

# **Innovation der Bedarfsermittlung**

**Matthias Schmidt-Ohlemann**

**Landesarzt für Körperbehinderte**

**Dt. Vereinigung für Rehabilitation**

**Ltd. Arzt der Refafachdienste Stiftung kreuznacher diakonie i.R.**

***Fachtag 20 Jahre Transfer***

**Das Bundesteilhabegesetz, eine Chance zur sozialen Innovation**

**28.02.2020 10:00 bis 16:30**

**Lindenhof, Wittlich, Rheinland-Pfalz**

# Bedarfsermittlung ist Teil des gesamten Rehabilitationsprozesses

(vgl. dazu GE Rehaprozess der BAR 2019)

1. Der Rehaprozess umfasst
  1. Die Bedarfserkennung (§ 12 SGB IX,
  2. Den Antrag (Antragserfordernis) (Hinweis: Amtsermittlung und Meistbegünstigung)
  3. Die Zuständigkeitsklärung (Leistender Rehaträger § 14, §§ 19ff SGB IX)
  4. **die Bedarfsermittlung (§§ 13, 118)**
  5. **die Bedarfsfeststellung**
  6. Die Teilhabeplanung einschl. der Gesamtplanung (§§ 19ff, 117
  7. Die Leistungsentscheidung (auf der Basis des Antrages, des Teilhabe oder des Gesamtplanes)
  8. Die Umsetzung des Teilhabe und Gesamtplanes
  9. Abschluss der Umsetzung und Nachgehende Leistungen (Ggf. Bedarfserkennung, Bedarfsermittlung neu!)
2. Das BTHG regelt die Bedarfsermittlung in § 13 i.V. m. 14 SGB IX trägerübergreifend und nach einheitlichen Kriterien abweichungsfest. (§ 7 Abs. 2 SGB IX)
3. Die Bedarfsermittlung wird durch § 13 i.V.m. § 14 SGB IX sowie ggf. § 118 SGB IX inhaltlich umfassend normiert.
4. Diese konkreten und umfassenden Regelungen im BTHG auf der Basis des biopsychosozialen Modells bedeuten insofern eine Innovation, auch wenn schon vorher die Träger zur funktionsbezogenen Bedarfsermittlung verpflichtet waren.

# Bedeutung der Bedarfsermittlung -1-

**Die Bedarfsermittlung ist der Schlüssel für den gesamten Rehaprozess.**

**Sie bildet die Grundlage für**

- Die Entscheidung über den Antrag
- Die Durchführung des Auswahlermessens (§ 36 Abs. 2 SGB IX)
- Die Beurteilung und Qualität der Leistung zur Erreichung der (individuellen) Rehazielen (§§ 13 Abs. 2 Nr. 3 i.V.m. § 37 SGB IX)
- Die Beurteilung der Wirksamkeit der Eignung der ausführenden Rehaeinrichtung bzw. des Dienstes (§ 28 Abs. 1 Nr. 3 SGB IX)
- **In der Bedarfsermittlung haben die Menschen mit (drohender) Behinderung die Chance, ihre Wünsche und Ziele für ihre Lebensführung zu artikulieren und damit den Rehaprozess für eine selbstbestimmte Teilhabe (mit) zu gestalten.**
- **Sie ist deshalb das zentrale Element zur Gestaltung personorientierter Rehaleistungen.**

## Bedeutung der Bedarfsermittlung -2-

- Durch eine umfassende Bedarfsermittlung sollen **Hilfen wie aus einer Hand**, zumindest abgestimmt zwischen den Rehaträgern möglich werden.
- **Die Ergebnisse der Bedarfsermittlung der betreuten Klientel sind zudem für Einrichtungen und Dienste von zentraler Bedeutung, weil nur durch eine Aggregation aller Bedarfe Aussagen zu Art und Umfang der Leistungen möglich werden, die durch Einrichtungen und Dienste einer Region vorzuhalten bzw. zu erbringen sind. Damit wird die Gestaltung von Diensten und Einrichtungen auf das Individuum ausgerichtet und eine Orientierung an Einrichtungs- bzw. Institutionslogiken vermieden. Dies spiegelt sich dann in den Leistungsvereinbarungen**
- Da die Bedarfsermittlung an der Person orientiert ist, sollten sich aus der Summe der Bedarfe auch Konsequenzen für die Rehaträger sowie die Leistungserbringer ergeben, **die Leistungsangebote vorzuhalten oder zu schaffen, die zur Bedarfserfüllung benötigt werden. Die Verantwortung dafür hat der Gesetzgeber in § 36 Abs. 1 SGB IX festgelegt:**  
**„Die Rehabilitationsträger wirken gemeinsam unter Beteiligung der Bundesregierung und der Landesregierungen darauf hin, dass die fachlich und regional erforderlichen Rehabilitationsdienste und -einrichtungen in ausreichender Anzahl und Qualität zur Verfügung stehen. Dabei achten die Rehabilitationsträger darauf, dass für eine ausreichende Anzahl von Rehabilitationsdiensten und -einrichtungen keine Zugangs- und Kommunikationsbarrieren bestehen. ...“**
- **Bedarfsermittlungen bedeuten für die Kostenträger sowohl Chancen als auch ein Risiken: Die Kosten können steigen oder sinken. (Ziel: Dynamik brechen)**

# Behinderungsbegriff

## § 2 Abs 1 SGB IX Begriffsbestimmungen

- Menschen mit Behinderungen sind Menschen, die langfristige körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, welche sie in Wechselwirkung mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren an der gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft hindern können.
  - Eine Beeinträchtigung nach Satz 1 liegt vor, wenn der Körper- und Gesundheitszustand von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht.
  - Langfristig ist eine Beeinträchtigung, die mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate andauert.
  - Menschen sind von Behinderung bedroht, wenn eine Beeinträchtigung nach Satz 1 zu erwarten ist.
- 
- ➔ Umsetzung von Art 1 UN-BRK
  - ➔ Grundlage ist das biopsychosoziale Modell, das der ICF zu Grunde liegt.
  - ➔ Achtung: Nur das biopsychosoziale Modell enthält die Beschreibung der Gesundheitsstörung als (in der ICD 10 zu kodierenden) Diagnose, die ICF nicht.

# Wechselwirkungen zwischen den Komponenten der ICF



# Instrumente zur Ermittlung des Rehabedarfes (§ 13 SGB IX neu) 1

**„1) Zur einheitlichen und überprüfbaren Ermittlung des individuellen Rehabilitationsbedarfs verwenden die Rehabilitationsträger systematische Arbeitsprozesse und standardisierte Arbeitsmittel (Instrumente) nach den für sie geltenden Leistungsgesetzen. Die Instrumente sollen den von den Rehabilitationsträgern vereinbarten Grundsätzen für Instrumente zur Bedarfsermittlung nach § 26 Abs. 2 Nr. 7 entsprechen.“**

- Die unmittelbare Anwendung der ICF mit ihren Items ist nicht zwingend, der neue Behinderungsbegriff und somit das biopsychosoziale Modell sind aber zu beachten.**
- Ein Fehlgebrauch der ICF im Sinne der Ansammlung einzelner Items statt einer umfassenden Betrachtung unter Beachtung des vollständigen bio-psycho-sozialen Modells der WHO ist zu befürchten und leider z.T. auch zu beobachten.**
- Der Individualität und Selbstbestimmung und sozialen Lebenswirklichkeit insgesamt kann nur in einem diskursiven Verfahren Rechnung getragen werden (vgl. DVfR 2017)**
- Die ICF hilft, diesen zu strukturieren und v.a. systematisch zu dokumentieren.**
- Die ICF ist kein Assessmentinstrument. Ihre Qualifikatoren sind messtheoretisch nicht begründet, z.B. im Sinne äquidistinkter Abstände (erheblich...), und lassen deshalb keine quantifizierbaren Aussagen zu. (Vgl. ISG/Transfer-Studie zu § 99 SGB IX)**
- Möglich sind hingegen qualitative sprachlich formulierbare Aussagen zu den Items.**
- Aus der Beschreibung mittels der ICF lassen sich keine Leistungsentscheidungen unmittelbar ableiten.**

# Instrumente zur Ermittlung des Rehabedarfes (§ 13 SGB IX neu) 2

„(2) Die Instrumente nach Absatz 1 Satz 1 gewährleisten eine individuelle und funktionsbezogene Bedarfsermittlung und sichern die Dokumentation und Nachprüfbarkeit der Bedarfsermittlung, indem sie insbesondere erfassen,

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

- *Diese Bestimmungen sind für das gesamte Bedarfsfeststellungsverfahren bindend.*
- *Dies gilt auch für die Begutachtung.*
- *Daraus folgt ein Rechtsanspruch des Betroffenen auf eine Beurteilung, die sämtliche Schritte nach Abs. 2 umfasst.*
- *Daraus folgt ein Rechtsanspruch auf angemessene Berücksichtigung der Kontextfaktoren bei der Ermittlung des Unterstützungsbedarfes*
- *Der Anspruch auf umfassende BE ergibt sich aus § 14 SGB IX.*
- *Jede individuelle Bedarfsermittlung muss sich daran messen lassen, ob diese 4 Schritte vollumfänglich erfüllt sind. Durch die Verpflichtung auf den neuen Behinderungsbegriff und damit das biopsychosoziale Modell gehört dazu auch die Ermittlung der Gesundheitsstörung (ICD 10) und der Beeinträchtigungen auf der Struktur- und Funktionsebene sowie der Kontextfaktoren und nicht nur der Aktivitäten und der Teilhabe.*
- *Dem werden zahlreiche Bedarfsermittlungsverfahren noch nicht gerecht.*



## **§ 118 Instrumente der Bedarfsermittlung in der Eingliederungshilfe**

**(1) „Der Träger der Sozialhilfe hat die Leistungen nach den Kapiteln 3-6 unter Berücksichtigung der Wünsche des Leistungsberechtigten festzustellen. Die Ermittlung des individuellen Bedarfes erfolgt durch ein Instrument, das sich an der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit orientiert. Das Instrument hat die Beschreibung einer nicht nur vorübergehenden Beeinträchtigung der Aktivität und Teilhabe in den folgenden Lebensbereichen vorzusehen:**

- 1. Lernen und Wissensanwendung,**
- 2. allgemeine Aufgaben und Anforderungen,**
- 3. Kommunikation,**
- 4. Mobilität,**
- 5. Selbstversorgung,**
- 6. häusliches Leben,**
- 7. interpersonelle Interaktionen und Beziehungen,**
- 8. bedeutende Lebensbereiche und**
- 9. Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben.**

**(2) Die Landesregierungen werden ermächtigt, durch Rechtsverordnung das Nähere über das Instrument zur Bedarfsermittlung zu bestimmen.“**

**→ Orientierung, nicht Anwendung. Nicht nur Aktivitäten und Teilhabe!!**

# Bedarfsermittlung und Bedarfsfeststellung (Kap. 3 GE RP BAR)

Die Bedarfsermittlung wird durch die Gemeinsame Empfehlung der BAR zum Rehaprozess konkretisiert.

- „Die Bedarfsermittlung schafft die notwendigen inhaltlichen Grundlagen für die Bedarfsfeststellung.
- Sie umfasst die inhaltliche Ermittlung des individuellen Rehabilitationsbedarfs und folgt in der Regel auf die Zuständigkeitsklärung.
- Die Rehabilitationsträger setzen dabei Instrumente der Bedarfsermittlung nach § 13 SGB IX ein, die gemeinsamen Grundsätzen entsprechen (vgl. Abschnitt 3).
- Für die Träger der Eingliederungshilfe gelten ergänzend die Grundsätze zu den Instrumenten der Bedarfsermittlung nach § 118 SGB IX.
- **Die Bedarfsfeststellung ist die entscheidungsvorbereitende formale Konkretisierung eines bestehenden individuellen Rehabilitationsbedarfes und damit die Basis für die Entscheidung über die von einem Antrag umfassten Leistungen.**
- **Die Bedarfsfeststellung kann dem Antragsteller bzw. Leistungsberechtigten getrennt vom Leistungsbescheid mitgeteilt werden.“**

# Umfassende Bedarfsermittlung und –feststellung GE § 26

- **„Umfassende Bedarfsfeststellung iSd § 14 Abs. 2 SGB IX bedeutet insbesondere, dass der individuelle Bedarf im Hinblick auf alle Leistungen und Rechtsgrundlagen des Rehabilitationsrechts festgestellt wird, die in der konkreten Bedarfssituation überhaupt in Betracht kommen.**
- **Dabei werden insbesondere auch solche Leistungen in den Blick genommen, für die der leistende Rehabilitationsträger nach seinem jeweiligen Leistungsgesetz nicht zuständig ist, einschließlich solcher Leistungen, für die er nach § 6 SGB IX nicht Rehabilitationsträger sein kann.**
- Um auch bezüglich solcher Bedarfe die Feststellung zu ermöglichen, ist die Beteiligung anderer Rehabilitationsträger nach § 15 SGB IX vorgesehen.
- **Die der umfassenden Bedarfsfeststellung vorausgehende Bedarfsermittlung ist entsprechend ausgerichtet und wird demgemäß soweit erforderlich insbesondere trägerübergreifend und interdisziplinär gestaltet.“**

# Umfassende Bedarfsermittlung und –feststellung GE § 26: Fragen

Zum Begriff der umfassenden BE ergeben sich folgende Fragen:

1. Bedeutet umfassende Bedarfsermittlung nach §13 eine Begrenzung nur auf Rehaleistungen?
2. Bedeutet umfassende Bedarfsermittlung nicht auch die Ermittlung aller Sachverhalte, die eine Beeinträchtigung der Teilhabe bedeuten und insofern eine Rehaleistung erfordern könnten. Erst wenn alle teilhaberelevanten Sachverhalte ermittelt sind, kann entschieden werden, ob dafür Rehaleistungen in Betracht kommen oder gerade nicht, weil andere Sozialleistungsträger oder der Klient selbst oder andere, z.B. die Familie, zuständig sind.
3. Ist die Zuständigkeitsklärung nur auf die Prüfung der Zuständigkeit der Rehaträger untereinander bezogen oder auch zur Klärung der Nichtzuständigkeit und damit zur Verweisung an andere Sozialleistungsträger oder andere Akteure, hier insbesondere im Hinblick auf Krankenbehandlung, Pflege, Leistungen des Arbeitgebers, des Sozialraumes etc.? Liegt z.B. eine teilhabebeeinträchtigende Depression vor, kann sich die Frage auch im Rahmen der BE der Eingliederungshilfe stellen, ob ein Bedarf an Krankenbehandlung besteht.
4. Umfasst die BE auch solche Bedarfe an Nichtrehaleistungen, z.B. der Krankenbehandlung, für deren Inanspruchnahme Unterstützungsleistungen erforderlich sind, z.B. bei Nichtausreichen der Soziotherapie persönliche Assistenz zur Organisation der Arzttermine, wenn dies dem Klienten aus eigener Kraft nicht möglich ist.
5. Wie umfangreich müssen bei der BE die Kontextfaktoren erfasst werden, weil hier ein Änderungsbedarf gegeben sein kann, um die selbstbestimmte Teilhabe zu verbessern?

# **Exkurs: Gesundheit und Krankheit : Leistungen der Gesundheitssorge als Teilhabeleistungen**

- **Sämtliche Bedarfsermittlungsinstrumente der Eingliederungshilfe vernachlässigen den Bedarf an Unterstützungsleistungen zur Bewältigung von Krankheiten und zur Erhaltung der Gesundheit. (vgl. DVfR 2018)**
- **Daraus resultiert eine systematische Unterschätzung des Bedarfes an gesundheitsbezogenen Unterstützungsleistungen und dadurch eine Unterinanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitswesens (z.B. fachärztlich, therapeutische Behandlung, Hilfsmittelversorgung etc.)**
- **Dies hat u.a. folgende Gründe:**
  - **Unterschätzung des Bedarfes an Unterstützungsleistungen bei Krankheit**
  - **Überforderung, aber auch oft Aversion pädagogischer Mitarbeiter gegenüber der Befassung mit z. T. massiven krankheitsbedingten Problemen im Alltag auf Grund eines begrenzten beruflichen Selbstverständnisses.**
  - **Fälschliche Zuordnung von Unterstützungsleistungen zu den gesetzlichen Betreuern**
  - **Unkenntnis des Leistungsspektrums der Gesundheitsversorgung und seiner Limitierungen**
- ➔ **Inwieweit aber handelt es sich um Leistungen der Eingliederungshilfe, die bei der Bedarfsermittlung zu berücksichtigen sind? Dazu bedarf es einer konzeptionellen Reflexion auf die Gesundheitssorge.**

# Gesundheitssorge bei Menschen mit Behinderung

- **Grundlage einer Behinderung ist stets eine Gesundheitsstörung (Krankheit), die ggf. selbst der Behandlung bedarf.**
- **Menschen mit Behinderungen weisen generell eine deutlich erhöhte Morbidität und entsprechende Behandlungsbedarfe auf.**
- **Die Bewältigung von Krankheiten hat für Menschen mit Behinderung in vielen Fällen eine herausragende Bedeutung für die Lebensführung.**
- **Unter Gesundheitssorge soll alles das verstanden, was ein Bürger selbst zur Erhaltung seiner Gesundheit und zur Bewältigung und Behandlung seiner Erkrankungen im Rahmen des sozialstaatlichen Subsidiaritätsprinzips beizutragen hat.**
- **Dabei ist er, je individuell unterschiedlich, auf Unterstützung seines sozialen Umfeldes (psN) angewiesen und nimmt diese als selbstverständlichen Bestandteil seines Lebens in Anspruch.**
- **Zur Gesundheitssorge gehören nicht die die professionellen Leistungen im Rahmen der Krankenbehandlung, der Pflege, der med. Reha oder der Prävention.**
- **Menschen mit Behinderungen können häufig aus eigener Kraft die Gesundheitssorge für sich nicht oder nicht ausreichend sicherstellen. Sie benötigen dazu Assistenz. Dies gilt v.a f. Menschen mit kognitiven, neuropsychologischen oder seelischen Beeinträchtigungen.**

# Gesundheitssorge von Menschen mit Behinderung

Zur Gesundheitssorge gehören u.a.

- eine gesunde Lebensführung,
  - das rechtzeitige Bemerkens von Krankheitsanzeichen,
  - eine krankheitsadäquates Verhalten (Bettruhe) einschl. Sicherstellung der Versorgung ggf. auch im Krankenhaus, soweit diese nicht durch das Krankenhaus erfolgt.
  - die bedarfsgerechte Inanspruchnahme von Leistungen der Gesundheitsversorgung (Arzttermin)
  - die Befolgung ärztlicher, therapeutischer und pflegerischer Anordnungen (z. B. Besorgung und Einnahme von Medikamenten)
  - Die Durchführung von Eigenübungen,
  - die Anwendung von Hilfsmitteln
  - die Antragstellung auf Leistungen und Erledigung damit zusammenhängender organisatorischer Aufgaben (Transportgenehmigung)
  - die Bereitstellung entsprechender finanzieller Mittel (Eigenanteile, Zuzahlungen etc.)
  - Die Sicherstellung der Beförderung zu Einrichtungen und Diensten des Gesundheitswesens
- ➔ Diese Leistungen machen in vielen Fällen einen erheblichen Teil der Assistenzleistungen aus. Sie sind jedoch in den meisten BEI nur als Selbstversorgung, allenfalls summarisch unter d 570 zu erfassen.

# Zur Durchführung der Bedarfsermittlung

- **Krankenkassen, Rentenversicherung sowie teilweise auch die Unfallversicherung und die Bundesagentur für Arbeit delegieren die BE im Rahmen festgelegter Verfahren und Instrumente mehr oder weniger an andere Systeme, v.a. die vertragsärztliche Versorgung (Muster 61) sowie die Krankenhausbehandlung (Antrag Anschlussreha). Sie können deshalb die Qualität der BE und die Beteiligung der Betroffenen nur sehr begrenzt sicherstellen.**
- **In der Eingliederungshilfe erfolgt die BE durch ein Bedarfsermittlungsgespräch mit dem Rehaträger oder bei den Leistungserbringern, hier oft in Verbindung mit der Gesamtplanung unter Nutzung länderspezifischer Vorgaben (Instrumente i.e.S.) sowie durch Auswertung weiterer Unterlagen (Befundberichte, Förderpläne etc.)**
- **In der Kienbaumstudie zur Implementierung von Instrumenten der BE (12/2019), die allerdings keine Aussagen zur Eingliederungshilfe machen konnte, wurde festgestellt, dass die BE sich vorrangig auf den Antragsinhalt, nicht jedoch auf die gesamte Lebenssituation und somit andere Rehabedarfe bezieht. Damit wird das Ziel einer umfassenden BE noch nicht erreicht.**
- **Dies gilt auch noch überwiegend für die Eingliederungshilfe, die zwar versucht, mögliche andere Leistungen und Träger zu berücksichtigen, jedoch dies in der Bedarfsermittlung meist noch nicht konkret umsetzen kann. (s.u.)**



# **Umfassende Bedarfsermittlung innerhalb enger Fristen**

- **Nach § 14 Abs. 2 hat der leistende Rehaträger den Bedarf innerhalb von 3 Wochen festzustellen, sofern kein Gutachten benötigt wird.**
- **Ist ein Gutachten erforderlich, hat die Bedarfsfeststellung 2 Wochen nach der Vorlage des Gutachtens zu erfolgen.**
- **Im „Massengeschäft“ der GKV, RV und BA ist eine umfassende Bedarfsermittlung innerhalb dieser Fristen kaum möglich.**
- **Andererseits ist eine Entscheidung, z.B. über eine medizinische Rehabilitation oft eilig.**
- **In der Praxis unterbleibt deshalb in diesen Fällen meist eine umfassende BE, die Bedarfe an Leistungen anderer Rehaträger aufzeigen könnte.**
- **Der leistende Rehaträger sichert durchgängig das Verfahren und bleibt deshalb für die BE verantwortlich, wenn im weiteren Rehaveverlauf, z.B. während einer med. Rehamaßnahme, weitere Bedarfe erkannt werden. Er ist dann dafür zuständig, dass die entsprechenden Leistungen beantragt werden.**
- **Dies ist z. Zt. nicht durchgängig gesichert. Oft wird z.B. nach einer med. Rehamaßnahme das weitere Verfahren an den Hausarzt bzw. den Rehabilitanden delegiert, ggf. versehen mit Empfehlungen zum weiteren Vorgehen.**

# **Bedarfsermittlung umfasst zwingend eine Zielbestimmung für Rehaleistungen**

- Die Zielbestimmung erweist sich in der Praxis als oft komplex und höchst anspruchsvoll.**
- In den meisten Bedarfsermittlungsinstrumenten wird mehr oder weniger differenziert danach gefragt, wie der Mensch leben möchte, was ihn dabei unterstützt oder hindert.**
- Das ist für alle Bürger oft spontan gar nicht ohne weiteres zu beantworten.**
- Deshalb ist hier eine strukturierte Unterstützung erforderlich, die mögliche Ziele anbietet.**
- Hierzu werden Aktivitäten und Teilhabe in den verschiedenen Lebensbereichen der ICF herangezogen.**
- Häufig kommen jedoch auch Ziele zur Verbesserung der Körperfunktionen in Betracht, die nur dann ins Bewusstsein geraten, wenn die Beeinträchtigungen auf der Funktionsebene selbst umfassend erhoben wurden. Dies wird bei der med. Rehabilitation weitgehend berücksichtigt, fehlt jedoch in der Eingliederungshilfe weitgehend. Diesen Ansatz verfolgt mit der notwendigen Tiefe nur das BEI Baden-Württemberg. Werden Funktionsbeeinträchtigungen nicht erhoben, kann auch ihre Veränderbarkeit durch Rehaleistungen nicht ermittelt werden. Funktionsbeeinträchtigungen sind in der Regel von Ärzten oder Therapeuten zu beschreiben. (Anders BaWÜ!)**
- Damit behinderte Menschen für sich Ziele entwickeln können, sind sie auf einen diskursiven Prozess angewiesen, der ihre Biographie, ihre Lebensqualität, ihre Behinderungs- und Krankheitslast und ihr Leiden sowie ihre Gesundheit etc. berücksichtigt. Dies ist mit der ICF nicht möglich. So können mittels der ICF auch keine subjektiven Befindlichkeiten, Kausalitäten oder Prognosen abgebildet werden. Gefahr der instrumentellen Betrachtungsweise der Lebensführung.**

# Zur Qualität der Bedarfsermittlung

- **§ 13 spricht von Zielen, die mit Leistungen zur Teilhabe erreicht werden können. Das setzt voraus, dass auch alle möglichen Leistungen zur Teilhabe berücksichtigt werden. Das setzt bei den Diskurspartnern umfassende Kenntnisse des Leistungsrechts aller Rehaträger voraus. Diese sind aber nicht durchgängig vorhanden.**
- **Geht es um die Frage, wie will ich mein Leben führen, und zwar mit meinen Möglichkeiten, Ressourcen und Beeinträchtigungen, bedarf es besonderer Kompetenzen der Diskurspartner. Diese umfassen einerseits eine angemessene Kommunikationskompetenz z.B. leichte Sprache, und zugleich die Beherrschung einer Art Lebensführungshermeneutik! (Vgl. Volz zu ethischen Grundlagen sozialer Arbeit) auch zur Berücksichtigung des biographischen und lebensweltlichen Hintergrundes. Dessen subjektive Bedeutung kann über die Kontextfaktoren nur oberflächlich erfasst werden.**
- **Ein Bedarfsermittlungsgespräch mit Vertretern der Rehaträger wird diese Ansprüche an einen Zielfindungsprozess nicht umfassend erfüllen können. Hier spielen die primären Bezugspersonen (z.B. Familie, Freunde) und vor allem die sekundären Bezugspersonen, d.h. die Erzieher, Pflegekräfte und anderen Assistenzkräfte eine entscheidende Rolle. Deshalb ist deren Beteiligung an der Zielfindung immer dann unverzichtbar, auch wenn es sich um Vertreter der Leistungserbringer handelt, wenn der Betroffene sich dazu nicht ausreichend selbst sprachlich äußern kann oder er nicht in der Lage ist, Wünsche für sich zu artikulieren.**
- **Deshalb ist zu empfehlen, dass die Bedarfsermittlung auch ggf. vorbereitend oder begleitend von denen mit durchgeführt wird, denen die Betroffenen vertrauen und mit denen sie vertraut sind. Sie sind deshalb nicht auszuschließen, ggf. ist ihre (Vor)Arbeit als Sachvortrag vom Rehaträger zu berücksichtigen.**

# Qualität der Bedarfsermittlung – weitere Aspekte

- **Offen bleibt, wie weit die Bedarfsermittlung geht, wenn sie die Leistungen ermitteln soll, die im Rahmen einer Prognose zur Erreichung der Ziele voraussichtlich erfolgreich sind. Denn die Ausgestaltung der Leistungen erfolgt in der Teilhabe- bzw. Gesamtplanung.**
- **Wichtig ist, dass bei der Gesamtplanung und der Teilhabeplanung die umfassende Beteiligung des Betroffenen gewährleistet und und dass sinnfällig ist, wie die Ergebnisse der BE und der Gesamtplanung aufeinander bezogen sind. Dabei erscheinen die Zusammenfassungen der BE nach Lebensbereichen bzw. der ICF eigentümlich abstrakt. (Anders der bisherige Aktionsplan im THP RLP)**
- **Ferner ist zu gewährleisten, dass bei unterschiedlichen Bedarfseinschätzungen zwischen Klient und Experte Transparenz der Unterschiede hergestellt wird (dies wird in der Regel vorgesehen) und auch, welche Sichtweise den Ausschlag für die Teilhabeplanung gibt.**
- **Für die Betroffenen ist die Bedarfsermittlung und die Teilhabe- bzw. Gesamtplanung eine enorme Herausforderung: inhaltlich, zeitlich, emotional. Eine Begleitung und umfangreiche Vorbereitung ist vielfach zwingend erforderlich. Vielfach ist eine Überforderung der Betroffenen festzustellen.**
- **Es wird berichtet, dass z.T. die Bögen unmittelbar als Gesprächsgrundlage verwendet werden: Dazu sind sie nicht geeignet. Sie sollen vor allem das Ergebnis systematisch dokumentieren.**

# Fazit

- **Die Bedarfsermittlung ist das zentrale Element im Teilhaberecht und in der Praxis der Rehabilitation.**
- **Sie eröffnet enorme Chancen, ist aber aufwändig und anspruchsvoll.**
- **Sie fordert hohe personelle Kapazitäten und Qualifizierung der Experten**
- **Die Entwicklung von Instrumenten und Verfahren steht noch am Anfang.**
- **Entscheidend ist die Gewährleistung eines diskursiven Prozesses auf Augenhöhe: Das Bedarfsermittlungsgespräch ist das zentrale Element und bedarf der fachkundigen Gestaltung einschl. umfangreicher Vorbereitungen mit dem Klienten. Nur dies sichert seine Teilhabe am Prozess.**
- **Es besteht die Gefahr der Formalisierung und des Fehlgebrauches der ICF: Die Instrumente dürfen den Prozess nicht dominieren sondern sollen ihn nur fachlich und rechtlich absichern**
- **Zum Umfang der Bedarfsermittlung besteht Diskussionsbedarf**
- **Fragen der Gesundheitssorge sind bislang unzureichend berücksichtigt.**
- **Der Zusammenhang zwischen BE und Gesamt- Teilhabeplanung und der dann folgenden praktischen Umsetzung ist noch klärungsbedürftig.**
- **Transfer leistet einen wichtigen Beitrag zur Entwicklung der Bedarfsermittlung und v.a. auch zur Qualifikation der Akteure.**
- **Dafür herzlichen Dank!**

**Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit !**

**Kontakt:**

**Dr. med. Matthias Schmidt-Ohlemann**

**Pestalozzistr. 5**

**55543 Bad Kreuznach**

**Tel. 0170/7936906**

**[Matthias.Schmidt.Ohlemann@googlemail.com](mailto:Matthias.Schmidt.Ohlemann@googlemail.com)**

# Aktivitäten und Teilhabe: Lebensbereich Selbstversorgung

## ICF d 570 „Auf seine Gesundheit achten“ 1

**d 570** Für physischen Komfort, Gesundheit sowie für physisches und mentales Wohlbefinden zu sorgen, wie eine ausgewogene Ernährung und ein angemessenes Niveau körperlicher Aktivität aufrecht erhalten, sich warm oder kühl halten, Gesundheitsschäden vermeiden, sicheren Sex praktizieren einschließlich Kondome benutzen, für Impfschutz und regelmäßige ärztliche Untersuchungen sorgen. Inkl. Für physischen Komfort sorgen, Ernährung und Fitness handhaben; die eigene Gesundheit erhalten

### **d5700 Für seinen physischen Komfort sorgen**

Auf sich selbst zu achten, indem man für eine bequeme Körperposition, eine angenehme Körpertemperatur und geeignete Beleuchtung sorgt und man sich über diese Notwendigkeit im Klaren ist;

### **d 5701 Ernährung und Fitness handhaben**

Auf sich selbst zu achten, indem man gesunde Lebensmittel auswählt und verzehrt, sich körperlich fit hält und man sich über diese Notwendigkeit im Klaren ist; physischen Komfort sorgen; Ernährung und Fitness h

# **Aktivitäten und Teilhabe: Lebensbereich Selbstversorgung**

## **ICF d 570 „Auf seine Gesundheit achten“ 2**

### **d 5707 Seine Gesundheit erhalten**

Auf sich selbst zu achten, indem man das tut, was die eigene Gesundheit erfordert, und zwar im Hinblick auf Gesundheitsrisiken und Krankheitsverhütung, und man sich über diese Notwendigkeit im Klaren ist. Hierzu gehören professionelle Hilfe in Anspruch nehmen, medizinischem oder anderem gesundheitlichem Rat folgen, Gesundheitsrisiken vermeiden wie körperliche Verletzungen, ansteckende Krankheiten, Drogeneinnahme und sexuell übertragbare Krankheiten handhaben; die eigene Gesundheit erhalten;

### **d 5708 Auf seine Gesundheit achten, anders bezeichnet**

➔ **Alltägliche praktische Lebensvollzüge, die auf Gesundheit und Krankheit bezogen sind.**



# Beispiele für TSK in der Behindertenhilfe

## Teilhabermöglichende Lokomotion – hier Transfer

Transfer über den Stand durch eine vertraute Person = Voraussetzung ubiquitärer Transfermöglichkeit  
= Voraussetzung für Teilhabe.

Problemlösungsbedarfe/ -möglichkeiten dazu u.a.

- Schuhe/Socken/Fußbelastung
- Angst
- Kinästhetik
- Ausreichende Streckfähigkeit der Knie- und Hüftgelenke
- Ergonomie der Hilfsmittel (Bett, Rollstuhl etc.)
- Sturzprophylaxe /Sicherheit
- OP
- Botulinum
- KG nach Bobath

Wenn Transfer über Lifter, dann durch eine Person!