

**Positionspapier der DVfR zur Umsetzung des Bundesteilhabegesetzes (BTHG):**

**„Zum Verfahren der Bedarfsermittlung und -feststellung in der Praxis und zur Bedeutung von § 13 SGB IX“**

*Beschlossen vom Hauptvorstand der DVfR am 16.10.2018*

I. Einleitung .....	2
II. Zur Gestaltung der Bedarfsermittlung in der derzeitigen Praxis.....	3
1. Zum Ablauf der Bedarfsermittlung in der Praxis: Delegation und Verantwortung des leistenden Rehabilitationsträgers.....	3
2. Bedarfsermittlung zur Klärung der Zuständigkeit ggf. mehrerer Träger durch die Bedarfsermittlung nach Antragseingang .....	7
3. Bedarfsermittlung in der Praxis während der Rehabilitationsleistung und Abschluss der Bedarfsermittlung durch Bedarfsfeststellung und Teilhabe-/Gesamtplanung in der Verantwortung des leistenden Rehabilitationsträgers .....	8
III. Hinweise der DVfR zur Gestaltung der Bedarfsermittlung .....	11
1. Zur Bedeutung und Umsetzung des § 13 SGB IX.....	11
2. Instrumente, Arbeitsmittel und Arbeitsprozesse .....	12
3. Zur Umsetzung des § 13 Absatz 2 SGB IX.....	14
4. Bedarfsermittlung: Fokussierung vs. umfassende Bedarfsermittlung, einzeitiges vs. mehrzeitiges Vorgehen.....	15
5. Weitere Aspekte: Beauftragung von Sachverständigen, Erstellung von Gutachten, multi-/interdisziplinäre Bedarfsermittlung.....	17
6. Zu Inhalten der Bedarfsermittlung: Bezeichnung der Schädigungen und Gesundheitsversorgung: Comorbidität und Gesundheitsvorsorge .....	18
IV. Zusammenfassung.....	18
Über die DVfR.....	19

## I. Einleitung

Das Positionspapier „Zur Umsetzung des BTHG: Zum Verfahren der Bedarfsermittlung und -feststellung in der Praxis und zur Bedeutung von § 13 SGB IX“ stellt weitere Arbeitsergebnisse aus dem Ausschuss der DVfR „Umsetzung des BTHG“ zur Diskussion und knüpft an bereits veröffentlichte Arbeitsergebnisse an.<sup>1</sup>

Anlass der Beschäftigung mit Verfahren der Bedarfsermittlung und -feststellung ist die Beobachtung vieler beteiligter Akteure, dass eine vollständige und umfassende Bedarfsermittlung und -feststellung unmittelbar nach Eingang eines Antrages auf eine Leistung zur Teilhabe nicht immer möglich ist, insbesondere nicht in den vom Gesetz vorgesehenen Zeiträumen. Zudem wird bezweifelt, dass eine vollständige und umfassende Bedarfsermittlung vor einer Rehabilitationsleistung durchgeführt werden kann bzw. sollte: Dem stehe schon die hohe Zahl von Rehabilitationsanträgen entgegen, v. a. im Bereich der medizinischen Rehabilitation. Des Weiteren sei eine vollständige und umfassende Bedarfsermittlung auch nicht immer notwendig, um zu einer sachgerechten Entscheidung bzgl. der beantragten Leistung, z. B. einer Leistung der Anschlussrehabilitation, zu kommen. Schließlich sollte oft das Ergebnis der Rehabilitation abgewartet werden, bevor - je nach verbleibenden Beeinträchtigungen - ggf. weitere Bedarfe an Leistungen zur Teilhabe ermittelt werden könnten.

Diesem Verständnis steht die Vorgabe des Gesetzgebers entgegen, wonach der Bedarf unverzüglich und umfassend vom zuständigen Rehabilitationsträger ermittelt und festgestellt (§ 14 Absatz 2 Satz 1 SGB IX) oder unverzüglich festgestellt wird, ob andere Rehabilitationsträger zuständig sind bzw. weitere Träger einbezogen werden müssen (§ 15 SGB IX). Ist das der Fall, gibt es detaillierte Vorgaben zum Verfahren der Teilhabeplanung. Aus dieser Pflicht können die Rehabilitationsträger nicht entlassen werden. Der Ausschuss „Umsetzung des BTHG“ der DVfR hat sich deshalb mit der Frage beschäftigt, wie gesetzeskonforme konkrete Lösungsmöglichkeiten aussehen könnten.

Ein weiterer Anlass der Beschäftigung mit Verfahren zur Bedarfsermittlung und -feststellung ist die Beobachtung, dass die Rolle von Stellungnahmen, Gutachten und sozialmedizinischen Beurteilungen meist externer Expertinnen bzw. Experten im Zusammenhang der Bedarfsermittlung nach §§ 13 bzw. 17 SGB IX gegenüber der Verpflichtung der Rehabilitationsträger, selbst den Bedarf zu ermitteln und festzustellen, oft unklar bleibt.

Schließlich bleibt entgegen der gesetzlichen Vorgabe (vgl. § 19 SGB IX einschließlich Begründung) in der Praxis vielfach offen,

- wie die Ergebnisse einer Teilhabeleistung im Hinblick auf die trotz Rehabilitationsleistung verbleibenden Beeinträchtigung der Teilhabe bei der Bedarfsermittlung und der nachfolgenden Teilhabeplanung berücksichtigt werden sollen,
- ob diese in eine auf den Antrag folgende Bedarfsermittlung noch einzubeziehen sind
- und wie eine entsprechende Teilhabeplanung und deren Umsetzung zu erfolgen hat.

Auch hier versucht der BTHG-Ausschuss der DVfR, einige Lösungsvorschläge zu unterbreiten.

Bei all dem ist der Intention des Gesetzgebers Rechnung zu tragen, dass es sich um ein durchgängiges Verfahren handelt, das den Betroffenen gegenüber wie aus einer Hand abläuft, und bei

---

<sup>1</sup> Vgl. die ICF-Stellungnahme der DVfR von 2017, abrufbar unter: [https://www.dvfr.de/fileadmin/user\\_upload/DVfR/Downloads/Stellungnahmen/DVfR-Stellungnahme\\_ICF-Nutzung\\_im\\_BTHG\\_bf.pdf](https://www.dvfr.de/fileadmin/user_upload/DVfR/Downloads/Stellungnahmen/DVfR-Stellungnahme_ICF-Nutzung_im_BTHG_bf.pdf) (zuletzt abgerufen am 11.10.2018).

welchem dem leistenden Rehabilitationsträger die Hauptverantwortung für den gesamten Prozess zugewiesen ist.

In diesem Zusammenhang ist auf § 19 Absatz 3 SGB IX zu verweisen. Demnach sichert der leistende Rehabilitationsträger auch nach einer Rehabilitationsleistung für die weitere Teilhabeplanung und Umsetzung des Teilhabeplans das Verfahren durchgehend und bleibt zuständig, bis ggf. ein anderer Rehabilitationsträger die Rolle des leistenden Trägers übernimmt oder das Ziel der Teilhabe erreicht ist, d. h. auch im Sinne der Fortschreibung.

In ersten Teil des Positionspapiers wird die derzeitige Praxis der Bedarfsermittlung und der daraus folgenden Schritte dargestellt und einer kritischen Würdigung unterzogen im Hinblick auf die Aufgaben des leistenden Rehabilitationsträgers, den Prozess und den Abschluss des Bedarfsermittlungsverfahrens. In zweiten Teil gibt die DVfR Hinweise zur Gestaltung der Bedarfsermittlung.

## **II. Zur Gestaltung der Bedarfsermittlung in der derzeitigen Praxis**

### **1. Zum Ablauf der Bedarfsermittlung in der Praxis: Delegation und Verantwortung des leistenden Rehabilitationsträgers**

Anliegen des Gesetzgebers ist es, dass bei Menschen mit (drohenden) Behinderungen frühzeitig ein Bedarf an Leistungen zur Teilhabe erkannt (§ 12 SGB IX), der Bedarf ermittelt (§ 13 SGB IX) und festgestellt sowie geklärt wird, wer zuständiger Leistungsträger ist (§ 14 SGB IX) und ob ggf. mehrere Leistungsträger für Leistungen zur Teilhabe in Betracht kommen (§ 15 SGB IX). Ferner ist bei Beteiligung mehrerer Leistungsträger ein Teilhabeplan aufzustellen (§ 19 SGB IX) und ggf. eine Teilhabeplankonferenz durchzuführen (§ 20 SGB IX). Sofern der Träger der Leistungen ein Träger der Eingliederungshilfe ist, führt dieser ein Gesamtplanverfahren nach §§ 117 ff. SGB IX durch, bei mehreren Rehabilitationsträgern als Teil des Teilhabeplanverfahrens. Ist der antragsannahmende Rehabilitationsträger allein zuständig, führt er die Bedarfsermittlung unverzüglich durch und entscheidet innerhalb kurzer Frist über die Leistung.

Am Anfang steht stets die Bedarfserkennung und -ermittlung, die sich abweichungsfest nach den Vorgaben des § 13 SGB IX zu richten und ggf. zusätzlich die Vorgaben nach §§ 117 ff. SGB IX zu berücksichtigen hat. Der Bedarf ist umfassend und vollständig zu erheben.

Bei den inzwischen vorliegenden Bedarfsermittlungsinstrumenten bzw. -verfahren der Rehabilitationsträger – sei es der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), der gesetzlichen Rentenversicherung (RV), der Bundesagentur für Arbeit (BA) oder der Träger der Eingliederungshilfe – ist zu beobachten, dass die Vorgaben des § 13 SGB IX im Hinblick auf Vollständigkeit, umfassende Bedarfsermittlung unter Einschluss aller relevanten Gesundheitsstörungen und aller Lebensbereiche nicht immer eingehalten werden. Auch ermittelt der Rehabilitationsträger oft nicht selbst, sondern delegiert die Bedarfsermittlung an Dritte. Sofern dies transparent, strukturiert und qualifiziert erfolgt und die Verantwortlichkeit des leistenden Rehabilitationsträgers gewahrt bleibt, erscheint ein solches Verfahren rechtlich durchaus möglich und zulässig. Bei Art und Umfang der Bedarfsermittlung sind zwischen den Rehabilitationsträgern ferner erhebliche Unterschiede festzustellen, die zum Teil mit trägerspezifischen Belangen begründet werden. Auch wenn die Verfahren sich mehr oder weniger standardisierter Arbeitsmittel bedienen (z. B. Muster 61), kann die Qualität der Bedarfsermittlung im Einzelfall sehr unterschiedlich sein. Erfahrungsgemäß findet häufig auch keine ausdrückliche vollständige Bedarfsfeststellung auf der Grundlage der Bedarfsermittlung statt – vielmehr wird „nur“ über den Antrag und damit die beantragte Leistung

entschieden, nicht jedoch der Bedarf abschließend umfassend festgestellt und daran eine Teilhabeplanung angeschlossen.

Bei der Umsetzung von § 13 SGB IX sind oft folgende Defizite zu beobachten:

- Eine umfassende Ermittlung der Gesundheitsstörungen, die sich auf die Teilhabe auswirken können, findet nicht ausreichend statt, z. B. häufig bei den Instrumenten der Eingliederungshilfe. Dabei kann die Ermittlung von Gesundheitsschäden auch in einem separaten Verfahrensschritt erfolgen.
- Eine umfassende Ermittlung der relevanten Schädigungen auf der Struktur- und der Funktionsebene (vgl. International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF) ist nicht immer gewährleistet, z. B. in den Formularen der RV, der BA und der Eingliederungshilfe. Dabei stellt sich das Problem, dass die Erhebung dieser ICF-Kategorien nicht immer einen großen Erkenntnisgewinn darstellt, so dass zum Teil je nach Frage- und Problemstellung geprüft werden muss, welche Daten tatsächlich erhoben werden müssen.
- Eine umfassende und vollständige Ermittlung der dadurch bedingten Beeinträchtigungen der Teilhabe (ICF) findet nur selten statt, am ehesten in einigen Instrumenten der Eingliederungshilfe.
- Eine Ermittlung der Ziele in allen Kategorien der ICF, die mit Leistungen zur Teilhabe erreicht werden sollen, findet meist nur im Hinblick auf die trägerspezifischen Ziele statt und ist auch dort nicht immer vollständig.
- Zumeist wird nur im Hinblick auf die Leistungen des leistenden Trägers ermittelt, welche Leistungen im Rahmen einer Prognose zur Erreichung der Ziele voraussichtlich erfolgreich sind. Ergibt die Ermittlung weitere Leistungen über die beantragte Leistung beim leistenden Rehabilitationsträger hinaus, werden diese nur teilweise zu einer umfassenden Bedarfsfeststellung zusammengefasst. Als eine solche kann man z. B. die sozialmedizinische Beurteilung am Ende einer Rehabilitationsleistung der RV durchaus verstehen. Allerdings wird der Bedarf an diesen weiteren Leistungen dann nicht durch den Rehabilitationsträger selbst festgestellt und anschließend in einem Teilhabeplanverfahren umgesetzt. Vielmehr wird in diesem Falle die Empfehlung durch die Rehabilitationsklinik erstellt, wobei ihr die Aufgabe der Umsetzung dann nicht mehr zufällt.

Diese exemplarische und holzschnittartig vereinfachende Darstellung beleuchtet die Umsetzungsproblematik des BTHG in der Praxis. Hieran anschließend stellen sich folgende Fragen: Wie kann eine derart umfangreiche Bedarfsermittlung und -feststellung vor einer ggf. dringlichen Rehabilitationsleistung durchgeführt werden? Und ist sie tatsächlich immer erforderlich?

In vielen Fällen erfolgt die Bedarfsermittlung in der Praxis nicht durch Mitarbeitenden des Rehabilitationsträgers, sondern wird häufig delegiert, z. B. an die Vertragsärztinnen und -ärzte, die Arbeitgeber, die Leistungserbringer (z. B. Eingliederungshilfe), an die oder den Betroffenen. Nach Eingang der in Auftrag gegebenen Bedarfsermittlungsunterlagen und ggf. weiterer Unterlagen nimmt der Rehabilitationsträger die Aus- und Bewertung vor und fordert dann dieser Grundlage entweder weitere Informationen an, ermittelt selbst weitergehend (z. B. durch Gutachten) oder entscheidet über den Antrag auf eine Rehabilitationsleistung. Abschließend ist stets die Bedarfsfeststellung erforderlich. Auf deren Grundlage kommen als Entscheidungsoptionen Ablehnung, Genehmigung, Weiterleitung oder teilweise Weiterleitung in Betracht. Für den Fall mehrerer zuständiger Rehabilitationsträger oder bei Betroffenheit mehrerer Leistungsbereiche, z. B. medizinische Rehabilitation

und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA), sowie auf Wunsch des Betroffenen ist ein Teilhabeplanverfahren durchzuführen. In der Praxis gibt es jedoch im Regelfall weder eine umfassende, vollständige und zugleich abschließende Bedarfsermittlung, noch erfüllt die dokumentierte Bedarfsermittlung alle Anforderungen nach § 13 SGB IX. Ferner kommt es in der Regel nicht zur Einleitung eines vollständigen Teilhabeverfahrens durch den leistenden Rehabilitationsträger.

Dies hat mehrere Gründe:

- Eine umfassende und vollständige Bedarfsermittlung durch Mitarbeitende der Rehabilitationsträger selbst stellt diese bei der Antragstellung vor beträchtliche praktische Schwierigkeiten, schon aufgrund der großen Zahl an Anträgen. Dies gilt z. B. bei Anträgen zur medizinischen Rehabilitation der RV und der GKV, teilweise auch für die Träger der Eingliederungshilfe sowie bei Anträgen zur Teilhabe am Arbeitsleben.

Insofern ist die Delegation der Bedarfsermittlung an andere Expertinnen und Experten plausibel. Beispiele für eine solche ggf. vollständige oder teilweise Delegation:

- Die Bedarfsermittlung wird bei Leistungen der Anschlussrehabilitation im Interesse einer möglichst zügigen Weiterbehandlung praktisch allein durch das vorbehandelnde Krankenhaus durchgeführt (sowohl GKV als auch RV), wobei die Teilhabeziele nicht regelhaft nach der Maßgabe des § 13 SGB IX vollständig herausgearbeitet und dokumentiert werden.
- Die Bedarfsermittlung wird im Falle der medizinischen Rehabilitation aus dem ambulanten Versorgungssystem im Bereich der GKV praktisch allein über den behandelnden Arzt mittels Muster 61 durchgeführt, wobei auch das Muster 61 nicht immer die vollständige Bedarfsermittlung einschließlich der nicht trägerspezifischen Teilhabeziele sichert.
- Bei Rehabilitationsanträgen aus dem ambulanten Versorgungssystem an die RV werden meist durch Formblätter umfangreiche Angaben des Versicherten erhoben und es wird ein Befundbericht des behandelnden Arztes angefordert, ergänzt ggf. durch weitere fachärztliche Berichte. (Allerdings wird z. B. bei der Deutschen RV Rheinland stets ein umfangreiches eigenes Gutachten erstellt.).
- Bei Anträgen zu LTA werden umfangreiche Angaben der versicherten Person erhoben, und es wird ein Befundbericht der behandelnden Ärztin bzw. des behandelnden Arztes angefordert, ergänzt ggf. durch weitere fachärztliche Berichte und/oder durch arbeitspsychologische oder arbeitsmedizinische Untersuchungsergebnisse der BA. Hinzu kommen in diesem Fall auch Angaben des Arbeitgebers zum Arbeitsplatz und den beruflichen Anforderungen.
- Bei Anträgen zur Eingliederungshilfe gibt es unterschiedliche Verfahrensweisen: Teilweise wird die Bedarfsermittlung ausschließlich durch die Mitarbeitenden des Trägers der Eingliederungshilfe selbst durchgeführt, wobei die schriftlichen Darlegungen der Antragstellerin oder des Antragstellers sowie ggf. weitere Unterlagen berücksichtigt werden und in der Regel ein Teilhabegespräch durchgeführt wird. Teilweise werden bei diesem Verfahren Berichte und Unterlagen des Leistungserbringers zusätzlich angefordert. Zum Teil wird ein Teilhabeplan/Gesamtplan durch den Leistungserbringer erstellt, oft auf Anforderung durch den Leistungsträger, der dann mehr oder weniger intensiv geprüft wird, z. B. auch in einem Teilhabeplangespräch, einer Teilhabeprankonferenz etc.

- Die Praxis der Delegation der Bedarfsermittlung führt in der Praxis dazu, dass eine darauf fußende Bedarfsfeststellung als Verwaltungsakt meist nicht durchgeführt, sondern lediglich eine Entscheidung über die beantragte Leistung getroffen wird. Auch unterbleibt in den meisten „Routinefällen“ die Prüfung, ob über die bewilligte oder abgelehnte Leistung hinaus weitere Leistungen desselben Trägers oder anderer Träger erforderlich sind, die zu einem Teilhabeplan führen müssten.

Allerdings erscheint die Praxis der Delegation überwiegend unvermeidlich, da allein die Zahl der zu bearbeitenden Anträge eine Bearbeitung durch die Rehabilitationsträger selbst unrealistisch erscheinen lässt. Das gilt wohl auch für erhebliche Teile der Eingliederungshilfe. Zudem sind nur dadurch Informationen aus der laufenden Behandlung und medizinischen Betreuung, über den Arbeitsplatz oder über die Lebenslage und die bisher erfolgten individuellen Teilhabeleistungen und ihre Wirksamkeit zu gewinnen und die Kompetenz der Leistungserbringer zu nutzen.

Die Zahl der Anträge (über 2 Mio. allein im Bereich der medizinischen Rehabilitation), aber auch die vorgegebenen Fristen sowie die Komplexität der umfassenden Bedarfsermittlung, schließlich das noch nicht absehbare Ergebnis der Rehabilitationsleistung stehen einer umfassenden und vollständigen Bedarfsermittlung und -feststellung in den vorgegebenen Fristen und einer anschließend sofort erfolgenden Teilhabeplanung entgegen.

Die Ergebnisse der Bedarfsermittlung sind in einem Erhebungsinstrument zu dokumentieren, das die Vorgaben nach §§ 13 und ggf. 117 SGB IX erfüllt. Dieses Instrument soll die umfassende und sachgerechte Bedarfsermittlung sicherstellen, damit eine darauf aufbauende sachgerechte Bedarfsfeststellung und ggf. eine Teilhabe-/Gesamtplanung erfolgen kann.

Inwieweit die verwendeten Erhebungsinstrumente (z. B. Muster 61, Formulare der RV, BEI der Eingliederungshilfe) den gesetzlichen Anforderungen entsprechen, ist Gegenstand eines Forschungsprojekts (vgl. § 13 Absatz 3 SGB IX). Nach Einschätzung des BTHG-Ausschusses der DVfR wird den genannten Vorschriften noch nicht durchgehend Rechnung getragen.

**Die DVfR weist in diesem Zusammenhang darauf hin, dass die Verantwortung für die vollständige, umfassende und sachgerechte Bedarfsermittlung nach §§ 13 bzw. 117 ff. SGB IX auch bei deren Delegation an Dritte vollständig beim Rehabilitationsträger verbleibt. Die Bedarfsermittlung ist mit einem Verwaltungsakt in Form einer Bedarfsfeststellung abzuschließen. Für den leistenden Rehabilitationsträger gilt der Amtsermittlungsgrundsatz, nachdem weitere Informationen einzuholen sind, wenn bei Prüfung der eingereichten Unterlagen erkennbar ist, dass die formalen Vorschriften der §§ 13, 19 ff. und 117 ff. SGB IX nicht eingehalten wurden und die Bedarfsermittlung nicht umfassend und vollständig erfolgt ist.**

Ist dies der Fall, hat der Träger weitergehende Informationen zu beschaffen und ggf. selbst für eine umfassende Bedarfsermittlung zu sorgen. Um das zu vermeiden, sollten die Rehabilitationsträger von Anfang an geeignete Arbeitsmittel verwenden, die eine sachgerechte Bedarfsermittlung ermöglichen. Entscheidend ist jedoch nicht allein die Gestaltung des Arbeitsmittels selbst, sondern die sachgerechte Gestaltung des gesamten Verfahrens (s. u.).

Daraus ergibt sich die Frage, wie in den zahlreichen Routinefällen den Vorgaben des Gesetzgebers entsprochen werden kann. Die DVfR unterbreitet dazu den Vorschlag einer sequentiellen Bearbeitung, u. a. mit einer vorläufigen Bedarfsermittlung und -feststellung für eilige Fälle und Routinefälle (s. u.).

## **2. Bedarfsermittlung zur Klärung der Zuständigkeit ggf. mehrerer Träger durch die Bedarfsermittlung nach Antragseingang**

Damit der Rehabilitationsprozess zielgerichtet und sachgerecht erfolgen kann, ist in jedem Fall zunächst zu klären, welcher Rehabilitationsträger zuständig ist, und ob es neben einem leistenden Rehabilitationsträger noch weitere Leistungsträger gibt, die bei dem dann erforderlichen Teilhabeplanverfahren einzubeziehen sind. Diese Entscheidung muss auch bei einer vorläufigen Bedarfsermittlung und -feststellung getroffen werden, da ansonsten die Entscheidung über die beantragte Rehabilitationsleistung möglicherweise in eine falsche Richtung führt. Dies kann z. B. bei der Gruppe von Menschen mit neu erworbenen Hirnschädigungen, bei Suchtkranken oder Menschen mit seelischen Behinderungen der Fall sein, wenn diese Eingliederungshilfe oder LTA beantragen.

**Als problematisch stellt sich aus Sicht der DVfR dar, dass derzeit die am Anfang durchzuführende, systematische Erhebung eines Bedarfs an Leistungen mehrerer Träger oder mehrerer Leistungsbereiche als Voraussetzung einer umfassenden Teilhabeplanung nicht durchgängig sichergestellt ist.**

Häufig wird nämlich lediglich eine Entscheidung über die konkret beantragte Leistung getroffen: Die Erfahrungen zeigen, dass bislang aus der ersten Bedarfsermittlung in der Regel nur die Entscheidung über den Leistungsantrag – z. B. auf medizinische Rehabilitation – erfolgt. Hingegen fehlt es an einer Feststellung, ob weitere Leistungen anderer Träger erforderlich sein können und insofern eine Teilhabeplanung erfolgen muss bzw. die praktische Einleitung eines Teilhabeplanverfahrens, ggf. einschl. eines Gesamtplanverfahrens.

Das liegt zunächst daran, dass die Bedarfsermittlung aufgrund des Antrags häufig nicht umfassend erfolgt. Dies wiederum hat seinen Grund (und damit das Problem) darin, dass auf eine umfassende, ggf. sehr aufwändige und nicht ohne erhebliche Verzögerungen durchführbare Bedarfsermittlung verzichtet wird, weil andernfalls die ggf. dringliche Rehabilitationsleistung verzögert würde (z. B. eine Leistung zur Anschlussrehabilitation). Eine generelle umfassende Bedarfsermittlung in allen Antragsfällen, die vorab jeder Leistung zur Teilhabe stattfindet, wäre nicht zu realisieren und wohl auch unverhältnismäßig (s. o.). Dazu tragen auch die Fristenregelungen im Gesetz bei.

Ein weiterer Grund besteht darin, dass die durch die Rehabilitationsmaßnahme (hier meist der medizinischen Rehabilitation) bewirkten Effekte noch nicht bekannt sind, also der Teilhabebedarf nach der Rehabilitationsleistung vorher nicht immer zuverlässig abgeschätzt werden kann. Dies gilt auch für manche LTA und Leistungen der Eingliederungshilfe: So können z. B. oft erst im Rahmen einer Berufsfindungsmaßnahme, im Rahmen einer Maßnahme der beruflichen Bildung oder eines sog. Probewohnens in einer Einrichtung Bedarfe genauer ermittelt werden. Dabei besteht die Schwierigkeit, dass vor der Bewilligung einer Rehabilitationsleistung Ziele formuliert sein müssen, deren Erreichung (Wirksamkeit) dann im Anschluss an die Leistung vom leistenden Rehabilitationsträger zu prüfen ist.

Gerade wenn auf eine umfassende und vollständige Bedarfsermittlung zugunsten eines vorgehalteten fokussierten, selektiven Vorgehens im Sinne einer vorläufigen Bedarfsermittlung und -feststellung verzichtet wird, ist eine ausdrückliche Entscheidung des Rehabilitationsträgers auf der Grundlage der ggf. vorläufigen Bedarfsermittlung erforderlich,

- ob weitere Leistungsträger sofort beizuziehen sind,
- ob dies sicher nicht der Fall ist, oder

- ob diese Frage erst während bzw. nach der durchgeführten Rehabilitationsleistung geklärt werden kann und in welchem Zeitrahmen dies erfolgen soll.

Die erste Bedarfsermittlung muss also ermöglichen, diese notwendigen Entscheidungen sachgerecht zu treffen. Nach den bisherigen Erkenntnissen des BTHG-Ausschusses der DVfR erfolgt dies nicht immer, insbesondere aber nicht explizit.

**Diese Überlegungen weisen aus Sicht der DVfR darauf hin, dass der leistende Rehabilitationsträger in der Verpflichtung steht,**

- **eine umfassende Bedarfsermittlung durchzuführen,**
- **den künftigen Bedarf festzustellen**
- **sowie darauf aufbauend, ggf. während oder nach einer erbrachten Rehabilitationsleistung, eine Entscheidung bzgl. der weiteren Teilhabeplanung bzw. Gesamtplanung zu treffen,**

**und zwar unabhängig davon, ob er eine vorläufige und erste Bedarfsermittlung durchführt, die eine beantragte Leistung rasch ermöglicht.**

Die nach oder während einer Rehabilitationsleistung durchgeführte Bedarfsermittlung muss mit einer Feststellung über den Abschluss der Bedarfsermittlung und einer Bedarfsfeststellung enden. Diese kann in der Entscheidung bestehen, dass ein weitergehendes Teilhabeplanverfahren entweder erforderlich oder wegen Erreichung der umfassend ermittelten Teilhabeziele nicht notwendig ist.

**Die DVfR weist darauf hin, dass im Falle einer Ablehnung des Antrags unbedingt eine umfassende und vollständige, abschließende Bedarfsermittlung und -feststellung durchzuführen ist. Wird die vorläufige Bedarfsermittlung und -feststellung als ausreichend angesehen, ist dies im Bescheid aufzuführen und ggf. zu begründen.**

### **3. Bedarfsermittlung in der Praxis während der Rehabilitationsleistung und Abschluss der Bedarfsermittlung durch Bedarfsfeststellung und Teilhabe-/Gesamtplanung in der Verantwortung des leistenden Rehabilitationsträgers**

Die gesetzliche Grundlage für das weitere Verfahren ergibt sich aus § 19 SGB IX und dessen Begründung: Anders als vor dem BTHG bleibt der leistende Rehabilitationsträger weiterhin für den fortlaufenden Prozess und dessen Steuerung verantwortlich, selbst wenn andere Träger Leistungen erbringen (Splitting). Das Ende dieser Steuerungsverantwortung ist formal nicht festgelegt und dürfte entweder bei vollständiger Erreichung der erhobenen Teilhabeziele oder bei einem abgestimmten Wechsel des leistenden Rehabilitationsträgers erreicht sein.

Demgegenüber gestaltet sich das Verfahren derzeit überwiegend wie folgt:

In der Regel wartet der Rehabilitationsträger im Falle einer bewilligten Leistung deren Resultat ab. Im Bereich der RV erfolgt der Leistungsabschluss mit sozialmedizinischen Empfehlungen zu weiteren Behandlungs- und ggf. Rehabilitationsleistungen, dokumentiert im Abschlussbericht. Ein (nach § 19 SGB IX im Falle der Betroffenheit mehrerer Leistungsbereiche oder Träger vorgeschriebenes) Teilhabeplanverfahren in der Verantwortung des leistenden Trägers findet jedoch in der Regel nicht statt, sondern bleibt den nachfolgenden Akteuren überlassen.

Nicht immer wird der Träger der RV auf Grundlage der sozialmedizinischen Empfehlungen selbst tätig. Es geht hier um solche Fälle, bei denen es die Aufgabe des leistenden Rehabilitationsträgers ist, die Bedarfsermittlung zu Ende zu führen und ggf. eine Bedarfsfeststellung vorzunehmen, oder



aber die empfohlenen Leistungen in einem Teilhabeplan zusammenzufassen und ggf. selbst zu veranlassen. Auch wenn die sozialmedizinischen Empfehlungen fachlich einer Bedarfsermittlung (einschließlich der Benennung der Teilhabeziele) entsprechen, handelt es sich bei diesen nicht um eine vom Rehabilitationsträger zu treffende Bedarfsfeststellung und auch nicht um einen Teilhabeplan im Sinne des § 19 SGB IX. Vielmehr wird erwartet, dass die oder der Betroffene, niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, Betriebe etc. die Initiative ergreifen, z. B. auch im Hinblick auf eine Beteiligung der BA bzw. der Jobcenter bei Vorliegen von Arbeitslosigkeit oder der Eingliederungshilfe. Eine Beteiligung der Integrationsämter (vgl. § 22 Absatz 3 SGB IX) findet in dieser Phase nur selten statt. Im Grunde wird hier unterstellt, dass ein neues Verfahren mit neuen Anträgen und neuem Verfahren durchzuführen ist.

**Die DVfR weist darauf hin, dass in vielen Fällen bereits am Anfang vor einer Rehabilitationsleistung ersichtlich ist, dass nach der einen Leistung mit Wahrscheinlichkeit weitere folgen sollten. Wenn der diesbezügliche Bedarf wegen des Vorliegens einer lediglich vorläufigen Ermittlung nicht am Anfang ermittelt worden ist, besteht die Notwendigkeit, dass der leistende Träger diese nach der Rehabilitationsleistung fortsetzt.**

Diese Ausführungen gelten analog für eine medizinische Rehabilitationsleistung der GKV, wobei dort häufig sozialmedizinische Empfehlungen fehlen bzw. unvollständig sind. Auch das Entlass- oder Versorgungsmanagement können wichtige Grundlagen für die abschließende Bedarfsermittlung und -feststellung bieten. In jedem Falle müsste die Krankenkasse den Prozess der Bedarfsermittlung durch eine Bedarfsfeststellung zum Abschluss bringen und über eine ggf. folgende Teilhabeplanung entscheiden (vgl. dazu § 15 SGB IX). Insbesondere wären im Bereich der GKV häufig neben anderen Rehabilitationsträgern nach § 22 Absatz 2 SGB IX die Pflegekassen am Teilhabeplanverfahren zu beteiligen.

Ähnlich verhält es sich bei Leistungen der Eingliederungshilfe, wenn die Träger dieser Leistungen sich auf die Erstellung eines Gesamtplanes beschränkt und mögliche Leistungen anderer Rehabilitationsträger dabei nicht berücksichtigt werden. Auch hier gibt es die Konstruktion der vorläufigen Leistungserbringung, zumindest im Eilfall (§ 120 Absatz 3 SGB IX), sei es durch ein Probewohnen, vor einer Aufnahme in eine Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM), bei der beruflichen Bildung oder bei einer vorläufigen, zeitlich eng befristeten Leistungszusage, innerhalb derer dann eine umfassende Bedarfsermittlung und -feststellung stattfinden kann, aus der dann die weitere Teilhabe bzw. Gesamtplanung resultiert.

Häufig beziehen sich die Empfehlungen in den Entlassungsberichten medizinischer Rehabilitationsleistungen, den Abschlussberichten von LTA oder in den Gesamtplänen allerdings auf diagnostische und therapeutische Maßnahmen, die nach herrschender Meinung nicht den Rehabilitationsleistungen, sondern der Krankenbehandlung zugeordnet werden.<sup>2</sup> Die Träger der Eingliederungshilfe z. B. verfolgen damit möglicherweise das Ziel, alle Leistungen aus dem System der sozialen Sicherung in Anspruch nehmen zu lassen, um damit letztlich eine mögliche Entlastung bei den erforderlichen Leistungen durch die Eingliederungshilfe und ihrer finanziellen Belastung zu erreichen. Ist sichergestellt, dass die Zielsetzung des Gesetzgebers nach einer vollen Teilhabe am ge-

---

<sup>2</sup> Hier wird zum Teil die Auffassung vertreten, dass auch einzelne Leistungen nach § 42 SGB IX Rehabilitationsleistungen zu Lasten der Rehabilitationsträger sein können. Diese Diskussion ist bislang kontrovers geblieben. Es wird deshalb unbeschadet der Bewertung einer der Positionen davon ausgegangen, dass therapeutische Einzelleistungen in der Praxis der Krankenbehandlung zugeordnet werden.

sellschaftlichen Leben ernst genommen wird, ist dieses Vorgehen legitim und nicht kritisch zu beurteilen.

Die Krankenbehandlung wird also nicht dem System der Rehabilitation zugeordnet, vielmehr finden sich die einschlägigen Regelungen im SGB V. Dort dominiert der Sicherstellungsauftrag der Vertragsärztinnen und -ärzte bzw. der Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen nach §§ 73 und 75 SGB V, sodass die Krankenkassen bei solchen Leistungen nicht als Rehabilitationsträger am Teilhabeplanverfahren beteiligt werden können. Hier fehlt es an einer gesetzlichen Grundlage für eine Einbeziehung der behandelnden Ärztin bzw. des behandelnden Arztes, der Psychotherapeutin bzw. des Psychotherapeuten oder anderer Leistungserbringer im Rahmen der Krankenbehandlung. Dies gilt auch z. B. für empfohlene ergänzende Leistungen zur Rehabilitation wie z. B. für Rehabilitationssport oder Funktionstraining, da deren Verordnung den Vertragsärztinnen und -ärzten im Rahmen des Sicherstellungsauftrags obliegt, und bisher die Krankenkasse hier nicht als Rehabilitationsträger selbstständig agiert. Eine Änderung zeichnet sich im Bereich der Hilfsmittelversorgung ab, wenn diese dem Behinderungsausgleich dient und nicht primär therapeutischen Zielen. Hier weist die jüngste Rechtsprechung des Bundessozialgerichts in die Richtung, dass in diesen Fällen die Krankenkassen als Rehabilitationsträger fungieren.<sup>3</sup> Folglich wäre es sachgerecht, wenn die Krankenkassen dann in das Teilhabeplanverfahren einbezogen werden, wenn eine Hilfsmittelversorgung zur Verbesserung der Teilhabe erforderlich und der Bedarf ermittelt worden ist. Dies würde gelten, obwohl die Verordnung der Hilfsmittel nach § 33 SGB V i. V. m. § 47 SGB IX derzeit den Vertragsärztinnen bzw. -ärzten übertragen ist. Hierfür gibt es aber mit § 47 SGB IX eine gesetzliche Grundlage.

Diese Ausführungen zeigen, dass in den Fällen, in denen eine Teilhabeleistung durch den leistenden Rehabilitationsträger bewilligt und daraufhin erbracht wird und zu Beginn des Prozesses keine umfassende, sondern nur eine vorläufige Bedarfsermittlung erfolgt ist, das Verfahren zur Bedarfsermittlung nicht immer ausreichend zum Abschluss gebracht wird. Dazu kommt, dass meist keine endgültige Bedarfsfeststellung, ggf. unter Einschluss von während der Rehabilitationsleistung gewonnenen Erkenntnissen, und damit keine Teilhabeplanung über die erfolgte Rehabilitationsleistung hinaus durchgeführt wird. Dies entspricht nicht dem gesetzlichen Auftrag, bei Bedarf an Leistungen mehrerer Rehabilitationsträger ein Teilhabeplanverfahren in der Verantwortung des leistenden Rehabilitationsträgers einzuleiten, zu steuern und bis zu einem Ende fortzuführen.

Empfehlungen aus der Rehabilitationsleistung führen nur dann nicht zur Notwendigkeit einer Teilhabeplanung, wenn sie sich auf Krankenbehandlung oder Pflege beziehen. Diese stellen nämlich keine Rehabilitationsleistungen dar und unterliegen insofern nicht den Vorschriften des 1. Teils des SGB IX. Allerdings ist zu beachten, dass Leistungen der Rehabilitation nicht auf stationäre oder ambulante medizinische Leistungen begrenzt sind, es sind auch ergänzende Leistungen zu berücksichtigen sowie die zahlreichen Optionen für LTA. Ein Beispiel für nachfolgende Leistungen in der Verantwortung des leistenden Rehabilitationsträgers stellen Nachsorgeprogramme der RV dar, wie z. B. IRENA u. a.

Wird ein Antrag auf eine Rehabilitationsleistung abgelehnt, kann die umfassende und vollständige Bedarfsermittlung nicht auf einen späteren Zeitpunkt verschoben werden. In diesen Fällen ist die Bedarfsermittlung abschließend umfassend und vollständig durchzuführen. Der Gesetzgeber verfolgt damit das Ziel, dass Bedarfe an anderen, nicht beantragten Leistungen, nicht übersehen werden, sondern ggf. einer Teilhabeplanung zugeführt werden.

---

<sup>3</sup> Urteil vom 15. März 2018, Az. B 3 KR 18/17 R

Die DVfR weist deshalb darauf hin, dass unter Berücksichtigung der erheblichen praktischen Schwierigkeiten einer umfassenden und vollständigen Bedarfsermittlung ganz am Anfang eines Rehabilitationsprozesses bei einer großen Zahl von Antragstellerinnen bzw. Antragstellern zusätzliche (untergesetzliche) Regelungen für die Prozessgestaltung erforderlich sind, z. B. als Bestandteil der „Gemeinsamen Empfehlung Reha-Prozess“ der BAR (GE RP)<sup>4</sup>. Mit diesen kann sichergestellt werden, dass eine Teilhabeplanung und ggf. eine Gesamtplanung in der Verantwortung des leistenden Trägers (der medizinischen Rehabilitation, aber auch der Eingliederungshilfe, ggf. auch der Teilhabe am Arbeitsleben, d. h. RV oder BA) mit dem Resultat eines verbindlichen Teilhabe- bzw. Gesamtplans stattfindet. Dies gilt sowohl für den Fall der Ablehnung von Leistungen als auch für den Fall genehmigter Leistungen für die Zeit nach deren Abschluss.

Unter der großen Zahl von Menschen, die Leistungen der medizinischen Rehabilitation der Eingliederungshilfe oder der LTA in Anspruch nehmen, wird der Anteil der Personen, die ein Teilhabeplanverfahren benötigen, wahrscheinlich relativ klein sein. Es erscheint daher praktisch möglich, für diesen Personenkreis eine abschließende umfassende Bedarfsermittlung, eine Bedarfsfeststellung und ggf. ein Teilhabeplanverfahren durch den leistenden Rehabilitationsträger mit dem gesetzlich vorgeschriebenen Ergebnis eines verbindlichen Teilhabeplans umzusetzen.

**Nach Auffassung der DVfR kann das gesamte Verfahren als sequentieller Prozess aufgefasst werden, bei dem nicht alle Elemente der Bedarfsermittlung und der Teilhabe- bzw. Gesamtplanung am Anfang vor der ersten Rehabilitationsleistung ermittelt werden müssen (vorläufige Bedarfsermittlung und -feststellung). Dafür ist zu gewährleisten, dass zu Beginn die Zuständigkeit weiterer Rehabilitationsträger zuverlässig ermittelt und dieser Prozess gesetzeskonform in der Verantwortung des leistenden Trägers insgesamt vollständig bis zu einem definierten Abschluss fortgeführt wird.**

Dies ist ein praktisch realisierbares Vorgehen, das die bisherigen bewährten Prozesselemente aufnimmt und gleichzeitig dem gesetzgeberischen Anliegen eines durchgängigen Rehabilitationsprozesses zur Förderung der Teilhabe Rechnung trägt. Im Ergebnis hilft es, die derzeit immer wieder beklagten Schnittstellenprobleme zu überwinden.

### **III. Hinweise der DVfR zur Gestaltung der Bedarfsermittlung**

Für die Gestaltung der Bedarfsermittlung auf der Grundlage des SGB IX gibt die DVfR folgende lösungsorientierte Hinweise:

#### **1. Zur Bedeutung und Umsetzung des § 13 SGB IX**

Die DVfR weist auf die grundsätzliche und besondere Bedeutung des § 13 SGB IX hin. Mit den dort enthaltenen Regelungen für die Instrumente zur Ermittlung des Rehabilitationsbedarfs werden zugleich die Inhalte der Bedarfsermittlung insgesamt und für alle Rehabilitationsträger vorgegeben. § 13 SGB IX ist auch bei der Gesamtplanung nach § 117 ff. SGB IX vollumfänglich zu berücksichtigen.

Die Bedarfsermittlung nach § 13 SGB IX stellt die Grundlage für die folgende Teilhabe- und/oder Gesamtplanung dar. Alle Informationen und Unterlagen sind durch systematisierte Arbeitsprozesse

---

<sup>4</sup> BAR: Entwurf einer Gemeinsamen Empfehlung Reha-Prozess, abrufbar unter [https://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/publikationen/gemeinsame-empfehlungen/downloads/GE-RPZ-Arbeitsentwurf\\_Stand\\_12012018versand.pdf](https://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/publikationen/gemeinsame-empfehlungen/downloads/GE-RPZ-Arbeitsentwurf_Stand_12012018versand.pdf) (zuletzt abgerufen am 10.10.2018)

so zusammenzuführen, dass die Erfüllung sämtlicher Vorgaben der Vorschrift sichergestellt ist. Dabei ist ein (leitfadengestütztes) Bedarfsermittlungsgespräch unverzichtbar (s. u.).

## 2. Instrumente, Arbeitsmittel und Arbeitsprozesse

Die verwendeten Begrifflichkeiten werden in der Gesetzesbegründung erläutert und finden so etwa bei der Gemeinsamen Empfehlung Rehaprozess (GE RP) der BAR Berücksichtigung. Demnach ist das „Instrument“ als übergeordneter Begriff zu verstehen, der standardisierte Arbeitsmittel und systematische Arbeitsprozesse umfasst. Dabei bleiben auch diese Begriffe trotz der Erläuterung in der Gesetzesbegründung teilweise unklar und bedürfen der Erläuterung, die z. B. in der GE RP in unmittelbarer Anlehnung an die Gesetzesbegründung erfolgt.

Nach der GE RP können folgende Festlegungen unterschieden werden:

- Zu den standardisierten Arbeitsmitteln gehören „z. B. funktionelle Prüfungen (Sehtests, Intelligenztests, Hörtests), Assessment- und Diagnoseinstrumente, Fragebögen, IT-Anwendungen, Antragsunterlagen, Befundberichte, Checklisten, Leitfäden etc. ...“ (§ 38 Absatz 3 GE RP).
- „Systematische Arbeitsprozesse können z. B. sein Erhebungen, Analysen, Dokumentation, Planung und Ergebniskontrolle, insbesondere auch in ihrer systematischen Verbindung zueinander. Sie sorgen z. B. dafür
  - Verbindungen zwischen dem Einsatz von Arbeitsmitteln nach Absatz 3 darzulegen und
  - eine Verknüpfung von gewonnenen Erkenntnissen und dem Einsatz von Arbeitsmitteln herzustellen.“ (§ 38 Absatz 2 GE)
- „Begutachtungen nach § 17 SGB IX stellen eine besondere Art von Instrumenten dar, die Aspekte von Absatz 2 (der Gemeinsamen Empfehlung zu systematischen Arbeitsprozessen, Anm. d. Verf.) und Absatz 3 (der Gemeinsamen Empfehlung zu standardisierten Arbeitsmitteln, Anm. d. Verf.) kombinieren. Inhaltlich unterliegen sie ebenfalls den hier genannten Grundsätzen, Verfahrensaspekte sind in § 28 (der GE RP, Anm. d. Verf.) geregelt. Es gilt die „Gemeinsame Empfehlung Begutachtung“.“ (§ 38 Absatz 4 GE RP, Anm. d. Verf.)

**Aus Sicht der DVfR bleibt dabei noch offen, welche Bedeutung dem Gespräch mit der oder dem Betroffenen (ggf. einschließlich gesetzlicher Betreuungspersonen oder anderen Vertrauenspersonen) zugemessen und wo dieses systematisch abgebildet wird. Die DVfR hat in ihrem Positionspapier zu ICF und BTHG<sup>5</sup> deutlich gemacht, dass es sich bei der Analyse der Beeinträchtigungen und ihrer Auswirkung auf die Teilhabe (im Zusammenhang mit den Kontextfaktoren), der Formulierung der Teilhabeziele und der Benennung von Leistungen, die prognostisch die Teilhabeziele erreichbar machen sollen, um einen kommunikativen, hermeneutischen Prozess handelt. Dieser ist nicht beliebig formalisierbar und kann durch reine Assessmentinstrumente nur unterstützt, aber nicht ersetzt werden.**

Zu Recht wird deshalb in § 36 Absatz 3 der GE RP ausgeführt: „Hierbei erfasst jeder Rehabilitationsträger Informationen zu allen Komponenten des bio-psycho-sozialen Modells sowie deren Wechselwirkungen zumindest dem Grunde nach. Dafür bieten sich insbesondere strukturierte Gespräche zum Einholen von Informationen, z. B. in Beratungs- und Befundgesprächen an. Die strukturierten Gespräche können durch entsprechende Hilfestellungen unterstützt werden.“ Auch die

---

<sup>5</sup> DVfR a. a. O., S.1

Orientierungshilfe der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe (BAGüS) zur Gesamtplanung stellt das leitfadengestützte Gespräch als notwendigen Verfahrensbestandteil heraus.<sup>6</sup>

Diese Gespräche könnten sowohl den systematischen Arbeitsprozessen als auch den standardisierten Instrumenten zugeordnet werden. Entscheidend ist, dass die Bedarfsermittlung nicht ausschließlich mittels Assessmentinstrumenten (= Arbeitsmittel im engen Sinne) durchgeführt werden kann bzw. darf. Diese erfassen nämlich jeweils nur partielle Aspekte und haben zudem meistens auch metrische oder qualitativ begrenzte Eigenschaften, so dass eine umfassende und den individuellen Wünschen (relevant für die Zielbestimmung) entsprechende Bedarfsermittlung dadurch allein nicht gelingen kann. Dies gilt z. B. auch für Arbeitsmittel, die auf der Basis sog. ICF-Core Sets erstellt werden.<sup>7</sup>

Damit wird deutlich, dass zwischen der praktischen Durchführung der Bedarfsermittlung und der Dokumentation der Ergebnisse der Bedarfsermittlung, die der Bedarfsfeststellung zugrunde gelegt werden muss, unterschieden werden sollte. Zur Zeit ist nicht eindeutig, welche Rolle den sog. Bedarfsermittlungsinstrumenten in der Eingliederungshilfe (z. B. BEI Nordrhein-Westfalen, BEI Baden Württemberg, BENI Niedersachsen, ITP Thüringen) zukommen soll: Sind sie die Instrumente, die den Prozess der Bedarfsermittlung am Ende vollständig abbilden, oder sind sie nur Arbeitsmittel, die nur eine begrenzte Aufgabe haben und durch weitere Unterlagen im Verwaltungsprozess ergänzt werden?

**Die DVfR regt an, im Interesse der Betroffenen den konkreten Durchführungsprozess der Bedarfsermittlung strukturiert und qualitätsgesichert zu gestalten und empfiehlt, als vorrangiges und unverzichtbares Arbeitsmittel das leitfadengestützte Bedarfsermittlungsge­spräch vorzusehen. Durch eine Leitfadener­stützung kann eine ausreichende Standardisierung hergestellt werden. Die Ergebnisse dieses Gesprächs sind freitextlich und für den Betroffenen verständlich zu dokumentieren. Dabei können Ergebnisse von Assessments einbezogen werden.**

Erfahrungen aus der bislang durchgeführten Bedarfsermittlung zeigen, dass Ergebnisse von Assessments ohne individuellen kommunikativen Diskurs in der Regel keine ausreichende Erarbeitung von Zielen erlauben. Dies gilt insbesondere in der Eingliederungshilfe, jedoch auch für andere Teilhabeleistungen, z. B. der medizinischen Rehabilitation oder der LTA (Ausnahmen bei sehr begrenzten und einfachen Bedarfen). Deshalb werden in zahlreichen Fällen bereits Bedarfsermittlungs­gespräche geführt; in der Eingliederungshilfe oft durch Leistungserbringer vor der Teilhabe- bzw. Gesamtplanung oder in deren Zusammenhang, dann häufig durch den Rehabilitationsträger.

Die Dokumentation des Bedarfsermittlungs­gesprächs kann mit unterschiedlichen Arbeitsmitteln erfolgen, die ggf. trägerspezifisch oder leistungsartbezogen gestaltet werden (z. B. Muster 61 u. a.). So wird das Gespräch z. B. für eine Leistung der medizinischen Rehabilitation in der Regel die behandelnde Ärztin bzw. der behandelnde Arzt führen, die/der das Ergebnis so dokumentieren sollte, dass die Anforderungen nach § 13 Absatz 2 SGB IX erfüllt werden (z. B. mittels des Muster 61 oder in Form des Antrags der RV oder der GKV auf eine Anschlussrehabilitation). Insofern sind die vorhandenen Dokumentationsinstrumente daraufhin zu überprüfen, ob sie die Anforderungen nach § 13 Absatz 2 SGB IX erfüllen.

---

<sup>6</sup> Orientierungshilfe der BAGüS zur Gesamtplanung abrufbar unter [https://www.lwl.org/spur-download/bag/02\\_2018an.pdf](https://www.lwl.org/spur-download/bag/02_2018an.pdf) (zuletzt abgerufen am 10.10.2018)

<sup>7</sup> Vgl. DVfR a. a. O., S.1; BAGüS ebenda

**Die DVfR weist darauf hin, dass zwischen der Durchführung von Gesprächen im Rahmen der Bedarfsermittlung, ihrer Auswertung und ihrer Dokumentation unterschieden werden sollte. So wirkungsvoll Leitfäden die Durchführung von Gesprächen unterstützen können, erscheint es doch aus Sicht der DVfR problematisch, wenn die vorhandenen Bedarfsermittlungsinstrumente (s. o.) unmittelbar als Gesprächsleitfäden eingesetzt werden. Dies dürfte die Beteiligten überfordern, da die Formulare eher systematisch als gesprächsorientiert strukturiert wurden.**

Die Überforderung bei einer unmittelbaren Anwendung der vorgelegten Instrumente resultiert z. B. daraus, dass das bio-psycho-soziale Modell und die klassifikatorische ICF-Systematik sich nur mittelbar mit den Alltagserfahrungen und dem Alltagshandeln verbinden lassen. Geprüft werden sollte aber eine Gestaltbarkeit der Instrumente der Bedarfsermittlung dahingehend, dass sie nicht nur die systematische Dokumentation sichern, sondern auch der Funktion eines Gesprächsleitfadens gerecht werden können. In jedem Fall muss dabei auf eine kleinteilige und Objektivierbarkeit vorsepiegelnde Anwendung der ICF verzichtet werden.

### **3. Zur Umsetzung des § 13 Absatz 2 SGB IX**

Damit rückt die konkrete Gestaltung des Bedarfsermittlungsgesprächs in den Vordergrund: Wie wird sichergestellt, dass einerseits alle Elemente von § 13 Absatz 2 SGB IX tatsächlich und angemessen thematisiert werden und andererseits der Betroffene ausreichend einbezogen wird? Beides ist anspruchsvoll und oft schwierig. *Conty* und *Pöld-Krämer* analysieren die damit verbundenen Probleme systematisch.<sup>8</sup> Aus ihren Erkenntnissen folgt, dass die kommunikativen Kompetenzen der betroffenen Gesprächspartnerinnen und -partner von entscheidender Relevanz sind. Hierbei geht es um den Grad ihrer Information über Teilhabe- und Leistungsoptionen, um die Gesprächsatmosphäre (ggf. einschließlich Leichter Sprache), vor allem aber auch um eine entsprechende Vorbereitung einschließlich der Antizipation möglicher Wirkungen von Leistungen und der Möglichkeiten der Variation von Kontextfaktoren von Relevanz. Diese Anforderungen stellen eine Herausforderung dar.

Sie sind allerdings nicht völlig neu, ist den genannten Aspekten doch regelhaft auch jetzt schon im Bereich der sozialen Arbeit und der interdisziplinären Teams Rechnung zu tragen. Es kommt nun aber darauf an, dass sie (auch) im konkreten Verfahren nach § 13 SGB IX berücksichtigt werden. Deshalb ist es bei der Bedarfsermittlung ganz wesentlich, den Prozess insgesamt, v. a. aber das Bedarfsermittlungsgespräch, diskursiv zu gestalten und der oder dem Betroffenen sowohl eine angemessene Vorbereitung und Einstellung als auch ein Gesprächssetting zu ermöglichen, das ihn tatsächlich als Subjekt mit einbezieht. Dies setzt wesentlich eine entsprechende fachliche und kommunikative Qualifikation der professionellen Partnerinnen bzw. Partner voraus. Zur Unterstützung bei der Vorbereitung auf das Gespräch zur Bedarfsermittlung können im Übrigen beispielsweise angemessen formulierte Anschreiben an die bzw. den Leistungsberechtigten und weitere Beteiligte, verbunden mit einer „Selbstauskunft“ dienen. Letztere dient einerseits der Vorbereitung auf eine komplexe Gesprächssituation und kann andererseits als schriftliche Darstellung der Wünsche und Zielsetzungen von Leistungsberechtigten genutzt werden.

Dabei ist in der Regel eine Vor- und Zuarbeit professioneller Fachkräfte in den Settings erforderlich, die dem Bedarfsermittlungsgespräch vorgelagert sind. Dies gilt nicht nur in Fällen, in denen die

---

<sup>8</sup> Conty, M., Pöld-Krämer, S.: „Behinderung“ und ihre Feststellung – neue Anforderungen des Bundesteilhabegesetzes (BTHG)“ (Ausschussvorlage)

Bedarfsermittlung multiprofessionell erfolgen sollte, sondern grundsätzlich, damit die oder der Betroffene bzw. seine Bezugspersonen sich konkret über verschiedene Möglichkeiten von Leistungen informieren und diese alltags- und lebensweltnah antizipieren können.<sup>9</sup> Diesem Anspruch ist bei der Entwicklung von Arbeitsmitteln, z. B. Bedarfsermittlungsinstrumenten, und ihrer konkreten Anwendung Rechnung zu tragen. Solche vorgelagerten Diskussions- und Klärungsprozesse sind also bedarfsgerecht vorzusehen. Dabei lässt sich in vielen Fällen aus fachlicher Sicht eine Beteiligung der Leistungserbringer für die oder den jeweilig Betroffenen nicht vermeiden, wenn genau diese über die entsprechenden qualifizierten Informationen gerade auch zu Wünschen und Möglichkeiten der Klientin oder des Klienten verfügen. So erfolgt z. B. in der GKV eine Delegation der Bedarfsermittlung für eine medizinische Rehabilitationsleistung an die behandelnde Vertragsärztin bzw. den behandelnden Vertragsarzt, die bzw. der die Patientin oder den Patienten gut kennt.

Bestandteile von solchen vorbereitenden Aktivitäten sind Prozesse, die unter Maßnahmen der Bedarfserkennung, der Beratung und der Information gefasst werden. Diese sind jedoch in vielen Fällen nicht hinreichend und vor allem nicht obligatorisch so geregelt, als dass man hierauf bei der Bedarfsermittlung ausreichend aufbauen könnte.

Dies genannten Zusammenhänge umfassend zu untersuchen, ist Aufgabe des bereits erwähnten Forschungsprojekts nach § 13 Absatz 3 SGB IX. Es geht also nicht allein um die Bestandsaufnahme einzelner vorhandener Instrumente im Sinne von Arbeitsmitteln bzw. Assessmentinstrumenten, sondern um den Gesamtprozess zur Umsetzung des § 13 Absatz 2 SGB IX.

**Aus Sicht der DVfR ist dabei vor allem auf die Gestaltung des diskursiven Prozesses zu achten und inwieweit die Arbeitsmittel diesen fördern und unterstützen. Hierfür wird man insbesondere die Gestaltung des Bedarfsermittlungsgesprächs als gleichsam zentrales Arbeitsmittel in den Vordergrund rücken müssen. In diesem Zusammenhang wird auch zu ermitteln sein, wer in welchem Setting mit welcher Qualifikation und in welcher Qualität das Bedarfsermittlungsgespräch führt, wie es vorbereitet wird und inwieweit es tatsächlich in die Teilhabeplanung eingeht sowie welche Voraussetzungen für ein bedarfsgerechtes Gespräch geschaffen werden müssen.**

#### **4. Bedarfsermittlung: Fokussierung vs. umfassende Bedarfsermittlung, einzeitiges vs. mehrzeitiges Vorgehen**

Die Bedarfsermittlung kann von Amts wegen eingeleitet werden, wenn der Rehabilitationsträger Kenntnisse über einen möglichen Bedarf hat oder dies gesetzlich vorgesehen ist, z. B. bei der Rehabilitationsempfehlung bei der Pflegebegutachtung (§ 18 Absatz 6 SGB XI). In der Regel ist ein Antrag der betroffenen bzw. versicherten Person erforderlich. Ggf. wirken die Rehabilitationsträger (und alle anderen beteiligten Akteure) darauf hin, dass die oder der Betroffene einen Antrag stellt.

In der Praxis stellt sich nun die Frage, wie eine umfassende Bedarfsermittlung nach § 13 SGB IX bei jedem Antrag auf eine Leistung zur Teilhabe erfolgen kann.<sup>10</sup> Auf die Bedeutung der Zahl allein der medizinischen Rehabilitationsleistungen wurde bereits hingewiesen. Denkbar sind Konstellationen, bei denen zunächst auf eine alle Bereiche der ICF (Funktionen, Aktivitäten, Teilhabe, Kontextfaktoren) umfassende Bedarfsermittlung zugunsten einer fokussierten und vorläufigen Bedarfsermittlung verzichtet wird. Prozedural müsste dann sichergestellt sein, dass eventuell andere

---

<sup>9</sup> Etwa bei der Frage, wo die oder der Betroffene wohnen möchte, ob sie bzw. er eine Psychotherapie oder eine orthopädische Rehabilitationsmaßnahme z. B. bei somatoformer Schmerzstörung benötigt etc.

<sup>10</sup> Vgl. auch Kap. I dieses Positionspapiers.

Rehabilitationsträger von vornherein mit einbezogen werden und der leistende Rehabilitationsträger den Gesamtprozess der Teilhabeplanung fortführt, und zwar auch nach der Teilhabeleistung.<sup>11</sup>

Andererseits dürfen durch einen Verzicht auf eine umfassende Bedarfsermittlung vor einer Rehabilitationsleistung aufgrund einer Fokussierung keinem Akteur Nachteile entstehen: weder der oder dem Betroffenen, sofern sie bzw. er durch die Fokussierung andere notwendige Leistungen zur Teilhabe nicht erhalten würde, noch den Rehabilitationsträgern, wenn z. B. die Chancen des Arbeitsplatzerhalts dadurch nicht genutzt würden und lange Zeiten von Arbeitsunfähigkeit (ggf. mit Krankengeldbezug) bzw. eine Erwerbsminderungsrente die Folge wären.

Dies wirft die Frage auf, ob eine Bedarfsermittlung in der bleibenden Verantwortung des leistenden Trägers auch sequentiell und ggf. in verschiedenen Settings erfolgen kann. Dies wird etwa in der GE RP mit dem Hinweis angesprochen, dass z. B. während einer medizinischen Rehabilitationsleistung weitere Bedarfe etwa für LTA ermittelt und bedarfsgerecht eingeleitet werden können.<sup>12</sup> Der Entlassungsbrief, dem aktuell die Funktion eines Gutachtens zugemessen wird, enthält ggf. Empfehlungen für weitere Teilhabeleistungen, die derzeit allerdings häufig nicht in eine konkrete Teilhabeplanung münden bzw. häufig nicht oder nicht vollständig umgesetzt werden. Auch der Eingangsbereich der WfbM sowie deren Bereich berufliche Bildung haben Bedarfsermittlungsaufgaben.

**Entscheidend ist aus Sicht der DVfR,**

- **dass am Ende eines definierten Zeitraums der umfassende Bedarf ermittelt, dann festgestellt wird, und**
- **auf dieser Grundlage die verbindliche Teilhabeplanung, ggf. mit Gesamtplanung, durch den leistenden Rehabilitationsträger erfolgt, der die Leistungen sodann durchführt oder die Durchführung unter seiner Steuerung veranlasst.**

**Dabei sollen die prognostisch bereits definierten Ziele berücksichtigt und ggf. fortgeschrieben werden. Umfasst werden sollte der Zeitraum unmittelbar nach einer durchgeführten Rehabilitationsleistung, aber auch der Zeitraum, der durch die definierten Ziele bestimmt wird. Ergibt die Bedarfsermittlung während oder nach der Rehabilitationsleistung einen weitergehenden Bedarf, ist dieser zu ermitteln, festzustellen und dann ggf. in eine Teilhabe- oder Gesamtplanung zu überführen (bzw. der vorhandene Teilhabe- bzw. Gesamtplan anzupassen).**

Dies kann nicht nur für medizinische Rehabilitationsleistungen gelten, sondern analog auch für LTA und Leistungen der Eingliederungshilfe.

Es erscheint daher sinnvoll, gerade auch im Rahmen der Bewältigung des „Massengeschäfts“ der Rehabilitation, Struktur- und Prozessmodelle für eine sequentielle Bedarfsermittlung und Teilhabeplanung zu entwickeln, die individuumsbezogen verbindlich einzuhalten sind. Dazu gehört die Identifizierung von Settings, in denen eine solche zunächst partielle und erst zum Schluss umfas-

---

<sup>11</sup> So stellt sich z. B. die Frage, ob nach einer orthopädischen Operation (Endoprothese) bei klarer Indikation zur Anschlussrehabilitation sofort vor der Rehabilitationsleistung eine umfassende Bedarfsermittlung erfolgen muss oder ob diese auch im Laufe der Rehabilitationsleistung bzw. durch den Rehabilitationsträger danach erfolgen kann. In jedem Falle ist das entlassende Krankenhaus sowohl zum Entlassmanagement als auch zum Versorgungsmanagement verpflichtet. Es ist aber nicht zu verkennen, dass ein möglicher Bedarf an Leistungen zur Teilhabe auch vom Ergebnis der Anschlussrehabilitation abhängen kann.

<sup>12</sup> Vgl. BAR a. a. O., S.10



sende Bedarfsermittlung durchgeführt werden soll, und eine entsprechende Festlegung bei der ersten, ggf. auf die beantragte Leistung fokussierten Bedarfsermittlung. Dabei ist dann auch festzustellen, wer die aus einem ggf. festgestellten Bedarf folgende Teilhabeplanung durchzuführen hat. Dies würde z. B. für die Bedarfsermittlung in Bezug auf LTA oder Leistungen der Eingliederungshilfe während einer medizinischen Rehabilitationsleistung sprechen, ebenso z. B. für die Bedarfsermittlung an Leistungen der medizinischen Rehabilitation zu Beginn einer Leistung der Eingliederungshilfe (etwa innerhalb der ersten drei Monate nach Heimaufnahme). Wenn eine sinnvolle umfassende Bedarfsermittlung aus der bisherigen Lebenssituation nicht gelingen kann, könnte diese Aufgabe innerhalb der zunächst für notwendig erachteten Rehabilitationsleistung übernommen werden. Dies gilt z. B. auch für Hilfsmittel, ggf. für technische Hilfen im Rahmen eines der Rehabilitationsleistung nachfolgenden Verfahrens zur betrieblichen Wiedereingliederung etc.

**Dabei sollte nach Auffassung der DVfR die oder der Betroffene jederzeit die Möglichkeit haben, eine umfassende Bedarfsermittlung zu beantragen. Eine solche Bedarfsermittlung sollte in der Regel bei Widerspruchsverfahren und vor allem auch vor einem Klageverfahren stattfinden.**

Über eine ggf. sequentielle Bedarfsermittlung sollte in der ersten Phase des Bedarfsermittlungsverfahrens im Einvernehmen entschieden werden.

#### **5. Weitere Aspekte: Beauftragung von Sachverständigen, Erstellung von Gutachten, multi-/interdisziplinäre Bedarfsermittlung**

Die Beauftragung externer Gutachter zur Beurteilung des Rehabilitationsbedarfs ist in der Praxis relativ selten. Wird der Bedarfsermittlungsprozess wie beschrieben diskursiv durchgeführt, und werden durch Delegation von Elementen der Bedarfsermittlung systematisch behandelnde Ärztinnen oder Ärzte, Therapeutinnen oder Therapeuten, Sozialdienste oder Leistungserbringer aus dem Bereich der Eingliederungshilfe oder zur Teilhabe am Arbeitsleben einbezogen<sup>13</sup>, wird die Notwendigkeit externer Gutachten voraussichtlich weiter gering bleiben.

Dem Rehabilitationsträger bleibt es jederzeit überlassen, sich selbst an der Bedarfsermittlung zu beteiligen. Dies kann z. B. auch durch die sozialmedizinischen oder Sozialdienste der GKV, der RV, der BA oder der Versorgungsverwaltung bzw. der Integrationsämter sowie der Gesundheitsämter (vorwiegend im Bereich der Eingliederungshilfe eingebunden) oder durch andere Fachkräfte der Rehabilitationsträger erfolgen.

Aus Sicht der DVfR sind in diesem Zusammenhang zwei mögliche Funktionen streng zu unterscheiden:

- a) Die Dienste führen im Auftrag des Rehabilitationsträgers selbst eine Bedarfsermittlung durch. Sie sind dann in vollem Umfang an die Vorgaben der §§ 13 und 117 ff. SGB IX gebunden, sollten ein leitfadengestützte Bedarfsermittlungsgespräch führen und sämtliche Unterlagen berücksichtigen. Ihnen können auch Teile der Bedarfsermittlung übertragen werden, z. B. im Hinblick auf die zugrundeliegende Gesundheitsstörung, die Schädigungen auf der Struktur- und Funktionsebene und die möglichen Auswirkungen auf die Teilhabe. Die Ergebnisse sind dann in die Gesamtbedarfsermittlung einzubeziehen. Die Rechtsgrundlage ergibt aus der Verantwortung der Rehabilitationsträger für die Sicherstellung einer umfassenden und vollständigen Bedarfsermittlung. Diese Aufgabe kann nicht als ausdrücklicher Auftrag zur

---

<sup>13</sup> Vgl. oben Kapitel 1

Erstellung eines Gutachtens im Sinne von § 17 Absatz 1 SGB IX verstanden werden, da hier ausdrücklich externe Sachverständige aufgeführt sind, bei denen die oder der Betroffene aus drei vorzuschlagenden Personen eine auswählen kann.

- b) Die Dienste führen im Auftrag des Rehabilitationsträgers eine Prüfung und Bewertung der vorgelegten Bedarfsermittlung durch und unterstützen den Träger bei der endgültigen Bedarfsfeststellung. Sie können ferner Hinweise zur Teilhabeplangestaltung geben, insbesondere im Hinblick auf weitere Bedarfe z. B. der Krankenbehandlung. Sie haben dabei zu prüfen, ob die Vorgaben des § 13 und ggf. der §§ 117 ff. SGB IX erfüllt sind. Resultat ist eine interne fachliche Beurteilung, die den Rehabilitationsträger in die Lage versetzt, eine sachgerechte Entscheidung zu treffen. Diese Aufgabe ergibt sich aus § 17 Absatz 2 Satz 4 SGB IX.

Die Erstellung von Beurteilungen nach a) und b) sind nicht Gutachten im Sinne von § 14 SGB IX sowie § 17 Absatz 1 und Absatz 2 Sätze 1 bis 3 SGB IX. Insofern können sie bei strenger rechtlicher Betrachtung für die Bemessung der Fristen nach § 14 Absatz 2 SGB IX nicht berücksichtigt werden.

**Aus Sicht der DVfR führt die Erstellung von Beurteilungen nach a) allerdings aufgrund der kurzen Zeiten zu erheblichen Problemen. Solche sozialmedizinischen Beurteilungen, die hier einen wesentlichen Teil der Bedarfsermittlung ausmachen, sind nämlich in der Regel mit einem gewissen Aufwand verbunden. Für a) sollte deshalb in der Praxis § 14 Absatz 2 Satz 3 SGB IX gelten - allerdings mit der Maßgabe, dass die Erstellung einen Zeitraum von sechs Wochen nicht überschreitet.**

Aus Sicht der DVfR bleibt ungeklärt, wann externe Sachverständige zu beauftragen sind. Auch stellt sich die Frage, wie die Multidisziplinarität bei der Bedarfsermittlung zu gewährleisten ist, vgl. dazu Artikel 26 der Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen.

Mit diesen Fragestellungen wird sich die DVfR weiter beschäftigen und zu gegebener Zeit Hinweise vorlegen.

## **6. Zu Inhalten der Bedarfsermittlung: Bezeichnung der Schädigungen und Gesundheitsversorgung: Comorbidität und Gesundheitsvorsorge**

Zu diesem Themenkomplex hat die DVfR eine eigene Stellungnahme verfasst, auf die wird hiermit verwiesen wird.

## **IV. Zusammenfassung**

Die DVfR weist darauf hin, dass die Bedarfsermittlung stets auf der Grundlage des § 13 und ggf. der §§ 19 ff. und 117 ff. SGB IX vollständig und umfassend zu erfolgen hat. Sie hält es allerdings für vertretbar, dass die Bedarfsermittlung im Falle eines rasch zu entscheidenden Rehabilitationsantrags sequentiell, fokussiert und vorläufig erfolgen kann. Dafür ist sicherzustellen, dass der leistende Rehabilitationsträger die Verantwortung für die Bedarfsermittlung sowie Steuerung der Teilhabeplanung und -umsetzung im weiteren Verlauf, ggf. auch bis nach Abschluss der Rehabilitationsleistungen, vollumfänglich wahrnimmt. Die Bedarfsermittlung ist bis zur Bedarfsfeststellung fort- und anschließend entsprechend dieser Feststellung eine Teilhabe- bzw. Gesamtplanung durchzuführen.

Das Instrument zur Bedarfsermittlung (als Oberbegriff für Arbeitsmittel und Prozesse verwendet) hat insbesondere die konkrete Gestaltung des Prozesses zur Bedarfsermittlung in den Blick zu nehmen

und dabei ein leitfadengestütztes, barrierefreies Bedarfsermittlungsgespräch vorzusehen. Dies gilt auch, wenn die Bedarfsermittlung delegiert wird.

Die Delegation der Bedarfsermittlung durch den Rehabilitationsträger auf Expertinnen und Experten bzw. Dienste und Einrichtungen ist transparent und so zu gestalten, dass die Bedarfsermittlung vollständig und umfassend nach den Kriterien des § 13, §§ 19 ff. und ggf. der §§ 117 ff. SGB IX durchgeführt wird. Eine fortgesetzte Bedarfsfeststellung, Teilhabeplanung und Umsetzungssteuerung durch den leistenden Rehabilitationsträger kann dies aber nicht ersetzen.

Heidelberg, November 2018

Dr. Matthias Schmidt-Ohlemann  
Vorsitzender der DVfR

Andreas Bethke  
Leiter des DVfR-Ausschusses „Umsetzung des BTHG“

Diese Stellungnahme wurde im DVfR-Ausschuss „Umsetzung des BTHG“ erarbeitet.

---

Kontakt:

Deutsche Vereinigung für Rehabilitation (DVfR)  
Maaßstr. 26, 69123 Heidelberg, [sekretariat@dvfr.de](mailto:sekretariat@dvfr.de), Telefon: 06221 187 901-0

### **Über die DVfR**

Die Deutsche Vereinigung für Rehabilitation e. V. (DVfR) ist in Deutschland die einzige Vereinigung, in der Vertreterinnen und Vertreter aller Akteure im Bereich Rehabilitation und Teilhabe gleichberechtigt zusammenwirken: Selbsthilfe- und Sozialverbände, Sozialleistungsträger, Rehabilitationseinrichtungen und -dienste, Reha-Experten sowie Berufs- und Fachverbände. Die Mitglieder der DVfR, ihre Partner in Politik, Wirtschaft und Gesellschaft und alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter engagieren sich gemeinsam in einem interdisziplinären und sektorenübergreifenden, konsensorientierten Diskurs für die Weiterentwicklung von Rehabilitation, Teilhabe und Selbstbestimmung.