gelten die Regelungen des § 13 SGB IX aufgrund von § 7 Abs. 2 SGB IX²⁷ jedoch in gleicher Weise wie für die Instrumente der übrigen Reha-Träger.²⁸ Zusätzlich schreiben § 142 Abs. 1 S. 2 SGB XII und § 118 Abs. 1 S. 2 SGB IX n.F. vor, dass die Ermittlung des individuellen Bedarfes des Leistungsberechtigten durch ein Instrument erfolgen muss, das sich an der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit orientiert. Diese detaillierte Vorgabe soll eine Angleichung an die von den anderen

Rehabilitationsträgern verwendeten Instrumente erreichen, die allerdings (nur) durch die gemeinsamen Empfehlungen (vgl. § 36 Abs. 3 GE-E) zur Nutzung von ICF-orientierten Instrumenten verpflichtet werden.²⁹ Durch eine wissenschaftliche Untersuchung soll bis Ende 2019 u. a. herausgefunden werden, ob die „weiten fachlichen Spielräume“ in den einzelnen Leistungsgesetzen belassen werden können.³⁰

7. Wer soll an der Bedarfsermittlung beteiligt werden?

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

Spezielle Regelungen enthält darüber hinaus das SGB IX. Gemäß § 22 SGB IX können öffentliche Stellen wie das Integrationsamt, die Jobcenter, die Pflegekassen und die Betreuungsbehörden an der Bedarfsermittlung beteiligt werden. Der Reha-Träger/das Integrationsamt kann – mit Zustimmung der/des Antragstellenden – Haus-/Fach- oder Betriebsärztinnen und -ärzte einbeziehen (§ 15 GE Reha-Prozess). Darüber hinaus gibt es trägerspezifische Besonderheiten bei der Einbeziehung weiterer Akteure (§ 17 Abs. 5-6 GE Reha-Prozess; § 34 GE-E ergänzt bspw. Regelungen für die gesetzliche Unfallversicherung). Leistungserbringer dürfen nur auf Wunsch der Leistungsberechtigten an der Teilhabeplankonferenz teilnehmen (§ 20 Abs. 3 SGB IX).

Felix Welti (2014) weist auf die nach Art. 26 Abs. 1 lit. a UN-BRK gebotene Multidisziplinarität bei der Ermittlung des Rehabilitationsbedarfs hin. Dies sei in der Vergangenheit auch durch § 14 Abs. 5 Satz 5 SGB IX a. F., der eine umfassende sozialmedizinische und ggf. auch psychologische Begutachtung vorschreibt, nicht relativiert worden. Der Sozialmedizin oblag demnach im Regelfall die fachliche Koordination, was die Einbeziehung von sozialpädagogischer, technischer oder pflegerischer Expertise nicht ausschloss.³¹ Die neue Vorschrift in § 17 SGB IX ändert daran nichts. Sie konkretisiert jedoch die Notwendigkeit der Abstimmung zwischen den Rehabilitationsträgern bei Trägermehrheit.³²

So stellt sich die Frage, über welche Qualifikationen die Angehörigen der beteiligten Professionen zukünftig verfügen müssen. Die Anforderungen an die Qualifikation der Anwenderinnen und Anwender von Bedarfsermittlungsinstrumenten sollten hoch sein, denn es kann aus Sicht

weite bewusst sein und die Konsequenzen ihrer Entscheidungen fachlich abschätzen können. Es besteht zudem die Gefahr von Machtasymmetrien zwischen informierten Fachkräften und häufig schlechter informierten oder kognitiv beeinträchtigten Leistungsberechtigten.³⁵ Inwieweit dieses Ungleichgewicht durch die ergänzende unabhängige Teilhabeberatung im Vorfeld der Antragstellung (§ 32 SGB IX) zumindest abgeschwächt wird, werden die Erfahrungen in der Umsetzung zeigen.

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

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

auch sog. soft skills. Fachkräfte sollten über Sensibilität gegenüber der Lebenssituation der Menschen mit Behinderungen verfügen und neben möglichen Barrieren auch vorhandene Ressourcen wahrnehmen können. Wünschenswert wäre es, wenn die Fachkräfte über **alle** genannten Qualifikationen verfügen. Hierfür müsste zwischen 1b) und 1c) jedoch ein „und“ stehen.

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

Die Ermittlung des Rehabilitationsbedarfs³⁶ ist entscheidend für Qualität, Verlauf und Erfolg des Rehabilitationsprozesses und somit für die Teilhabe von Menschen mit Behinderungen. Mitgestaltungsmöglichkeiten tragen zum einen zur Compliance³⁷ und folglich zur Wirksamkeit von Maßnahmen bei. Zum anderen beeinflussen Teilhabeleistungen maßgeblich den Lebensverlauf und die Lebenschancen der Leistungsberechtigten. Ihre Mitgestaltung ist deshalb für die Betroffenen im Wortsinne lebenswichtig.³⁸ Umfassend und individuell kann der Rehabilitationsbedarf nur ermittelt werden, wenn er im Dialog mit dem/der Leistungsberechtigten (ggf. mit Unterstützung) erfasst wird.

„Die Anforderungen an die Qualifikation der Anwenderinnen und Anwender von Bedarfsermittlungsinstrumenten sollten hoch sein.“

der DVfR in Zukunft nicht von einem Instrument „im Sinne eines einzelnen, standardisierten, validen und reliablen Assessmentinstruments, z. B. in Form eines Bogens“³³ ausgegangen werden. Dies ist jedoch aktuell eine gängige Praxis.³⁴ Es werden bspw. eine ausgeprägte Kommunikationsfähigkeit und Methodenkompetenz erforderlich sein. Die Bedarfsermittlung hat für den Lebensverlauf der Menschen mit Behinderungen weitreichende Folgen. Alle Beteiligten müssen sich dieser Trag-

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

Deutlich wird hier, dass vor dem Hintergrund der personenzentrierten Ausrichtung des Gesetzes nicht nur fachliche Kenntnisse eine Rolle spielen, sondern

III. Partizipation in der Bedarfsermittlung

In der deutschen Übersetzung der ICF werden Partizipation und Teilhabe immer zusammen genannt („Partizipation [Teilhabe]“) und als „Einbezogenheit in eine Lebenssituation“⁴⁰ definiert. Die beiden Begriffe stehen nebeneinander, weil Teilhabe in der Schweiz eine andere Bedeutung hat als in Deutschland. Partizipation verweist zur Verdeutlichung des Kontexts auf den englischen Begriff participation.⁴¹ Der Begriff umfasst hier die gesellschaftliche Perspektive auf Funktionsfähigkeit.

Die individuelle Perspektive geht im Begriff der Aktivität auf.⁴² Eine Behinderung liegt demnach dann vor, wenn ein Gesundheitsproblem und Barrieren dazu führen, dass die Teilhabe an den verschiedenen Lebensbereichen beeinträchtigt und Aktivitäten nicht möglich sind.⁴³ Offen ist die Frage, wie sich beide Perspektiven im Bedarfsermittlungsverfahren zukünftig umfassend abbilden lassen. Das Individuum interessiert in erster Linie, welche Aktivitäten möglich oder nicht möglich sind. Den Leistungsträger mit gesellschaftlichem Auftrag sollte interessieren, zu welchen Lebensbereichen Zugang ermöglicht werden kann.

Partizipation („full and effective participation“) gehört darüber hinaus zu den allgemeinen Grundsätzen der UN-Behindertenrechtskonvention (Art. 3 lit. c UN-BRK⁴⁴) und ist in enger Verwobenheit mit Inklusion (inclusion) eines der wichtigsten Prinzipien des Übereinkommens. In der deutschen Übersetzung der UN-BRK ist nicht von Partizipation, sondern von „voller und wirksamer Teilhabe“ an allen Lebensbereichen die Rede. Dies hängt u. a. mit der Bedeutung des Teilhabebegriffs für das deutsche Sozialrecht zusammen.⁴⁵ Die deutsche Übersetzung ist jedoch nicht rechtsverbindlich. Wirksame Teilhabe verweist auf die Möglichkeit zur politischen Mitgestaltung. Der Partizipationsbegriff beinhaltet soziales Einbezogenensein und politische Beteiligung.⁴⁶ Partizipation hat also eine passive und eine aktive Komponente.⁴⁷ Aus politikwissenschaftlicher Sicht geht es um die „Einflussnahme von Menschen auf zentrale Entscheidungen“ im politischen oder sozialen Bereich.⁴⁸ In Art. 4 Abs. 3 UN-BRK verpflichten sich die Vertragsstaaten zur aktiven Einbeziehung der Menschen mit Behinderungen in Entscheidungsprozesse, die sie selbst betreffen. Welcher Entscheidungsprozess könnte für Menschen mit Behinderungen zentraler sein, als die Entscheidung des Reha-Trägers über Teil-

habeleistungen? Setzt das BTHG die UN-BRK in dieser Hinsicht um?

Im Arbeitsentwurf der Gemeinsamen Empfehlung Reha-Prozess der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) ist als Grundsatz zur Gestaltung des Rehabilitationsprozesses in § 4 Folgendes festgehalten: „Die Menschen mit Behinderungen selbst sind mit ihren Kompetenzen einzubinden.“ Außerdem sollen Verfahren und Strukturen ein Höchstmaß an Partizipation ermöglichen (§ 4 Abs. 1 GE-E).

Aus fachlicher Sicht ist Partizipation für die Selbstbestimmung und Persönlichkeitsentfaltung der Menschen mit Behinderun-

gen Beeinträchtigungen ohne entsprechende Unterstützung auch mit Schwierigkeiten verbunden.⁵² Viele Fachkräfte haben angesichts der anspruchsvollen Kommunikationsprozesse selbst Probleme mit dem Verfahren.⁵³ Zu kritisieren ist ebenfalls die **individuelle** Zuschreibung von möglichen Förderfaktoren (z. B. Leistungswille) oder Barrieren (z. B. Abhängigkeit) für den Teilhabeerfolg.⁵⁴ In der Vergangenheit sind Umweltfaktoren zu wenig berücksichtigt worden, wodurch dem Individuum indirekt die Verantwortung für das Bestehen gesellschaftlicher Barrieren gegeben wurde.⁵⁵ Gudrun Dobslaw (2016) weist in ihrer

„Die Menschen mit Behinderungen selbst sind mit ihren Kompetenzen einzubinden.“

gen essentiell.⁴⁹ Ohne Partizipation, d. h. ohne die Berücksichtigung der individuellen Ziele, Ressourcen und Barrieren der Leistungsberechtigten kann Teilhabe nicht verwirklicht werden. Mit der Formel der Personenzentrierung soll das Rehabilitationssystem nun schrittweise in diese Richtung umgestaltet werden.⁵⁰

IV. Alte und neue Herausforderungen

An der bisherigen Praxis der Bedarfsermittlung lassen sich eine Reihe von Punkten kritisieren: Die standardisierte Vorgehensweise berücksichtigt z. B. nicht die **persönliche** Bedeutung der erfassten Kontextfaktoren und ihr individuelles Zusammenwirken.⁵¹ Des Weiteren wird nicht genügend auf Menschen mit hohem Hilfebedarf eingegangen. So ist Partizipation an der Bedarfsermittlung bspw. für Menschen mit kognitiven oder kommunikativen

qualitativen Studie nach, dass in Teilhabeporgesprächen häufig die persönlichen Lernfortschritte der Menschen mit Behinderungen im Vordergrund stehen und weniger die Frage, wie gesellschaftliche Barrieren überwunden werden können. Des Weiteren problematisiert sie die Abhängigkeit von Partizipationsmöglichkeiten von der mehr oder weniger offen gehaltenen Gesprächsstrukturierung durch die Fachkräfte.⁵⁶

Die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe (BA-GüS) führte 2017 eine „Umfrage zu Bedarfsermittlungsinstrumenten und Gesamtplanverfahren nach dem SGB XII/SGB IX“ durch.⁵⁷ Eine Frage war: „Erfolgt die Bedarfsermittlung im Dialog mit dem Antragsteller?“ Die meisten der überörtlichen Sozialhilfeträger antworteten mit „Ja“. Aus Brandenburg liegen keine Daten zu dieser Frage vor. Die Träger in Bremen

gaben an, die Ergebnisse der Gespräche nicht zu dokumentieren. In Mecklenburg-Vorpommern und Sachsen wurden nur teilweise Gespräche mit den Antragstellenden geführt. Es stellt sich an dieser Stelle zudem die Frage nach den Möglichkeiten der barrierefreien Kommunikation bei den Trägern. Wurde den Leistungsberechtigten Unterstützung (z. B. Dolmetscher) angeboten? Bedarfsermittlung nach Aktenlage stellt ein Problem für die Partizipation dar. Die Leistungsberechtigten werden dann nicht ausreichend an der Bedarfsermittlung beteiligt. Gründe dafür sind hohe Kosten und Zeitmangel aufgrund hoher Antragszahlen.⁵⁸ Wie aber kann Bedarfsermittlung ohne Dialog mit den Leistungsberechtigten umfassend und individuell sein? Die alte und neue Herausforderung besteht wohl darin, Partizipation und das „Massengeschäft“ der Antragsbearbeitung zu vereinbaren. Hinzu kommt die Herausforderung, Partizipation durch Barrierefreiheit zu ermöglichen. Die Leistungsberechtigten stehen vor der Herausforderung, ihre Rechte zu mobilisieren.

Harry Fuchs (2017) kritisiert die weiterhin starke Fokussierung der Leistungsträger auf ihre jeweiligen Gesetze.⁵⁹ In der Eingliederungshilfe wurde die ICF-Orientierung nun jedenfalls stärker verankert.

1. Ermöglicht das Bundesteilhabegesetz mehr Partizipation bei der Bedarfsermittlung?

Das Bundesteilhabegesetz heißt vollständig „Gesetz zur **Stärkung** der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen“. Dementsprechend müsste es **mehr** Partizipation ermöglichen. Der Begriff der Partizipation kommt im BTHG jedoch nur an **einer** Stelle vor: bei den Aufgaben der BAR (§ 39 Abs. 2 Nr. 7 SGB IX). Meist werden die Begriffe Teilhabe (z. B. § 1 SGB IX), Abstimmung (§ 19 SGB IX) oder Beteiligung (z. B. SGB IX Teil 1 Kapitel 14 Beteiligung der Verbände und Träger) ver-

wendet. Diese Abstimmung mit dem Leistungsberechtigten ist für die Reha-Träger verbindlich. Fraglich ist, ob durch die Regelung ohne Weiteres tatsächlich ein Dialog auf Augenhöhe, in dem gemeinsam der Bedarf erörtert wird, stattfindet. Aufgrund der empirischen Daten sind an dieser Stelle zumindest Zweifel angebracht. Ob sich bestimmte Formulierungen in der Praxis auswirken werden, muss also abgewartet werden. Die Abstimmung mit dem Leistungsberechtigten ist aber eben nur dann explizit vorgesehen, wenn ein Teilhabepan erstellt wird und die allgemeine Regelung in § 21 Abs. 2 SGB X, Beteiligte nach Möglichkeit an der Sachverhaltsermittlung mitwirken zu lassen, wird nicht immer befolgt, wie die Empirie zeigt. Gefährdet dies die Verwirklichung der Personenzentrierung als eines der Ziele des BTHG?⁶⁰

Positiv ist, dass durch die Einführung des BTHG auch die Gemeinsamen Empfehlungen der Reha-Träger überarbeitet werden müssen. In § 36 GE-E wird definiert, was in Zukunft unter umfassender, individueller und funktionsbezogener Bedarfsermittlung zu verstehen ist.⁶¹ In dem Entwurf wird deutlich, dass die Leistungsberechtigten **aktiv** einbezogen werden sollen und ihnen Unterstützung bei der Kommunikation angeboten werden **kann** (§§ 36, 45, 49 GE-E). Auch auf die notwendige Berücksichtigung der Kontextfaktoren wird eingegangen (§ 41 GE-E). § 39 GE-E stellt außerdem heraus, dass eine interdisziplinäre Zusammenarbeit bei der Bedarfsermittlung sinnvoll ist.

Die explizite Nennung der Barrieren als eine Ursache von Behinderung in § 2 Abs. 1 SGB IX stellt eine Chance für die Verbesserung der Bedarfsermittlung dar. Wenn Barrieren per definitionem zur Behinderung beitragen, kann der Bedarf ohne ihre Erfassung nicht ermittelt werden. Das heißt, die Kontextfaktoren (Barrieren und Ressourcen) müssen bei der Ermittlung des Rehabilitationsbedarfs (stärker) berück-

sichtigt werden. Die Identifikation individuell relevanter Kontextfaktoren (z. B. der persönlichen Wohnsituation) kann jedoch nur im Dialog mit dem Leistungsberechtigten gelingen.

Teilhabepan-Konferenz (§ 20 SGB IX) und Gesamtpan-Konferenz (§ 143 SGB XII, § 119 SGB IX n.F.) stellen zentrale Möglichkeiten zur Partizipation bei der Bedarfsermittlung dar. Ihre Durchführung kann, wie gezeigt wurde, nicht ohne Weiteres abgelehnt werden. Leistungsberechtigte sollten ihrem Wunsch nach mehr Partizipation in jedem Fall Ausdruck verleihen und die Durchführung der Konferenzen durchsetzen. Dabei müssen sie ggf. unterstützt werden.

§ 117 SGB IX n.F. (bzw. bis 31.12.2019 § 141 SGB XII) sieht ausdrücklich eine Beteiligung der Leistungsberechtigten an **allen** Verfahrensschritten des Gesamtplanverfahrens vor. Dies galt bereits in § 58 Abs. 2 SGB XII a. F.⁶² Die Beteiligung von Menschen mit Behinderungen an der Bedarfsfeststellung ist in den einzelnen Leistungsgesetzen vom Gesetzgeber expliziter geregelt.⁶³ Warum wurde sie im SGB IX nicht deutlicher verankert?

V. Fazit und Ausblick

Partizipation – im Sinne von Mitgestaltung – ist ein wichtiges Ziel von Rehabilitation. Der Gesetzgeber scheint Teilhabe und Partizipation synonym zu setzen. Das SGB IX sollte somit gleichermaßen an den sozialen wie an den politischen Gehalt von Teilhabe/Partizipation anknüpfen. Ob die Rehabilitationsträger dies auch so verstehen und die Bedarfsfeststellung der Leistungen zur Teilhabe partizipativ ausgestalten, ist zu beobachten.

Es wird in Zukunft empirisch zu untersuchen sein, ob die vom Gesetzgeber vorgesehene Abstimmung mit dem Leistungsberechtigten tatsächlich als aktive Mitgestaltungsmöglichkeit ausgestaltet wird. Weiteren Forschungsbedarf gibt

es zu der Frage, ob und in welchem Umfang Teilhabepflichtkonferenzen tatsächlich durchgeführt oder ggf. eingeklagt werden.

Die neu aufgelegten Gemeinsamen Empfehlungen zum Reha-Prozess sind untergesetzliche Regelungen. Ob diese langfristig Wirkungen entfalten, wird sich ebenfalls zeigen. Außerdem steht es den Trägern der Jugendhilfe und der Eingliederungshilfe frei, den Gemeinsamen Empfehlungen beizutreten (§ 26 Abs. 5 Satz 2 SGB IX). Tun sie dies nicht, übernehmen sie nicht die dort formulierte Pflicht zur aktiven Einbeziehung und Aufklärung der Leistungsberechtigten (§ 45 GE-E).

Reicht die bisherige Normierung aus, um Partizipation strukturell zu ermöglichen? Stellen die Gemeinsamen Empfehlungen eine hinreichende Verbindlichkeit her? Diese Fragen müssen letztlich auch durch empirische Untersuchungen beantwortet werden.

Der Beitrag ist zuerst erschienen im Diskussionsforum Rehabilitations- und Teilhaberecht als zweiteiliger Diskussionsbeitrag D28-2018 und D29-2018 unter www.reha-recht.de.

Michael Beyerlein, LL.M. ist wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Sozialwesen der Universität Kassel, Fachgebiet Sozial- und Gesundheitsrecht, Recht der Rehabilitation und Behinderung.



Kontakt und nähere Informationen
Mail: Michael.Beyerlein@uni-kassel.de

Dr. Tonia Rambašek-Haß ist wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Rehabilitationswissenschaften der Humboldt-Universität zu Berlin, Abteilung Rehabilitationssoziologie und berufliche Rehabilitation.



Kontakt und nähere Informationen
Mail: tonia.rambašek@hu-berlin.de

FUSSNOTEN

- 1 Sowohl bei den Leistungsträgern als auch bei den Leistungserbringern werden Teilhabedarfe ermittelt. In diesem Beitrag geht es um die individuelle und funktionsbezogene Ermittlung des Bedarfs seitens der beteiligten Leistungsträger.
- 2 Bedeutungen: „Bereitschaft eines Patienten zur aktiven Mitwirkung an therapeutischen Maßnahmen“ oder „regelgerechtes, vorschriftsgemäßes, ethisch korrektes Verhalten“ (siehe <https://www.duden.de/rechtschreibung/Compliance>, zuletzt abgerufen am 01.06.2018); vgl. Heidt: Praktische und rechtliche Fragen des Wunsch- und Wahlrechts – Zusammenfassung der Online-Diskussion im moderierten Forum „Fragen – Meinungen – Antworten zum Rehabilitations- und Teilhaberecht“ (18. September bis 8. Oktober 2014); Beitrag D28-2014 unter www.reha-recht.de, 16.12.2014, S. 3.
- 3 Vgl. auch Schnurr, Stefan (2005): Partizipation. In Otto, Hans-Uwe/Thiersch, Hans (Hrsg.): Handbuch Sozialarbeit, Sozialpädagogik, 3. Aufl., München: Reinhardt, S. 1334 f.; S. 1340 f.
- 4 Schäfers, Markus/Wansing, Gudrun (2016): Teilhabedarfe von Menschen mit Behinderungen. Zwischen Lebenswelt und Hilfesystem. Stuttgart: Kohlhammer, S. 15.
- 5 Schäfers/Wansing 2016, S. 17.
- 6 Vgl. ebd.
- 7 Vgl. Welti, Felix (2014): Bedarfsfeststellung. In: Deinert/Welti (Hrsg.): Stichwortkommentar Behindertenrecht. Baden-Baden: Nomos, 1. Aufl., Rn. 2.
- 8 Vgl. ebd.
- 9 Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (2014): Gemeinsame Empfehlung zur Erkennung und Feststellung des Teilhabedarfs, zur Teilhabepflicht und zu Anforderungen an die Durchführung von Leistungen zur Teilhabe (Reha-Prozess) gemäß §§ 12 Abs. 1 Nr. 1 bis 3, 13 Abs. 2 Nr. 2, 3, 5, 8 und 9 SGB IX vom 1. August 2014. Frankfurt/Main. Es gibt einen neuen Entwurf, der aber noch nicht verabschiedet wurde (Stand: 21.11.2018; siehe Fußnote Nr. 14).
- 10 Bundesministerium für Arbeit und Soziales, Arbeitsgruppe Bundesteilhabegesetz, Arbeitspapier zu TOP 1 „Mögliche Änderungen im SGB IX, Teil 1“ der 5. AG-Sitzung am 10.12.2014, https://www.gemeinsam-einfach-machen.de/GEM/DE/AS/Umsetzung_BTHG/5_Sitzung/5_sitzung_ap_zu_top1.pdf?__blob=publicationFile&v=1, zuletzt abgerufen am 22.06.2018.
- 11 Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2. Sitzung Arbeitsgruppe Bundesteilhabegesetz Arbeitspapier zu TOP 3: Bedarfsermittlung und -feststellung: bundeseinheitliche Kriterien und Koordinierungsverantwortung, S. 3.
- 12 Bundestags-Drucksache 18/9522, S. 239.
- 13 Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (2018): Gemeinsame Empfehlung zur Zuständigkeitsklärung, zur Erkennung, Ermittlung und Feststellung des Rehabilitationsbedarfs (einschließlich Grundsätzen der Instrumente zur Bedarfsermittlung), zur Teilhabepflicht 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 (online verfügbar unter: <https://www.bar-frankfurt.de/rehabilitation-und-teilhabe/bthg/>, zuletzt abgerufen am 21.11.2018)
- 14 Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, Arbeitsentwurf zur Gemeinsamen Empfehlung Reha-Prozess, § 2 Abs. 1.
- 15 Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, Orientierungshilfe zur Gesamtplanung, S. 15.
- 16 Diese orientieren sich jedoch gem. § 26 Abs. 5 S. 2 SGB IX an den gemeinsamen Empfehlungen und können ihnen beitreten.
- 17 Vgl. bspw. Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2011): Prozesskettenanalyse im Bereich „Trägerübergreifendes persönliches Budget“ und „Gemeinsame Servicestellen“ - Endbericht. Forschungsbericht 416.
- 18 Welti: Wunsch- und Wahlrecht bei Leistungen zur Teilhabe – neue und alte Rechtsfragen (Teil 1); Forum D, Beitrag D19-2015 unter www.reha-recht.de; 17.06.2015, S. 2.
- 19 BSG, Urteil vom 25. Juni 2015 – B 14 AS 30/14 R, Rn. 18.
- 20 Vgl. Rambašek, Tonia (2017): Behinderte Rechtsmobilisierung. Eine rechtssoziologische Untersuchung zur Umsetzung von Artikel 19 der UN-Behindertenrechtskonvention. Wiesbaden: Springer VS, S. 155 ff.
- 21 Vgl. Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe (2017): Umfrage zu Bedarfsermittlungsinstrumenten und Gesamtplanverfahren nach dem SGB XII/SGB IX (online verfügbar unter: <https://umsetzungsbegleitung-bthg.de/dialog/app.php/verfahren/207952b8-fbb3-11e7-8214-6aa4faf5e07f/public/detail>, zuletzt abgerufen am 01.06.2018).

- 22 Vgl. Niediek, Imke (2016): Reflexionen zum Blick auf das Individuum in der Bedarfsermittlung. In Schäfers/Wansing (Hrsg.), S. 62.
- 23 Vgl. Welti 2014, Rn. 5.
- 24 Damit ist gemeint, dass alle Beteiligten in einen anhand des bio-psycho-sozialen Modells strukturierten Dialog treten sollen. In diesem werden die verschiedenen Interessen und Ziele der einzelnen Akteure ermittelt und gegeneinander abgewogen.
- 25 Vgl. Deutsche Vereinigung für Rehabilitation (2017): Stellungnahme der DVfR zur ICF-Nutzung bei der Bedarfsermittlung, Bedarfsfeststellung, Teilhabe- und Gesamtplanung im Kontext des Gesetzes zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen (Bundesteilhabegesetz – BTHG), S. 3 f. (online verfügbar unter: <http://www.dvfr.de/arbeitschwerpunkte/stellungnahmen-der-dvfr/detail/artikel/icf-nutzung-bei-der-bedarfsermittlung-bedarfsfeststellung-teilhabe-und-gesamtplanung-im-kontext-d/>, zuletzt abgerufen am 01.06.2018); vgl. auch Fuchs 2017, S. 13.
- 26 Siefert, jurisPR-SozR 2017, 3.
- 27 Die Vorschriften der Kapitel 2 bis 4 SGB IX, die § 13 SGB IX umfassen, gehen den für die jeweiligen Rehabilitationsträger geltenden Leistungsgesetzen vor. Von den Vorschriften in Kapitel 4 kann durch Landesrecht nicht abgewichen werden.
- 28 Bundestags-Drucksache 18/9522, S. 288.; Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, Orientierungshilfe zur Gesamtplanung, S. 11.
- 29 Bundestags-Drucksache 18/9522, S. 233.
- 30 Vgl. Bundestags-Drucksache 18/9522, S. 232.
- 31 Vgl. Welti 2014, Rn. 14.
- 32 Bundestags-Drucksache 18/9522, S. 237.
- 33 DVfR 2017, S. 5.
- 34 Vgl. BAGüS 2017
- 35 Vgl. Schnurr 2005, S. 1341.
- 36 Sowohl bei den Leistungsträgern als bei den Leistungserbringern werden Teilhabebedarfe ermittelt. In diesem Beitrag geht es um die individuelle und funktionsbezogene Ermittlung des Bedarfs seitens der beteiligten Leistungsträger.
- 37 Bedeutungen: „Bereitschaft eines Patienten zur aktiven Mitwirkung an therapeutischen Maßnahmen“ oder „regelgerechtes, vorschrifts-gemäßes, ethisch korrektes Verhalten“ (siehe <https://www.duden.de/rechtschreibung/Compliance>, zuletzt abgerufen am 01.06.2018); vgl. Heidt: Praktische und rechtliche Fragen des Wunsch- und Wahlrechts – Zusammenfassung der Online-Diskussion im moderierten Forum „Fragen – Meinungen – Antworten zum Rehabilitations- und Teilhaberecht“ (18. September bis 8. Oktober 2014); Beitrag D28-2014 unter www.reha-recht.de, 16.12.2014, S. 3.
- 38 Vgl. auch Schnurr, Stefan (2005): Partizipation. In Otto, Hans-Uwe/Thiersch, Hans (Hrsg.): Handbuch Sozialarbeit, Sozialpädagogik, 3. Aufl., München: Reinhardt, S. 1334 f.; S. 1340 f.
- 39
- 40 Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (2005): Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. World Health Organization. Neu-Isenburg, S. 16.
- 41 Ebd., S. 4.
- 42 Vgl. ebd., S. 146.
- 43 Vgl. DIMDI 2005, S. 17.
- 44 BGBl. 2008 Teil II, S. 1419 ff.
- 45 Vgl. Wansing, Gudrun (2015): Was bedeutet Inklusion? Annäherungen an einen vielschichtigen Begriff. In: Degener/Diehl (Hrsg.): Handbuch Behindertenrechtskonvention. Teilhabe als Menschenrecht – Inklusion als gesellschaftliche Aufgabe. Bonn: Bundeszentrale für politische Bildung, S. 47; Meike Nieß (2016) weist darauf hin, dass die synonyme Verwendung von Teilhabe und Partizipation problematisch ist (vgl. Nieß, Meike (2016): Partizipation aus Subjektperspektive – Zur Bedeutung von Interessenvertretung für Menschen mit Lernschwierigkeiten. Wiesbaden: Springer VS, S. 70). Im Rahmen dieses Beitrags kann jedoch nicht weiter darauf eingegangen werden.
- 46 Vgl. Beck, Iris (2016): Der Bedarfsbegriff „revisited“ - Aspekte der Begründung individueller Ansätze zur Bedarfserhebung und -umsetzung. In: Schäfers/Wansing (Hrsg.): Teilhabebedarfe von Menschen mit Behinderungen – Zwischen Lebenswelt und Hilfesystem. Stuttgart: Kohlhammer, S. 37.
- 47 Vgl. Wansing, Gudrun (2005): Teilhabe an der Gesellschaft. Menschen mit Behinderung zwischen Inklusion und Exklusion. Wiesbaden: Springer, S. 191; vgl. Wansing, Gudrun (2012): Der Inklusionsbegriff in der Behindertenrechtskonvention. In: Welke, Antje (Hrsg.): UN-Behindertenrechtskonvention mit rechtlichen Erläuterungen. Berlin: Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge, S. 96 ff.
- 48 Vgl. Nieß 2016, S. 67 f. Der Begriff der Partizipation ist noch vielschichtiger. So verweist Nieß auf seine „analytisch-normative Doppelfunktion“, die auch in der ICF zum Ausdruck komme (vgl. Nieß 2016, S. 90).
- 49 Vgl. Schnurr 2005, S. 1334.
- 50 Vgl. BAR 2018, S. 5. Die Rehabilitationsträger verstehen demnach „Rehabilitation als Prozess mit dem Menschen im Mittelpunkt“.
- 51 Vgl. Niediek 2016, S. 62.
- 52 Vgl. ebd., S. 65; vgl. Schnurr 2005, S. 1335; Hier könnte die nun im SGB IX verankerte Möglichkeit einer ergänzenden unabhängigen Teilhabeberatung (EUTB) Abhilfe schaffen (§ 32 SGB IX). Diese entbindet die Reha-Träger aber nicht von ihrer Informations- und Beratungspflicht. Sie sollen die Leistungsberechtigten auch aktiv auf die Möglichkeit der EUTB hinweisen.
- 53 Vgl. Niediek 2016, S. 65.
- 54 Vgl. ebd., S. 67.
- 55 Vgl. ebd., S. 68; vgl. Welti 2014, Rn. 3.
- 56 Vgl. Dobslaw, Gudrun (2016): Teilhabe als kommunikativer Aushandlungsprozess. In: Schäfers/Wansing 2016, S. 180.
- 57 Vgl. BAGüS 2017
- 58 Vgl. Schian: Umfassende sozialmedizinische Begutachtung; Beitrag C1-2014 unter www.reha-recht.de, 21.01.2014, S. 3.
- 59 Vgl. Fuchs 2017, S. 8.
- 60 Vgl. Bundestags-Drucksache 18/9522, S. 197.
- 61 Das Projekt b3 bei der BAR hat u. a. zusammen mit allen Akteuren in der Bedarfsermittlung an der Definition dieser Begriffe gearbeitet. (siehe <https://www.bar-frankfurt.de/bar-ev/b3-projekt/kurzbeschreibung/>, zuletzt abgerufen am 01.06.2018)
- 62 BGBl. 2014 Teil I, S. 1133 ff.
- 63 Vgl. Welti 2006, S. 65. Als Beispiel hätte § 8 SGB VIII dienen können, der eine Beteiligung der Leistungsberechtigten an der Hilfeplanung ausdrücklich vorsieht. § 12 SGB XII regelt die „gemeinsame“ Leistungsabsprache. In § 15 SGB II und § 35 Abs. 4 SGB III ist die Mitwirkung der Leistungsberechtigten normiert.

Ermittlung des Rehabilitationsbedarfs nach § 13 SGB IX

Intention des Gesetzgebers

Von Dr. Harry Fuchs

Im ersten Teil des Beitrags wird die Intention des bis Ende 2017 gültigen alten und des 2018 in Kraft getretenen neuen Rechts dargestellt. Der zweite Teil des Beitrags setzt sich ausführlich mit den von den Bedarfsermittlungsinstrumenten nach § 13 SGB IX zu erfassenden Inhalten auseinander und klärt die zentralen Begriffe in § 13 Abs. 2 Nr. 1–4.

I. Einleitung

Am 01.01.2018 sind die mit dem Bundes-
teilhabegesetz (BTHG) neu gefassten Be-
stimmungen des Neunten Buchs des Sozial-
gesetzbuches (SGB IX) über die Erkennung
und Ermittlung des Rehabilitationsbedarfs
(§§ 12, 13 SGB IX) sowie die Koordinierung
der Leistungen (§§ 14–24 SGB IX) in Kraft
getreten. Im Zusammenhang mit der Um-
setzung dieser Bestimmungen wird u. a. die
Frage nach der Intention, die der Gesetzge-
ber insbesondere mit der Regelung zu den

Instrumenten zur Ermittlung des Rehabili-
tationsbedarfs (§ 13 SGB IX) verfolgt, aber
auch zum Verständnis der in dieser Rege-
lung verwendeten Begriffe aufgeworfen.

II. Intention des bis 31.12.2017 geltenden Rechts

Bereits das SGB IX von 2001 war darauf
ausgerichtet, zeitintensive Zuständigkeits-
konflikte der Träger untereinander sowie
Doppelbegutachtungen zu Lasten der Men-
schen mit Behinderungen zu vermeiden
und Leistungen „wie aus einer Hand“ zu
erbringen. Die dazu im SGB IX enthalte-
nen Bestimmungen zur Kooperation und
Koordination der Träger und zur Konver-
genz der Leistungen (§§ 10 bis 16 SGB IX a.
F.) wurden von den Rehabilitationsträgern
jedoch gar nicht oder nur in Teilen umge-
setzt.

Aus dem Abschlussbericht zu dem vom
BMAS geförderten Projekt „Prüfung von
aktuellem Stand und Potenzial der Be-
darfsermittlung von Leistungen zur Teilha-

be 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 ha-
ben und nutzen.

Obwohl § 10 Abs. 1 Satz 1 SGB IX a. F.
eine individuelle, funktionsbezogene – mit-
hin an der ICF orientierte – Ermittlung des
Leistungsbedarfs vorsah, ist der im Rah-
men des Projekts untersuchte Nutzungs-
grad der ICF bei den Trägern unterschied-
lich ausgeprägt. Damit ist belegt, dass das
mit § 10 SGB IX a. F. angestrebte Ziel nicht
erreicht wurde.¹

III. Intention des ab 01.01.2018 geltenden Rechts

§ 13 SGB IX verfolgt weiterhin das Ziel der
trägerübergreifenden Zusammenarbeit
und der Ermittlung des Rehabilitationsbe-
darfs nach möglichst einheitlichen Maß-
stäben. Die Regelung ist zwar im Kapitel
3 „Erkennung und Ermittlung des Reha-



Foto: flockine, pixabay.de

bilitationsbedarfs“ angesiedelt, gleichwohl auch wesentliches Element des im Kapitel 4 „Koordinierung der Leistungen“ geregelten Teilhabeplanverfahrens (§ 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. Andernfalls 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 § 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 Nut-

zung der Instrumente überlassen.² 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 Abs. 1 Satz 1 SGB IX 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.

1. Teilhabeplanverfahren

Mit Inkrafttreten des SGB IX, Teil 1 in der Fassung des BTHG am 01.01.2018 ist in § 19 SGB IX ein Teilhabeplan eingeführt worden. Die Regelung folgt im Wesentlichen der schon in § 5 Rehabilitationsanpassungsgesetz (RehaAnpG) 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 Koordination der Leistungen.³

Zugleich wird das bisherige Gesamtplanverfahren des SGB XII für die Träger der Eingliederungshilfe weiterentwickelt. Der Gesamtplan der Eingliederungshilfe basiert nunmehr inhaltlich auf dem Teilhabeplan des § 19 SGB IX (§ 144 Abs. 4, 1. Halbsatz SGB XII, ab 2020 § 121 Abs. 4, 1. Halbsatz SGB IX) und kann um weitere sechs eingliederungshilfespezifische Elemente erweitert werden, die der Leistungssteuerung und Wirkungskontrolle der Eingliederungshilfe dienen.

a) Teilhabeplanung

Die **Teilhabeplanung** besteht aus der Wahrnehmung (Erkennung) eines Teilhabeproblems (§ 12 SGB IX), der Feststellung der funktionsbezogenen Teilhabebeeinträchtigung (§ 13 Abs. 2 Nr. 2 SGB IX), der Festlegung der Rehabilitationsziele (§ 13 Abs. 2 Nr. 3 SGB IX), der darauf ausgerichteten Erfolgsprognose bzgl. der in Frage kommenden Leistungen (§ 13 Abs. 2 Nr. 4 SGB IX) sowie der darauf basierenden funktionsbezogenen Feststellung des Leistungsbedarfs (§ 19 Abs. 1 SGB IX), ggf. einer Teilhabeplankonferenz (§ 20 SGB IX) und wird im **Teilhabeplan** (§ 19 Abs. 2 SGB IX) dokumentiert.

Das nachfolgende **Teilhabeverfahren** basiert auf dem Teilhabeplan und wird mit der Planung der Leistungsausführung (§ 25 Abs. 1 Nr. 1 SGB IX) einschließlich 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) einschließlich einer gegebenenfalls 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.⁴

b) Teilhabeplanverfahren

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.⁵ Das Teilhabeplanverfahren ist danach „für alle vom SGB IX umfassten leistungsberechtigten Menschen einschlägig und unabhängig von der Art und Schwere der Behinderung“⁶ 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.

c) Wann ist ein Teilhabeplan zu erstellen?

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.

d) Was ist im Teilhabeplan zu dokumentieren?

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 Teilhabeplan wird „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.⁷

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 träger-

übergreifende Beurteilung von Teilhabeeinschränkungen funktionsbezogen und damit grundsätzlich nach dem „biopsychosozialen Modell“⁸ 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.⁹

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

a) 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 steht die Bezeichnung „systematische Arbeitsprozesse“ für „standardisierte Verwaltungsverfahren“¹⁰ (vergl. oben unter 1. Lit. d), 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 Organisationsmittel¹¹, 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), Fragebögen und IT-Anwendungen, aber auch Sachverständigengutachten nach § 17 SGB IX.

Die systematischen Arbeitsprozesse (standardisierte Verwaltungsverfahren) und standardisierten 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 „standardisierte Verwaltungsverfahren“ mit den nach § 19 Abs. 2 SGB IX zu dokumentierenden Inhalten „regulärer Bestandteil der Aktenführung“ sind.

b) 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.¹²

c) Instrumente und trägerspezifische Leistungsgesetze

Die Bezugnahme auf die für die Rehabilitationsträger jeweils geltenden Leistungsgesetze in § 13 Abs. 1 S. 1, letzter Hs. SGB IX stellt klar, dass die Instrumente, d. h. das Verwal-

tungsverfahren und die Organisationsmittel, nicht in allen Rechtskreisen identisch sein müssen und können.¹³ 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. 2 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 S. 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 zur Koordinierung der Rehabilitationsmaßnahmen nach §§ 14 und 15 SGB IX zu vereinbaren.

IV 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,

- a. ob eine Behinderung vorliegt oder einzutreten droht,
- b. welche Auswirkung die Behinderung auf die Teilhabe der Leistungsberechtigten hat,
- c. welche Ziele mit Leistungen zur Teilhabe erreicht werden sollen und
- d. 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 Leistungssysteme¹⁴ 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.¹⁵

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.

Bio-psycho-soziales Modell der ICF

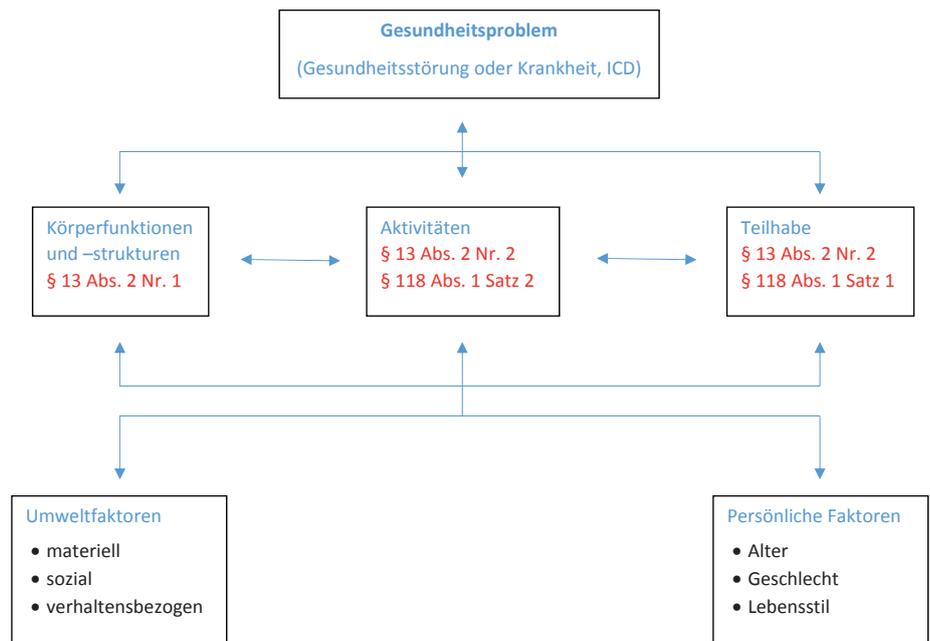


Abbildung: Das Bio-psycho-soziale Modell der ICF mit gesetzlichen Bezügen im SGB IX

Da die ICF kein Assessment-Instrument zur Bedarfsermittlung ist und auch nicht sein kann, bezog sich die Verpflichtung zur ICF-Orientierung in § 10 SGB IX a. F. 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 „biopsychosozialen Modell“ zu erfolgen hat.¹⁶ Das Modell mit Verweisen auf die Bezüge zu Körperfunktionen und -strukturen, Aktivitäten und Teilhabe in §§ 13, 118 (n. F.) SGB IX ist in der Abbildung dargestellt und wird im Folgenden erläutert.

2. Zu § 13 Abs. 2 Nr. 1 SGB IX: Vorliegende oder drohende Behinderung

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 Februar 2018 zur Gesamtplanung,¹⁷ 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 bilden soll, kann damit allein den Anforderungen des § 13 Abs. 2 Nr. 1 SGB IX nicht Rechnung getragen werden.

Nach dem der ICF zugrundeliegenden bio-psycho-sozialen Modell wird das Vorliegen einer Behinderung über die Schädigung der Körper- und Sinnesfunktionen definiert. Für die objektive Klärung des Be-

darfs 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 „biopsychosozialen Modell“ erfolgen.¹⁸

Die Frage, ob eine Behinderung droht oder vorliegt, lässt sich sprachlich mit der Beschreibung der tatsächlichen Funktionsbeeinträchtigungen i. S. d. Kapitelüberschriften der ICF dokumentieren (vergl. ICF-Checkliste¹⁹).

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

3. 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, personbezogene Faktoren) abzuklären. Die Teilhabebeeinträchtigung definiert sich über die Beeinträchtigungen der Aktivitäten und deren Auswirkungen auf die

Teilhabe und kann 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 zum Teil oder nicht den Anforderungen des § 13 Abs. 2 SGB IX.²⁰

4. 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 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 ei-

nen weitergehenden Leistungsbedarf andere Träger leistungsverpflichtet sein können.

5. 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 SGB IX), 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 nachprüfbaren“ Bedarfsermittlung und bedarf wegen der vorgeschriebenen Einheitlichkeit und Nachprüfbarkeit trägerübergreifender Maßstäbe zur Prognosebeurteilung, die noch im Rahmen der von der BAR zu erarbeitenden Grundsätze zu Bedarfserkennung und Bedarfsermittlung zu definieren sind.

V. Ausblick

Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales untersucht die Wirkung der in § 13

Abs. 2 SGB IX genannten Instrumente und veröffentlicht die 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 biopsychosoziale 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.²¹

Im Rahmen dieser Untersuchung dürfen 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 ggf. eine entsprechende Qualifikation und Weiterbildung der Sachverständigen“ bzgl. des bio-psycho-sozialen Modells und der ICF nachzuweisen.²²)
- Wie kann der Informationsaustausch zwischen den Trägern organisiert werden?
- Wie können die damit ggf. verbundenen Datenschutzfragen geklärt werden?

Der Beitrag ist zuerst erschienen im Diskussionsforum Rehabilitations- und Teilhaberecht als zweiteiliger Diskussionsbeitrag A16-2018 und A17-2018 unter www.reha-recht.de.

Dr. Harry Fuchs ist Mitglied des Hauptvorstandes der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation (DVfR) und freiberuflich tätig als Sozialexperte und Politikberater.



Kontakt und nähere Informationen

Mail: quality@germany.tops.de

FUSSNOTEN

- 1 Vgl. hierzu auch schon Luik: Rechtliche Grundlagen und Bedeutung der Teilhabepflicht; Beitrag D12-2014 unter www.reha-recht.de; 23.09.2014.
- 2 Bundestags-Drucksache 18/9522 S. 232.
- 3 Bundestags-Drucksache 18/9522 S. 239
- 4 Auf die Erstellung eines Teilhabepflicht hat die leistungsberechtigte Person durch die neue Rechtslage ein subjektiv-öffentliches Recht. Vgl. Liebsch: Bericht vom 11. Deutschen REHA-Rechtstag am 27.09.2017 in Berlin – Teil I: Teilhabepflicht, Zuständigkeitsklärung; Beitrag A6-2018 unter www.reha-recht.de; 28.03.2018, S. 2.
- 5 Bundestags-Drucksache 18/9522 S. 239.
- 6 Bundestags-Drucksache 18/9522 S. 239.
- 7 Bundestags-Drucksache 18/9522 S. 239.
- 8 9 Zur Anwendung des bio-psycho-sozialen Modells vgl. Fuchs, H. „Ermittlung des Rehabilitationsbedarfs – Auswirkungen des BTHG“, Beitrag D50-2017 unter www.reha-recht.de, 10.11.2017
- 9 Bundestags-Drucksache 18/9522 S. 239, 240.
- 10 Bundestags-Drucksache 18/9522 S. 239.
- 11 Bundestags-Drucksache 18/9522 S. 232, 233.

- 12 Bundestags-Drucksache 18/9522 S. 240.
- 13 Bundestags-Drucksache 18/9522 S. 232.
- 14 Bundestags-Drucksache 18/9522 S. 232.
- 15 Abweichender Auffassung ist Heinisch, der hier nur rudimentäre Mindestanforderungen erkennt. Vgl. Heinisch: Mehr Koordination durch das Bundesteilhabegesetz?; Beitrag D13-2017 unter www.reha-recht.de; 04.04.2017.
- 16 Bundestags-Drucksache 18/9522 S. 239.
- 17 Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe (BAGüS., Orientierungshilfe zur Gesamtplanung §§ 117 ff. SGB IX / §§ 141 ff. SGB XII, Stand Februar 2008 (online verfügbar unter http://wl.org/spur-download/bag/02_2018an.pdf, zuletzt abgerufen am 16.07.2018), S. 8.
- 18 Bundestags-Drucksache 18/9522 S.239
- 19 ICF-Checkliste der WHO vgl. www.harry-fuchs.de oder bei dimdi.
- 20 Vgl. Veröffentlichung des Verfassers „Ermittlung des Rehabilitationsbedarfs – Auswirkungen des BTHG“, Beitrag D50-2017 unter www.reha-recht.de, 10.11.2017.
- 21 Bundestags-Drucksache 18/9522 S. 233.
- 22 Bundestags-Drucksache 18/9522 S. 237.

Materialien der BAG UB



Arbeitshilfe Organisationsentwicklung

BLESINGER, Berit (2014):
„Inklusion und berufliche Bildung kooperativ gestalten!“ Leitlinien und Handlungsansätze zur Organisationsentwicklung für Leitungs- und Fachkräfte
8,00 €



Qualitätskriterien Berufspraktika

HOHN, Kirsten (2014):
Qualitätskriterien für die Vorbereitung, Begleitung und Auswertung von Berufspraktika. Handlungsleitfaden für Fachkräfte der beruflichen Integrationsarbeit
5,00 €

Themenhefte Unterstützte Beschäftigung



Themenheft 1

WIERSCH, Johanna (2014):
„Alle an Bord!“ Gespräche führen im Kontext der Unterstützten Beschäftigung.
Einzelheft: 8,00 €
Paket: alle fünf Themenhefte zusammen für 20,00 €



Themenheft 2

SIEVERS, Ulla / KREMEIKE, Karin (2014):
„Hier stehe ich im Mittelpunkt!“ Personenzentriertes Denken und Handeln in der Unterstützten Beschäftigung.
Einzelheft: 8,00 €
Paket: alle fünf Themenhefte zusammen für 20,00 €



Themenheft 3

FRÜCHTEL, Frank (2014):
„Raum ist Beziehung“. Sozialraumorientierung und Unterstützte Beschäftigung
Einzelheft: 8,00 €
Paket: alle fünf Themenhefte zusammen für 20,00 €



Themenheft 4

MÜLLER, Susanne (2014):
„Vielfalt wahrnehmen und anerkennen“. Migration und Unterstützte Beschäftigung
Einzelheft: 8,00 €
Paket: alle fünf Themenhefte zusammen für 20,00 €



Themenheft 5

AGRICOLA, Jörg (2014):
„Bildung inklusive“. Projekttag-Gestaltung in der Unterstützten Beschäftigung
Einzelheft: 8,00 €
Paket: alle fünf Themenhefte zusammen für 20,00 €

Bestellungen online unter: www.bag-ub.de/materialbestellung
Der Versand erfolgt gegen Rechnung zuzüglich Porto und Verpackung.

Oder als kostenloser Download:

Die Broschüre Qualitätskriterien Berufspraktika und weitere kostlose Broschüren finden Sie unter: <http://www.bag-ub.de/publikationen>
Die Themenhefte sowie die Arbeitshilfe Organisationsentwicklung sind im Fachinformationspool Unterstützte Beschäftigung verfügbar unter: www.bag-ub.de/ub/fip

Inklusionsunternehmen als andere Leistungsanbieter

Von Daniel Wörmann

I. Einleitung

Mit dem Bundesteilhabegesetz (BTHG) hat der Gesetzgeber umfassende Neuregelungen der Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen am Arbeitsleben auf den Weg gebracht. Eine wesentliche Änderung ist die Einführung von anderen Leistungsanbietern als neuer Leistungstatbestand. Bisher besteht für Menschen mit Behinderungen, die nicht, noch nicht oder noch nicht wieder in der Lage sind, auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt beschäftigt werden zu können, die Chance, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben in einer Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM) in Anspruch zu nehmen. Ein betrieblicher Einsatz außerhalb der WfbM kann bisher nur über einen integrierten Arbeitsplatz (BiAp) oder eine ausgelagerte WfbM-Gruppe erfolgen. In beiden Fällen behalten die Beschäftigten ihren WfbM-Status bei und werden weiter über die WfbM begleitet und unterstützt. Seit dem 1. Januar 2018 besteht die Möglichkeit, die bisher von der WfbM erbrachten

Leistungen auch bei einem anderen Leistungsanbieter gemäß § 60 SGB IX in Anspruch zu nehmen. Welche Unternehmen dies sein können, hat der Gesetzgeber nicht näher geregelt. Im Rahmen eines Projekts des Landschaftsverbands Rheinland (LVR) wurde untersucht, welche Chancen und Risiken einhergehen, wenn Inklusionsunternehmen andere Leistungsanbieter werden. Ferner wurde untersucht, welche Rahmenbedingungen notwendig sind, damit andere Leistungsanbieter erfolgreich sein können.

II. Untersuchungsdesign

Das Projekt wurde vom 1. Juni 2017 bis 30. November 2017 durchgeführt. Das Projektende lag damit vor Inkrafttreten der Gesetzesänderung am 1. Januar 2018. Es bestand die Herausforderung, einen Leistungstatbestand zu untersuchen, den es zum Zeitpunkt der Untersuchung noch gar nicht gab. Die Situation erforderte, das Untersuchungsdesign und die Forschungsmethode so zu gestalten, dass sie der Komplexität des untersuchten Gegenstandes

gerecht werden. Um flexibel auf einzelne Aspekte einzugehen und Zusammenhänge aufzuzeigen, wurden teilstandardisierte qualitative Experteninterviews geführt. In Anlehnung an sozialwissenschaftliche Netzwerkanalysen wurden Interviews auf drei Ebenen durchgeführt: Mikro-, Meso- und Makroebene.

Mikroebene: Betrachtung von beschäftigten Personen auf BiAp in Unternehmen. Experten in diesem Sinne waren Beschäftigte auf BiAp sowie Akteurinnen und Akteure, die Beschäftigte begleiten und deren Situation/Werdegang einschätzen können. Der Fokus der Interviews lag bei individuellen Anforderungen der Leistungsberechtigten an die Leistungserbringung. Es wurden sechs Fälle identifiziert und 30 Interviews mit insgesamt 35 beteiligten Personen geführt.

Mesoebene: Auf organisationaler Ebene wurden Unternehmen betrachtet. Experten in diesem Sinne waren Vertretungen von Inklusionsunternehmen, die Interesse haben, als anderer Leistungsanbieter aktiv zu



Foto: Thomas Reimer, Adobe Stock

werden. Der Fokus der Interviews lag auf den Rahmenbedingungen für Unternehmen. Es wurden drei Integrationsunternehmen identifiziert und mit acht Expertinnen und Experten zehn Interviews geführt.

Makroebene: Auf interorganisationaler Ebene wurde das Zusammenspiel verschiedener Akteure betrachtet. Experten in diesem Sinne waren Akteurinnen und Akteure, die die Gesamtsituation um das Thema andere Leistungsanbieter bewerten können und/oder im Bereich der Beschäftigung und Unterstützung der Zielgruppenmitarbeitenden tätig sind. In den Interviews wurden Einschätzungen zu Rahmenbedingungen erfragt und diskutiert. Es wurden drei Interviews mit drei Akteuren geführt.

III. Chancen und Risiken

Inklusionsunternehmen sind mit ihrer Ausrichtung, sozialen Verantwortung und Expertise in der Betreuung, Unterstützung und Begleitung von Menschen mit Behinderungen gut aufgestellt, um auch den Anforderungen an andere Leistungsanbieter

gerecht zu werden. In Bezug auf neue Herausforderungen sehen interviewte Vertreterinnen und Vertreter von Inklusionsunternehmen gute Anknüpfungspunkte und handhaben die bisher unklaren Anforderungen pragmatisch: *„Wir sehen uns gut aufgestellt (...) Wenn wir noch mehr Know-how brauchen, dann müssen wir es einkaufen oder unsere Mitarbeitenden vorbereiten, ist doch ganz klar. Haben wir doch auf dem Weg zum Inklusionsunternehmen auch gemacht“*.¹

Die untersuchten Inklusionsunternehmen kennen die Herausforderungen in Bezug auf die Gestaltung eines inklusiven Arbeitsmarkts und haben sowohl erste Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit der Zielgruppe (Betreuung von Praktikanten aus Förderschulen, Beschäftigung von WfbM-Mitarbeitenden auf BiAp) als auch eine grobe Vorstellung von einem möglichen Einsatz auf Nischenarbeitsplätzen. Nachfolgende Chancen wurden identifiziert: Weiterentwicklung der Angebotslandschaft, Einzelarbeitsplatzintegration

als Möglichkeit zur inklusiven Beschäftigung, Schaffung von Übergängen in Inklusionsunternehmen. Im Projektverlauf sind folgende potenzielle Risikofaktoren identifiziert worden: Mangelnde Anbindung an das Hilfesystem, Probleme bei der Anrechenbarkeit auf die Ausgleichsabgabe, Blockierung von kleineren Anbietern, Schaffung eines neuen Markts ohne mehr Übergangschancen, Creaming-Effekt.

1. Chancen

Die größte Chance bei der Zulassung von Inklusionsunternehmen als andere Leistungsanbieter besteht in der **Weiterentwicklung des Arbeitsmarkts:**

*„Je mehr Anbieter es gibt und je bunter die Angebotsvielfalt ist, desto individueller kann Hilfe werden. Deshalb sind andere Anbieter an sich schon jetzt wertvoll.“*² Die „Monopolstellung“ der WfbM wird aufgebrochen und es entsteht mehr Wettbewerb.

Durch die mögliche Schaffung von individuellen Angeboten für Menschen, die nichts mit der WfbM zu tun haben wollen,

entsteht mit dem neuen Leistungstatbestand eine neue Chance für Teilhabe. Die Bildungsvielfalt steigt und Angebote können „arbeitsmarktnäher“ in speziellen Nischen stattfinden. Untersuchte Unternehmen im Rheinland zeigen großes kreatives Potenzial und beweisen, dass dies an sehr vielen Stellen denkbar ist. Exemplarisch verdeutlicht dies ein potenzieller Leistungserbringer, der BiAp anbietet und die Tätigkeitsfelder dazu personenzentriert anpasst: *„Wir haben das Arbeitsfeld neu geschaffen und ihn auch so eingesetzt, dass seine Behinderung ihm dennoch ermöglicht, mitzuarbeiten. Da er Schwierigkeiten hat, sich an einen festen Rhythmus zu halten, macht er jetzt mehr Pausen. Er hat auch einen separaten Dienstplan. Letztlich arbeitet er in einem „normalen“ Arbeitsfeld, aber vollkommen losgelöst von anderen. Wenn wir ihm diese Anpassung nicht ermöglicht hätten, wäre er hier gescheitert.“*³

Gelingt es, Menschen in Nischen dieser Art zu beschäftigen und gleichzeitig eine **Einzelarbeitsplatzlösung**, außerhalb von Gruppenbeschäftigung, im betrieblichen Alltag zu realisieren, entstehen neue inklusive Beschäftigungsformen. Diese stellen in der Regel eine Win-Win-Situation dar: Die Beschäftigten werden durch ihre Arbeit wertgeschätzt und erhalten viel Zuspruch, die Unternehmen entlasten ihre Mitarbeitenden. Da die Beschäftigungslösungen inklusiv sind, entsteht für alle Beschäftigten die Chance, auf dem direkten Wege Erfahrungen auf dem ersten Arbeitsmarkt zu machen, die Belastung zu erproben und final auch auf den ersten Arbeitsmarkt zu wechseln. Inklusionsunternehmen als andere Leistungsanbieter können dabei eine **Brücke von heutigen „WfbM-Leistungen“ in das Inklusionsunternehmen** hinein sein und Brüche in den Erwerbsbiografien vermeiden. Konkret wurde dies im Rahmen der Einzelfallanalysen auf Mikroebene: *„Wir hatten zum Beispiel mal eine Dame*

mit Down-Syndrom hier. Die hat ein Praktikum gemacht. Wir haben zwei Arbeitsfelder ausprobiert, in der Küche und in der Wäscherei. Sie hat dort unterstützende Tätigkeiten übernommen und das hat geklappt. Das ist jemand, den wir uns grundsätzlich richtig gut vorstellen können. Sie ist nicht so fit wie die anderen [Zielgruppenmitarbeitende im Inklusionsunternehmen] und hat Einschränkungen, klar. Aber

Leistungsanbieter auch eine **Inklusive Beschäftigung**, die für den Menschen einen nicht zu unterschätzenden Mehrwert bietet. *„Reha bleibt natürlich das Ziel, auch der Schritt auf den ersten Arbeitsmarkt über 500+ [Teil des LVR-Budgets für Arbeit – Aktion Inklusion⁶], aber ob es alle schaffen, da bin ich mir nicht sicher. Dauerhafte Beschäftigung hat ja auch einen Wert.“*⁷

„Personenzentrierung ist der wohl wichtigste Aspekt im neuen Leistungstatbestand.“

*für die Werkstatt ist sie auch zu stark und da will sie auch nicht hin (...) Sie ist dann in die Werkstatt, war aber ganz unglücklich dort, ist dann krank geworden und hat gesagt, sie sei dort unterfordert. Jetzt geben wir ihr mit einem Langzeitpraktikum noch einmal die Chance bei uns. Vielleicht auch mit Hinblick auf das Integrationsunternehmen. Aber wenn es da nicht reicht, können wir sie nicht einstellen.“*⁴

Hier können Inklusionsunternehmen als andere Leistungsanbieter ansetzen und ein konsekutives Rehabilitationsangebot schaffen.

*„Die Übergänge müssen fließend sein, da sehe ich Integrationsunternehmen oder Dienstleister wie XY [Inklusionsunternehmen im Rheinland, welches bereits vor dem 01.01.2018 Leistungen analog zum neuen Leistungstatbestand angeboten hat] weit vorne. Denen ist es ja egal, ob die Menschen auf WfbM-Status beschäftigt werden oder bei besserer Leistung in das Integrationsunternehmen gehen.“*⁵

Gelingt der Übergang in das Inklusionsunternehmen nicht, bietet ein anderer

2. Risiken

Andere Leistungsanbieter müssen gut an das **Hilfesystem und die bestehenden Netzwerke** angebunden werden. Gelingt dies nicht, bleiben andere Leistungsanbieter unbekannt und es wird sich niemand für eine inklusive Beschäftigung dieser Art entscheiden.

*„Es braucht definitiv eine Vernetzung, anderenfalls haben Sie das Problem, dass niemand weiß, wie die anderen Anbieter ticken. Das ist vor allem deshalb wichtig, weil die anderen Anbieter – ich sage mal – volllaufen. Irgendwann sind die einigen wenigen Plätze da ja besetzt. Aber das Angebot muss ja trotzdem Akteuren bekannt sein. Für Menschen, die irgendwann neu dazukommen.“*⁸ Nur bei einer Anbindung an das Hilfe- und Unterstützungssystem können auch beratende Stellen unterstützen und vermitteln.

*„Wenn die anderen Anbieter nicht bekannt sind, wird es schwierig. Dann lässt sich auch keiner auf das Konstrukt ein. Und ich kann dann nicht dahingehend beraten, weil ich sie auch nicht kenne.“*⁹

Ein weiteres Problem ist die **Anrechenbarkeit auf die Ausgleichsabgabe**. Andere Leistungsanbieter sind grundsätzlich mit Werkstätten gleichgestellt, dies regelt § 60 Abs. 2 SGB IX.¹⁰ Wird von einer vollkommenen Gleichstellung ausgegangen, würde dies auch für die Anrechenbarkeit von Leistungen der anderen Leistungsanbieter auf die Ausgleichsabgabe gelten.¹¹ § 223 SGB IX verweist explizit auf „anerkannte Werkstätten für behinderte Menschen“. Dies bedeutet in der Praxis, dass Personalaufwendungen für einen berufsintegrierten Arbeitsplatz oder auf dem Markt eingekaufte Leistungen abzugsfähig sind, wenn sie von einer WfbM erbracht werden, aber nicht, wenn sie von einem anderen Leistungsanbieter erbracht werden. Aus Sicht von Inklusionsunternehmen als andere Leistungsanbieter ist das eine falsche Entwicklung. Statt der dringend gebotenen nachdrücklichen Inklusionsorientierung des allgemeinen Arbeitsmarktes und der Entflechtung der starken Werkstattpositionen besteht die Gefahr, dass es diesbezüglich zu einer unveränderten Starrheit kommt. Der Gesetzgeber will auf der einen Seite mehr Wettbewerb und mehr Inklusion durch andere Leistungsanbieter, unterscheidet hinsichtlich § 223 SGB IX, jedoch weiterhin zwischen anderen Leistungsanbietern und WfbM. Dies konterkariert die Inklusionsbemühungen und die Forderungen aus der abschließenden Bemerkungen über den ersten Staatenbericht zur Umsetzung der UN-BRK. Insbesondere dann, wenn andere Leistungsanbieter mit Unternehmen des allgemeinen Arbeitsmarktes kooperieren und wirtschaftliche Beziehungen zu anderen Unternehmen eingehen.¹²

Weiterer Risikofaktor ist die **Blockierung von kleineren Anbietern**. Andere Leistungsanbieter können Leistungen individualisieren, flexibilisieren und Lösungen für einzelne Menschen schaffen. Dies wird nicht gelingen, wenn die Hürden für andere Leistungsanbieter in der Leistungs-

und Prüfungsvereinbarung (LPV) der Kostenträger zu hoch angelegt werden. Für kleinere Einrichtungen besteht die Gefahr, dass die Investitionen für die Schaffung eines einzelnen Angebots in keinem Verhältnis mit dem zu erwartenden Nutzen stehen könnten. Im Sinne der Inklusion wäre dies fatal, da gerade Einzelfalllösungen viel Potential bieten. An dieser Stelle besteht eine zentrale Steuerungsmöglichkeit für die Kostenträger. Ein möglicher Weg im Umgang mit diesem Sachverhalt ist die Modularisierung von Leistungen. Auch hat das Projekt gezeigt, dass die Gefahr besteht, dass ein **neuer Markt ohne Übergangschancen** entsteht und die Unternehmen ausschließlich leistungsstarke Menschen mit Behinderungen beschäftigen könnten. Es ist in diesem Zusammenhang nur ein Problem, dass die Unternehmen auf günstige Arbeitskräfte zurückgreifen. Ein weiteres sind die (Nischenarbeitsplatz)Stellen als solche. Oft schaffen die Unternehmen Stellen, aus denen – selbst bei guter Leistung – keine Planstellen entstehen können. Gibt es keine Passung zwischen Tätigkeit und realen Anforderungen, erledigen die Beschäftigten zwar wertvolle unterstützende Arbeiten, eine Übernahme auf den allgemeinen Arbeitsmarkt wird aber nicht gelingen. In der Praxis wird es darum gehen, Maßnahmen zu treffen, die ein Ausnutzen des arbeitnehmerähnlichen Rechtsverhältnisses der WfbM oder eines anderen Leistungsanbieters erschweren und Perspektiven für die Menschen aufzuzeigen.

IV. Anforderungsmodell

„Was braucht es, damit andere Leistungsanbieter erfolgreich sein können?“ Die Beantwortung der zweiten Forschungsfrage zeigt, dass die Anforderungen der im Rheinland angesiedelten Inklusionsunternehmen in drei Prioritäten („3P“) geclustert werden können. Die drei Prioritäten werden als „Anforderungsmodell“ bezeichnet und nachfolgend erläutert.

1. Erste Priorität: Personenzentrierung

Personenzentrierung ist der wohl wichtigste Aspekt im neuen Leistungstatbestand. Bereits in der öffentlichen Diskussion wurden andere Leistungsanbieter vielfach als Entwicklungschance für ein Mehr an individueller, passgenauer Teilhabe am Arbeitsleben gelobt. „Personenzentrierung“ als Schlagwort ist dabei nicht ausreichend, es braucht auch Strukturen, in denen diese Entwicklungsperspektive praktisch umgesetzt wird. Personenzentrierung im Sinne des Leistungstatbestands muss sowohl auf Ebene des Kostenträgers als auch auf Ebene des Leistungserbringers umgesetzt werden. Als vorteilhaft hat sich in der Praxis ein Dreischritt gezeigt, der ursprünglich aus der „Unterstützten Beschäftigung“ (UB) stammt: „Identifizieren – platzieren – qualifizieren“.

„Normalerweise findet im Arbeitsmarkt – auch ideologisch – die Überlegung ‚first train then place‘ statt. Wir machen aber ‚first place then train‘. Die Logik der UB übertragen wir also auf unser Tun insgesamt.“¹³

Identifizierung meint die Feststellung des individuellen Bedarfes in Teil- und Gesamtplanverfahren, die Berücksichtigung des Wunsch- und Wahlrechts und die Gestaltung der Arbeitsumgebung in Bezug auf den Beschäftigten. Damit verbunden ist auch eine personenzentrierte Finanzierung auf Basis des individuellen Bedarfs. Der LVR plant, diese für andere Leistungsanbieter bereits zu implementieren.¹⁴ Für die Umsetzung in der Praxis braucht es ein praktisch anwendbares Instrument zur Operationalisierung der individuellen Bedarfe.

„Wir [potenzielle Leistungsanbieter] brauchen Anhaltspunkte für die mögliche Hilfeerbringung. Das wird schwierig, das ist gar nicht so leicht einzuschätzen, da dies ja voraussetzt, dass Sie den Bedarf des Einzelnen in einem Arbeitskontext klar beziffern können. Und das ja bevor er angefangen hat, denn da setzen die Teil- und Gesamtplanverfahren ja an.“¹⁵

Platzierung meint den Einsatz des Einzelnen in einem Unternehmen entsprechend der Vorgaben. In diesem Zusammenhang ist § 62 SGB IX zu beachten, der entscheidend das Wahlrecht der Menschen mit Behinderung stärkt.

Herausfordernd wird diese, wenn andere Leistungsanbieter mit Vorstellungen konfrontiert werden, die nicht gedeckt werden können:

„Und wenn einer zu Ihnen kommt und sagt, er will Bäcker werden oder er will Maler werden. Was machen Sie dann? Wie gelingt Teilhabe dann? Der andere Anbieter hat ja nur ein Angebot und die WfbM hat vielleicht mehr Arbeitsangebote aber eben keinen Malerbereich. Sie brauchen mehr Träger, die individuelle, personenzentrierte Lösungen suchen.“¹⁶

Da auch Inklusionsunternehmen – wie WfbM – mit ihren Arbeitsfeldern beschränkt sind, gilt es das Arbeitsangebot der Unternehmen in der Breite zu betrachten.

„Denkbar ist für uns ein Gebilde über unser Integrationsunternehmen hinaus. Als Integrationsunternehmen sind wir im Bereich Gastronomie und Schulverpflegung unterwegs. Und dann kommen Felder dazu, wo wir heute schon mit anderen Zielgruppen, lernbehinderten Menschen Ausbildung ermöglichen. Sei es in einer unserer Radstationen, unseren gastronomischen Bereichen, in der Hauswirtschaft unserer Mädchenwohnheime oder eben dem Bereich offene Ganztagschule. (...) Und in allen Bereichen ist es vorstellbar, Menschen zu beschäftigen.“¹⁷

Mit dieser Betrachtungsweise nutzen Unternehmen ihr Know-how als Inklusionsunternehmen in der Breite und schaffen es, ein buntes Feld an Beschäftigungsmöglichkeiten zur Verfügung zu stellen. Diese Kreativität ist in Bezug auf inklusive Arbeitsmöglichkeiten ausgesprochen wünschenswert.

Qualifizierung meint die Art der Leistungserbringung, das Angebot von Ar-

beitstraining „on-the-job“ und ein Schulungsangebot „off-the-job“. Die Analyse von potenziellen Leistungsanbietern, die bereits vergleichbare Leistungskonstrukte anbieten, zeigt, dass insbesondere ein externes – nicht zum Arbeitsbereich gehörendes – Arbeitstraining sehr erfolgreich sein kann. Durch eine Kombination aus externer Unterstützung und Anleitung am Arbeitsplatz und eigenständigen Arbeitsphasen ohne Anleitung, wird die Eigenständigkeit erhöht und es gibt klare Rollenverteilungen in Bezug auf die/den Arbeitstrainer/in und die Vorgesetzten des Beschäftigten. Kommt es zwischen den Akteuren zu kritischen Situationen, übernimmt die/der Arbeitstrainer/in auch eine „Dolmetscherfunktion“ und vermittelt zwischen beiden.

„Unterschätzen Sie diese Arbeit in das Unternehmen hinein nicht. Es ist verdammend anstrengend, mit dieser Zielgruppe zusammenarbeiten. Das können Sie einen Tag gut aushalten, aber die Menschen sind länger da.“¹⁸

Diese Art der Qualifizierung fördert individuell, personenzentriert und stellt insbesondere in Wirtschaftsunternehmen eine umsetzungsfähige Konzeption dar.

2. Zweite Priorität: Partnerschaftliche Zusammenarbeit

Die Anforderung „partnerschaftliche Zusammenarbeit“ bezieht sich auf eine Vernetzung aller handelnden Akteure. Wesentliche Faktoren sind: **Modularisierung der Leistungen**, Schaffung **lokaler Netzwerke**, Übernahme einer **Lotsenfunktion durch den Integrationsfachdienst (IFD)**¹⁹ und die **Einbindung des Leistungstatbestands in bestehende Strukturen**.²⁰

Wesentlicher Aspekt ist die **modularisierte Leistungserbringung**. Bereits mit Veröffentlichung des Referentenentwurfs zum BTHG, setzte in der Fachöffentlichkeit eine Diskussion um die Gefahr einer Absenkung der qualitativ hohen und guten

Standards der WfbM für andere Leistungsanbieter ein.

In dieser Diskussion wurde vernachlässigt, dass für kleinere Unternehmen die Gefahr besteht, die hohen Anforderungen nicht erfüllen zu können. Dies ist insbesondere dann kritisch zu bewerten, wenn potenzielle Anbieter die Leistung erbringen könnten, aber bereits im Vorfeld zurückschrecken, da der konzeptionelle Aufwand zur Erstellung einer LPV unverhältnismäßig ist.

Dies gilt insbesondere bei Unternehmen, die für Einzelfälle Lösungen schaffen wollen und sich mit Anforderungen beschäftigen müssen, die im Zweifel keine Relevanz für jenen Leistungsberechtigten haben, welchen sie beschäftigen wollen (bspw. Organisation eines Fahrdiensts nach § 8, Abs. 4 WVO) oder für eine einzelne Person schwer zu realisieren ist (bspw. Durchführung von Fortbildungen in Form von arbeitsbegleitenden Maßnahmen nach § 5, Abs. 3 WVO).

„Gerade, wenn wir an den inklusiven Arbeitsmarkt denken, dann reden wir über die Integration einer Person an einen Ort und nicht - wie bei der WfbM - von einer ganzen Reihe an Personen in verschiedene Bereiche. Außerdem glaube ich nicht, dass der Mensch das im Zweifel alles braucht.“²¹

Um diesen individuellen Lösungen nicht mit einer pauschalen Absenkung qualitativer Standards zu begegnen, bedarf es anderer Lösungen. § 15 WVO regelt, dass „mehrere Werkstätten desselben Trägers oder verschiedener Träger innerhalb eines Einzugsgebietes (...) zur Erfüllung der Aufgaben einer Werkstatt und der an sie gestellten Anforderungen eine Zusammenarbeit vertraglich vereinbaren“²² können. Dieser Logik folgend, könnten auch verschiedene andere Leistungsanbieter gemeinsam eine Leistung erbringen und in der Summe alle Anforderungen erfüllen.

In der Praxis gibt es bereits Ansätze: Ein Inklusionsunternehmen im Rheinland bietet mit einem Partnerunternehmen der

freien Wirtschaft Leistungen an, die als Prototyp für einen anderen Leistungsanbieter bezeichnet werden können. Das Unternehmen des allgemeinen Arbeitsmarkts stellt einen Nischenarbeitsplatz zur Verfügung, das Inklusionsunternehmen begleitet und unterstützt die WfbM-Beschäftigten auf BiAp.

„Inklusion bedeutet auch, ich bewege mich zwischen allen heute schon verfügbaren Qualifizierungs- und Unterstützungsangeboten und bringe sie in einer neuen institutionsübergreifenden und individuell ausgerichteten Form zusammen.“²³

„Inklusion bedeutet auch, ich bewege mich zwischen allen heute schon verfügbaren Qualifizierungs- und Unterstützungsangeboten.“

Wird diese Idee einer institutionsübergreifenden Leistungserbringung weitergedacht, erfordert dies eine Modularisierung von „Werkstattleistungen“. Zwischen dem LVR und den rheinischen Spitzenverbänden der freien Wohlfahrtspflege wurde bereits in 2014 eine „Empfehlungsvereinbarung zur Modularisierung der Teilhabeleistungen in rheinischen Werkstätten für Menschen mit Behinderung bei Inanspruchnahme des persönlichen Budgets“ getroffen.²⁴ Zielsetzung der Regelung ist es, Werkstattbeschäftigten die Möglichkeit zu geben, die bislang ausschließlich durch die WfbM erbrachten Leistungen in Form des Persönlichen Budgets auch außerhalb der Werkstatt in Anspruch zu nehmen. Drei Module können auch durch Anbieter außerhalb der WfbM erbracht werden: „Angebote zum Erwerb spezieller persönlicher fördernder Kompetenzen“, „Maß-

nahmen zur Förderung des Übergangs auf den allgemeinen Arbeitsmarkt“ sowie die „Beförderungsleistungen“.²⁵ Werden die Module jetzt um die Leistungen „Berufsbildungsbereich“, „Arbeitsbereich“ sowie „Mittagessenverpflegung“ ergänzt, können Träger gemeinsam den Bedarf des Einzelnen decken. Leistungen, die Träger A nicht abbilden kann oder will, können von Träger B „eingekauft“ werden (bspw. Fahrdienst oder Seminare/Angebote zur Persönlichkeitsentwicklung).

Ferner entstehen für die Leistungsberechtigten Vorteile:

- Das Wunsch- und Wahlrecht des Menschen mit Behinderungen wird gestärkt.
- Die Leistungen werden personenzentrierter erbracht, da der Leistungsrechte nicht nur an einen Anbieter gebunden ist.
- Die Anbieter sind gefordert, den individuellen Bedarf des Menschen zu decken und damit im Zweifel auch Lösungen mit einem Partner zu finden.
- Es besteht die Chance, Leistungen auch in Form eines Persönlichen Budgets zu erbringen; die einzelne Person kann ihr Unterstützungsarrangement somit selber zusammenstellen/aktiv daran mitwirken.

Über die Modularisierung können konzeptionelle Anforderungen verringert werden, ohne dass Qualitätsstandards pauschal gesenkt werden.

Gelingt es im zweiten Schritt dann, auf regionaler Ebene **lokale Netzwerke** zu schaffen, in denen sich andere Leistungsanbieter untereinander kennenlernen und austauschen können, wird eine Grundlage für Kooperation gelegt. Ferner könnten in diesen Netzwerken Akteure wie Schulen, IFD und die Reha-Beratung der Arbeitsagentur eingebunden werden, um mehr Durchlässigkeit im System zu ermöglichen.

3. Dritte Priorität: Persönliche Beratung

Die Frage, ob und inwieweit sich Unternehmen vorstellen können, anderer Leistungsanbieter zu werden, hängt neben den Rahmenbedingungen auch mit einer Beratung und Transparenz seitens der Kostenträger zusammen.

In den Interviews des Projekts wird deutlich, dass es von Seiten der Kostenträger im Wesentlichen zwei Elemente braucht: zum einen eine **vertrauensvolle partnerschaftliche Entwicklung** potenzieller Anbieter im Sinne einer vertrauensvollen Zusammenarbeit, zum anderen eine gute Form der **Öffentlichkeitsarbeit**. Beide Aspekte hängen dabei miteinander zusammen.

Ausgangspunkt für die zwei Elemente sind die positiven Erfahrungen der Inklusionsunternehmen im Rheinland bei ihrer Gründung. Die Unternehmen berichten von einer „fördernden“ und „fordernden“ **„vertrauensvollen Zusammenarbeit“**.²⁶ Im LVR-Integrationsamt gibt es eine niedrigschwellige Form der Beratung für jedes interessierte Unternehmen, die in dieser Form durchaus partnerschaftlichen, dienstleistenden Charakter hat.

Die Beratung hat für den Kostenträger den Vorteil, dass eine erste Beurteilung des Vorhabens in Bezug auf Produkte, Dienstleistungen, aber auch Personal- und Finanzierungskonzepte vorgenommen werden kann. Dem Anbieter kann signalisiert werden, ob die Ideen tragfähig sind und worin Weiterentwicklungsnotwendigkeiten bestehen. Diese Art der Beratung kann die

Grundlage für ein affirmatives Zugehen im Rahmen der Gründung von anderen Leistungsanbietern sein.

Neben der Beratung braucht es eine gute Form der **Öffentlichkeitsarbeit**, Mut machende Beispiele aus der betrieblichen Praxis und transparente Förderrichtlinien. Dies steigert das Interesse an dem Leistungstatbestand und fördert auch bei Leistungsberechtigten die Neugier, diesen inklusiven Weg der betrieblichen Teilhabe zu gehen. Eine Leistungsberechtigte dazu:

*„Ich wollte schon immer Wäscheexpertin sein. (...) Hier im Krankenhaus geht das. Das ist voll gut. In die Werkstatt will ich auf keinen Fall noch mal. In der Werkstatt arbeiten ist doch langweilig“.*²⁷

Der Beitrag ist zuerst erschienen im Diskussionsforum Rehabilitations- und Teilhaberecht als Diskussionsbeitrag A10-2018 unter www.reha-recht.de

Daniel Wörmann ist Trainee im Landesschaftsverband Rheinland und hat das Thema „Inklusionsunternehmen als andere Leistungsanbieter“ genauer betrachtet und wissenschaftlich untersucht.



Kontakt und nähere Informationen

Mail: daniel.woermann@lvr.de

FUSSNOTEN

- 1 Interview mit potenziellem Leistungsanbieter auf Mesoebene.
- 2 Interview auf Makroebene.
- 3 Interview mit potenziellem Leistungsanbieter auf Mikroebene.
- 4 Interview mit potenziellem Leistungsanbieter auf

Mesoebene.

- 5 Interview auf Makroebene.
- 6 Vgl dazu: LVR (2018): LVR-Budget für Arbeit – Aktion Inklusion. URL: www.lvr.de/de/nav_main/soziales_1/integrationsamt_2/foerdermoeglichkeiten/budget_fuer_arbeit_3/budget_fuer_arbeit.jsp, zuletzt abgerufen am: 26.04.2018.
- 7 Interview mit potenziellem Leistungsanbieter auf Mesoebene.
- 8 Interview auf Makroebene.
- 9 Interview auf Makroebene.
- 10 Ausnahmen dieser Gleichstellung sind in § 60, Abs.2, Nr. 1-6 SGB IX geregelt.
- 11 Grundlegend ist § 140 SGB IX: „Arbeitgeber, die durch Aufträge an anerkannte Werkstätten für behinderte Menschen zur Beschäftigung behinderter Menschen beitragen, können 50 vom Hundert des auf die Arbeitsleistung der Werkstatt entfallenden Rechnungsbetrages solcher Aufträge (Gesamtrechnungsbetrag abzüglich Materialkosten) auf die Ausgleichsabgabe anrechnen. Dabei wird die Arbeitsleistung des Fachpersonals zur Arbeits- und Berufsförderung berücksichtigt, nicht hingegen die Arbeitsleistung sonstiger nichtbehinderter Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer.“
- 12 Mögliche Lösung ist die Öffnung des § 223 IX für andere Leistungsanbieter. Im Sinne eines inklusiven Arbeitsmarkts wäre es besser, die Regelung abzuschaffen. Dies würde die von der Staatenprüfung bemängelten finanziellen Fehlanreize, für die Beschäftigung von Menschen mit Behinderungen, korrigieren. Arbeitgebende würden finanziell verstärkt gefordert, innerhalb ihrer Strukturen einen inklusiven Arbeitsmarkt zu realisieren.
- 13 Interview mit potenziellem Anbieter auf Makroebene.
- 14 LVR (2011): „Umsetzung des BTHG: Andere Leistungsanbieter“, Drucksache 14/2107, 17.08.2017.
- 15 Interview auf Makroebene.
- 16 Interview auf Makroebene.
- 17 Interview auf Mesoebene.
- 18 Interview auf Makroebene.
- 19 Die Einbindung des IFD kann analog zur NRW-Landesinitiative „Teilhabe an Arbeit – 1.000

Außenarbeitsplätze für Menschen mit Behinderungen / Betriebsintegrierte Arbeitsplätze für Werkstattbeschäftigte - als Chance zur Inklusion auf dem Arbeitsmarkt“ erfolgen. Vgl. dazu: transfer – Unternehmen für soziale Innovation: Teilhabe an Arbeit – 1.000 Außenarbeitsplätze für Menschen mit Behinderungen. Evaluation der Landesinitiative, Juli 2015. Durch eine Verankerung in den Leistungs- und Prüfungsvereinbarung, kann eine Kooperation zwischen den anderen Leistungsanbietern und den IFD sichergestellt werden. Dieser Aspekt ist ein neutralgischer Punkt. Die Begleitung durch den IFD erfolgt im besten Fall konstant, sodass der IFD den Menschen bereits kennt und von der Schule über einen anderen Leistungsanbieter bis hin zu einer sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung begleitet. Auch kann der IFD bei einem Ende der Beschäftigung unterstützend eingreifen (bspw. Kündigung oder Insolvenz).

- 20 Dies gilt insbesondere in Bezug auf den Übergang von Schule und Beruf. In der Schule muss der Leistungstatbestand „erlebbar“ werden, anderenfalls steht am Ende der Schulzeit im Zweifel die Entscheidung, dass der „sichere“ Weg in die WfbM der Richtige ist. In NRW ist dies im Rahmen von STAR - Schule trifft Arbeitswelt - zur Integration (schwer-) behinderter Jugendlicher möglich. Das Angebot der der nordrhein-westfälischen Integrationsämter setzt drei Jahre vor der Schulentlassung an. Die von den Integrationsämtern beauftragten IFDs bieten Berufswegeplanungen an, führen Potentialanalysen und Berufsfelderkundungen durch, vermitteln betriebliche Praktika und leisten wertvolle Elternarbeit.
- 21 Interview mit potenziellem Anbieter auf Makroebene.
- 22 Vgl. § 15 WVO.
- 23 Interview mit potenziellem Anbieter auf Mesoebene.
- 24 Vgl. Anlage zur LVR (2015): „Modularisierung der Werkstattleistungen“, Vorlage 14/383, 10.03.2015.
- 25 Vgl. LVR (2015), a.a.O.
- 26 Interview mit potenziellem Anbieter auf Mesoebene.
- 27 Interview mit Leistungsberechtigtem auf Mikroebene.

Materialien des Netzwerks Persönliche Zukunftsplanung



„I want my dream!“

DOOSE, Stefan (2014):
„I want my dream!“ Persönliche Zukunftsplanung. Neue Perspektiven und Methoden einer personenzentrierten Planung mit Menschen mit und ohne Beeinträchtigung. Buch mit umfassendem Materialenteil.
24,90 €



Kartenset

NETZWERK PERSÖNLICHE ZUKUNFTSPLANUNG (2014):
Kartenset „Persönliche Zukunftsplanung“: Lebensstil-Karten, Hut-Karten, Dreamcards. Die Kartensets sind eine einfache Möglichkeit eine Person in ihrer Lebenssituation kennen zu lernen. Sie werden oft in Kombination mit dem Buch „I want my dream“ verwandt.
Kartenset: 24,90 €
Kombination: Buch „I want my dream!“ und Kartenset 39,90 €



Käpt'n Life

DOOSE, Stefan; EMRICH, Carolin; GÖBEL, Susanne (2014):
Käpt'n Life und seine Crew. Ein Planungsbuch zur Persönlichen Zukunftsplanung.
24,90 € mit Ringbindung
29,90 € als Ordner mit herausnehmbaren Seiten



Gut Leben

EMRICH, Carolin; GROMANN, Petra; NIEHOFF, Ulrich (2012):
Gut Leben. Persönliche Zukunftsplanung realisieren - ein Instrument.
29,50 €



Zukunftsplanung

KRUSCHEL, Robert / HINZ, Andreas (2015):
Zukunftsplanung als Schlüsselement von Inklusion. Praxis und Theorie personenzentrierter Planung.
19,90 €



Personenzentriertes Denken

SANDERSON, Helen & GOODWIN, Gill (2013):
Minibuch - Personenzentriertes Denken. Dt. Übersetzung Stefan Doose, Susanne Göbel, Oliver Koenig
5,00 €



Neue Wege zur Inklusion

HINZ, Andreas, FRIESS, Sabrina, TÖPFER, Juliane (2012):
Neue Wege zur Inklusion - Zukunftsplanung in Ostholstein. Inhalte - Erfahrungen - Ergebnisse.
10,00 €



Plakat

O'BRIEN, John (2011):
Fünf wertgeschätzte Erfahrungen
Dt. Übersetzung Sandra Fietkau
Plakat (2-seitig)
DIN A3: 0,50 € / 20 Stk. 5,00 €
DIN A2: 1,00 € / 10 Stk. 5,00 €

Über die Homepage des Netzwerks Persönliche Zukunftsplanung können Sie Bücher und Arbeitsmaterial bestellen:

<https://www.persoeliche-zukunftsplanung.eu/materialien/material-bestellung.html>

Der Versand erfolgt über die BAG UB gegen Rechnung zzgl. Porto und Verpackung.

Bei Fragen zu Ihrer Bestellung, wenden Sie sich bitte direkt an die BAG UB unter bestellung@bag-ub.de.

