

Im August 2017

Stellungnahme der DVfR zur ICF-Nutzung bei der Bedarfsermittlung, Bedarfsfeststellung, Teilhabe- und Gesamtplanung im Kontext des Gesetzes zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen (Bundesteilhabegesetz – BTHG)

Die DVfR hat sich in den letzten Jahren mehrfach mit der Nutzung der ICF im Kontext der Rehabilitation beschäftigt. Sie hat dazu eine Reihe von Stellungnahmen herausgegeben¹ und das Thema in ihren Diskussionsbeiträgen zum BTHG² behandelt.

Der Nutzung der ICF kommt im Kontext des BTHG eine zentrale Bedeutung zu:

1. Gemäß § 13 SGB IX neue Fassung (n. F.)³ sind zur Ermittlung des Rehabilitationsbedarfs systematische Arbeitsprozesse und standardisierte Arbeitsmittel (Instrumente) zu verwenden. Nach § 13 Abs. 2 SGB IX n. F. ist der Bedarf an Leistungen zur Teilhabe individuell und funktionsbezogen festzustellen. Dies bedeutet, dass das Konzept der ICF als wesentliche Grundlage für die Bedarfsermittlung anzusehen ist. Allerdings haben die verschiedenen Rehabilitationsträger bislang die Nutzung der ICF in Art und Umfang unterschiedlich bewertet. Das BMAS untersucht die Wirkung der Instrumente und veröffentlicht die Untersuchungsergebnisse bis zum 31.12.2019 (§ 13 Abs. 3 SGB IX n. F.).
2. Nach § 26 Abs. 2 Nr. 7 SGB IX n. F. vereinbaren die Rehabilitationsträger gemeinsame Empfehlungen „für Grundsätze der Instrumente zur Ermittlung des Rehabilitationsbedarfs nach § 13“. Auch dafür bildet die ICF die Basis, s. o. zu 1.
3. Nach Art. 12 Nr. 7 BTHG § 142 Abs. 1 des SGB XII ist ab dem 1.1.2018 bei der Bedarfsermittlung im Rahmen der Eingliederungshilfe und damit nachfolgend auch bei der Gesamtplanung nach § 143 SGB XII die ICF als Grundlage im Gesetzestext explizit benannt. Zwar war die ICF auch vorher schon Grundlage der Bedarfsermittlung, sie ist jetzt jedoch eindeutig für die Eingliederungshilfe anzuwenden. Das Gesamtplanverfahren muss sich an den in § 141 SGB XII normierten Maßstäben orientieren.

¹ Anwendung der ICF in der beruflichen Rehabilitation (Oktober 2007), Die Nutzung der ICF bei der Ausgestaltung der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (März 2009), Stellungnahme zur Förderung eines Gemeinschaftsprojekts für die Nutzung der ICF in der beruflichen Rehabilitation – Ein Baustein zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention (BRK) (Dezember 2010), Diskussionspapier Teilhabeforschung (März 2012), Implementierung der ICF zur Klassifizierung von psychischen Beeinträchtigungen (November 2013), Nutzung der ICF im deutschen Rehabilitationssystem (September 2014).

² Diskussionspapier aus der DVfR zur Entwicklung eines Bundesteilhabegesetzes (Juli 2015), Grundpositionen der DVfR zur Entwicklung eines Bundesteilhabegesetzes (Juli 2015), Diskussionsbeitrag aus der DVfR zum Referentenentwurf eines „Gesetzes zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen – Bundesteilhabegesetz (BTHG)“ (Mai 2016), Diskussionsbeitrag aus der DVfR zum Regierungsentwurf des Bundesteilhabegesetzes (BTHG)“ (September 2016), Diskussionsbeitrag aus der DVfR zum Regierungsentwurf des Bundesteilhabegesetzes (BTHG) (November 2016); siehe www.dvfr.de.

³ Siehe Art. 1 BTHG. Nach Art. 26 BTHG treten große Teile des BTHG, darunter die Neufassung von Teil 1 des SGB IX und damit auch § 13 SGB IX n. F., am 1. Januar 2018 in Kraft.

4. Nach Art. 25a BTHG § 99 soll ab dem Jahr 2023 der leistungsberechtigte Personenkreis auf der Grundlage eines erheblichen Maßes an Beeinträchtigungen in den in Absatz 4 genannten Lebensbereichen (Life Domains der ICF) definiert werden.
5. Nach Art. 25 Nr. 5 BTHG führt das BMAS zur Analyse der Wirkungen des Art. 25a § 99 auf den leistungsberechtigten Personenkreis in den Jahren 2017 und 2018 Untersuchungen durch, über die erstmals am 30.6.2018 zu berichten ist.

Aus dieser Zusammenstellung wird deutlich, dass im Zusammenhang mit der Umsetzung des BTHG unter hohem Zeitdruck Instrumente der Bedarfsermittlung zu entwickeln und zudem ein ICF-konformes Konzept für die Beschreibung des leistungsberechtigten Personenkreises zu erarbeiten sind.

Angesichts der Erfahrungen und der Diskussionen in den letzten Jahren – insbesondere hinsichtlich der Instrumente zur Bedarfsermittlung, der Verfahren zur Bedarfsfeststellung und der Festlegung des leistungsberechtigten Personenkreises – lässt sich nach Auffassung des DVfR-Ausschusses „Begleitung und Umsetzung des BTHG“ die Gefahr eines Fehlgebrauches der ICF nicht ausschließen.⁴

Die DVfR gibt deshalb im Folgenden aus fachlicher Sicht einige Hinweise zur Nutzung der ICF im Hinblick auf die Umsetzung des BTHG; sie möchte damit zu einer notwendigen Diskussion beitragen:

1. Bei der Nutzung der ICF ist zwischen der Nutzung des bio-psycho-sozialen Modells, das der ICF zugrunde liegt, einerseits und der Nutzung der ICF als Klassifikation mit ihren verschiedenen Domänen, Kategorien und Codes einschl. der Beurteilungsmerkmale im Sinne eines Kodierungssystems andererseits zu unterscheiden. Das bio-psycho-soziale Modell ist ein Konzept, das davon ausgeht, dass sich Schädigungen auf den Ebenen der Körperstrukturen und -funktionen und Beeinträchtigungen der Aktivitäten und der Teilhabe unter dem Einfluss von Kontextfaktoren wechselseitig im positiven wie auch negativen Sinn beeinflussen können. Dem folgt der gegenüber der ICF engere Behinderungsbegriff in § 2 Abs. 1 SGB IX im Wesentlichen.
2. Während die Nutzung des bio-psycho-sozialen Modells in allen Kontexten der Rehabilitation unumstritten ist, erlangt die ICF als Kodierungs- bzw. Klassifikationssystem aufgrund der unzureichenden Operationalisierung bisher nur im Forschungskontext und in bestimmten klinischen Settings Bedeutung. Der Versuch, Art und Ausmaß einer Behinderung über Core Sets⁵ oder ICF-Checklisten abzubilden, hat lediglich eine heuristische und praktische Funktion in manchen klinischen Kontexten (Reha-Einrichtungen), und zwar zur Strukturierung und Vereinfachung von Reha-Prozessen

⁴ Vgl. dazu exemplarisch die Stellungnahme des Fachbereichs „Praktische Sozialmedizin und Rehabilitation“ sowie der Arbeitsgruppe „ICF“ der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention zu § 99 Abs. 1 Satz 2 SGB IX im Referentenentwurf eines Bundesteilhabegesetzes vom Juni 2016 (www.dgsmmp.de/files/stellungnahmen/160602_Stellungnahme_FB_2_der_DGSMP_BTHG.pdf) sowie den Diskussionsbeitrag aus der DVfR zum Regierungsentwurf des „Gesetzes zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen – Bundesteilhabegesetz (BTHG)“ (vom 2. September 2016).

⁵ Siehe z. B. „Erzeugung eines ICF-basierten Dokumentationsbogens“ (www.icf-core-sets.org/de/page1.php); „Die Entwicklung von ICF Core Sets für chronische Gesundheitsstörungen“ (www.rehadat-forschung.de -> [Klassifikationen und Standards](#) -> [20. Die Entwicklung von ICF Core Sets ...](#)); „Beitrag 10: Anwendung der ICF Core Sets in der Begutachtung von Patienten mit lumbalen Rückenschmerzen und generalisiertem Schmerzsyndrom“ (www.driv-bund.de -> Infos für Experten -> Sozialmedizin & Forschung -> [Sozialmedizin](#) -> [Klassifikationen ...](#))

(Assessment, Interventionen, Erfolgskontrolle, Dokumentation sowie Kommunikation im interdisziplinären Team). Ferner werden Core Sets in Forschungsvorhaben verwendet.

Core Sets als krankheitsspezifische Zusammenstellung einiger „Kern-Items“ führen jedoch weder zu einer allgemeingültigen Beschreibung von individuellen Krankheitsfolgen und der damit assoziierten Behinderung noch zur umfassenden Ermittlung des individuellen zum Core Set passenden Unterstützungsbedarfes – u. a. deshalb, weil der Einfluss von personbezogenen Faktoren aufgrund des Fehlens einer zu deren Erfassung erforderlichen ICF-Systematik nicht strukturiert in die Überlegungen einfließt. Im klinischen Kontext wird dem Einfluss von Kontextfaktoren häufig nicht ausreichend Rechnung getragen, zumindest nicht in ihrer Gesamtheit, wobei es sicher erhebliche Unterschiede zwischen den Rehaeinrichtungen gibt. In anderen Zusammenhängen ist die Berücksichtigung der Kontextfaktoren insgesamt schwierig, weil die ICF nur für die Umweltfaktoren eine Systematik zur Verfügung stellt; für die personbezogenen Faktoren hingegen wird der Anwender von der WHO aufgefordert, sich selbst ein Bild zu machen.

Somit erfassen die Codes einschl. der vorgesehenen Beurteilungsmerkmale das Gesundheitsproblem und seine individuellen Auswirkungen nur unzureichend, denn aufgrund der erwähnten fehlenden Ausgestaltung können nicht alle Wechselwirkungen systematisch für die Erhebung der Funktionsfähigkeit berücksichtigt werden. Wo sie verwendet werden, erfolgt die Nutzung zur strukturierten Dokumentation und ggf. für die Kommunikation im Team sowie für die Strukturierung der rehabilitativen Interventionen.

Sie sind deshalb als Erhebungsinstrumente für die Bedarfsermittlung und -feststellung sowie für eine darauf gründende Teilhabeplanung außerhalb eines klinischen oder anderen rehabilitationspraktischen Kontextes, auch im Rahmen der beruflichen Rehabilitation, nicht einsetzbar. Die ICF ist weder als Konzeption noch als Klassifikation mit Blick auf eine Kodierung ein Assessment, somit auch nicht in Form von Core Sets oder selektierten gruppierten Codes gedacht; unter ICF-Experten ist dies fachlicher Konsens.

3. Die DVfR beobachtet bei der bisherigen Erarbeitung von Instrumenten zur Bedarfsermittlung drei grundsätzliche Herangehensweisen:
 - a. Das bio-psycho-soziale Modell wird als Leitfaden für die diskursive Bedarfsermittlung genutzt. Als Beispiele (unvollständige Aufzählung, da eine differenzierte Bewertung der einzelnen Instrumente und Verfahren hier nicht erfolgen kann) können etwa der IHP (Individueller Hilfeplan) 3.1 im Rheinland oder der THP (Teilhabeplan) in Rheinland-Pfalz gelten.
 - b. Zur Ermittlung des Bedarfs werden am rechtlich verfügbaren Leistungskatalog orientierte Bedarfsgruppen definiert. Für die Beschreibung und Zuordnung dieser Bedarfsgruppen wiederum werden Instrumente verwendet, die zwar einzelne Items der ICF beinhalten, jedoch keine systematische Verwendung des bio-psycho-sozialen Modells bzw. der ICF darstellen, z. B. das sog. Metzler-Verfahren.⁶ Hier werden einzelne Codes eher als Indikatoren für Unterstützungsbedarfe verwendet, nicht jedoch im Sinne einer umfassenden individuellen Bedarfsermittlung.

⁶ Verfahren „Hilfebedarf von Menschen mit Behinderung“ der Forschungsstelle „Lebenswelten behinderter Menschen“ der Universität Tübingen (Version 1999).

Solche Verfahren entsprechen für sich allein betrachtet nicht den Vorgaben von § 13 SGB IX n. F. und § 142 i. V. m. § 141 SGB XII, da sie nicht den individuellen Bedarf funktionsbezogen feststellen, keine Teilhabeziele definieren und noch keine Erfolgsprognose für mögliche Teilhabeleistungen umfassen. Sie stellen lediglich eine einfache Methode dar, um Leistungsberechtigte einzelnen Bedarfsgruppen zuzuweisen, denen dann bestimmte pauschalierte Leistungspakete und/oder Vergütungspauschalen zugeordnet werden können. Sie stellen insofern keine gesetzeskonforme Anwendung der ICF dar. Dies schließt indes ihre Verwendung z. B. bei der Zuweisung von Pflegesätzen oder Maßnahmepauschalen für definierte Bedarfsgruppen nicht aus.

- c. In verschiedenen Ansätzen wird versucht, auf der Grundlage einiger selektierter ICF-Items und meist auch nur einiger herausgegriffener Lebensbereiche, deren Beschreibung eine repräsentative, valide und reliable Darstellung des Behinderungsbildes zugeschrieben wird, eine standardisierte Erfassung des Behinderungsbildes zur Ermittlung des Bedarfs vorzunehmen – z. B. im Entwurf zu einem neuen Teilhabeplan „RLP neu“. Auch hier gilt das unter Nr. 2 zu Core Sets Ausgeführte: Diese Vorgehensweise ist nicht gesetzeskonform, da der Bedarf individuell und umfassend zu ermitteln ist.

Insofern geht die DVfR davon aus, dass die gesetzlichen Vorgaben nach den bisherigen Erfahrungen nur in einem diskursiven Konzept der Bedarfsermittlung zu erfüllen sind, das das bio-psycho-soziale Modell zur Grundlage eines strukturierten Dialogs macht. Methodisch ist dies nicht mit einem einfachen Erhebungsbogen, sondern nur mit einem strukturierten Erhebungslaufplan möglich. Dazu gibt es zahlreiche methodisch grundsätzlich geeignete Beispiele, z. B. Konzepte zur Erstellung von Förderplänen. Die haben zwar eine andere Aufgabe, nämlich u. a. die Arbeit eines Leistungserbringers zu legitimieren, sie versuchen jedoch, Bedarfe und Maßnahmen in einem diskursiven Prozess aufeinander abzustimmen und im pädagogischen Handeln umzusetzen.

Nur ergänzend können auf die Körperfunktionen oder auf die Aktivitäten des täglichen Lebens bezogene Assessmentinstrumente, z. B. Fragebögen etc., zur Anwendung kommen. Der Rekurs auf die ICF soll zum einen eine adäquate, konzeptionell begründete Verbindung der verschiedenen Aspekte und zum anderen die Abbildung aller relevanten ICF Komponenten, also eine vollständige Bedarfsermittlung einschl. der personbezogenen Faktoren, sicherstellen.

4. Insgesamt ist festzustellen, dass die ICF kein Assessmentinstrument darstellt und dazu auch nicht gemacht werden kann. Weder ist sie dafür konzipiert noch kann sie dazu umfunktioniert werden. Auch die Kodierung mit der ICF ist nicht zuletzt deshalb wenig praktikabel, da die Beurteilungsmerkmale und damit die Schweregradabstufungen nicht operationalisiert sind und nach Auffassung der meisten Forscher in der vorliegenden Form auch nicht operationalisiert werden können; dies gilt insbesondere für die Aktivitäten und die Teilhabe sowie die Kontextfaktoren. Hinzu kommt, dass von der WHO für letztere nur für den Bereich der Umweltfaktoren eine systematische Auflistung zur Verfügung gestellt wird. Die Anwender müssen sich daher eigener Auflistungen bedienen, um die relevanten Kontextfaktoren im Rahmen der Analyse der individuellen Lebenssituation berücksichtigen zu können.
5. Der Gesetzgeber hat im Jahr 2001 im SGB IX für die funktionsbezogene Feststellung des individuellen Bedarfs (§ 10 Abs. 1 SGB IX) kein bestimmtes Instrument vorge-

geben, sondern es der Selbstverwaltung der Rehabilitationsträger in gemeinsamer, trägerübergreifender Verantwortung überlassen, ein entsprechendes Instrument im Rahmen ihrer Organisationsverantwortung zu entwickeln (Gemeinsame Empfehlung Bedarfsfeststellung). Da der Gesetzgeber die ICF schon 2001 nicht als Assessmentinstrument, sondern als weltweit einheitliche Sprachregelung verstand, hat er die Rehabilitationsträger lediglich verpflichtet, die individuell und funktionsbezogen festgestellten Beeinträchtigungen der Teilhabe „schriftlich zusammenzustellen“, d. h. trägerübergreifend in der einheitlichen Diktion der ICF zu dokumentieren.

6. Es ist möglich, notwendig und zweckmäßig, Assessmentinstrumente auf der Basis des bio-psycho-sozialen Modells zu entwickeln, zumal in der ICF die personbezogenen Faktoren nicht kodifiziert sind. Dazu liegen für Schädigungen auf Körperebene (Strukturen und Funktionen) zahlreiche Assessmentinstrumente vor, mithilfe derer in den meisten Fällen auf die Beeinträchtigungen der Aktivitäten geschlossen werden kann, auch wenn diese Instrumente das Behinderungsbild nicht nach dem bio-psycho-sozialen Modell umfassend abbilden können. Sie erheben auch nicht einen entsprechenden Anspruch. Indem sie zur Beschreibung des Behinderungsbildes beitragen, können sie als Vorinformationen für die Ermittlung des Leistungsbedarfs Bedeutung erlangen, ohne dass sie sich streng nach den Codes der ICF richten (vgl. z. B. neurologische Assessments oder solche aus der Pflege).

Standardisierte Instrumente zur ICF-konformen Erfassung der Aktivitäten und Teilhabe hingegen liegen noch nicht vor. Dies liegt auch daran, dass es aller Voraussicht nach kein Instrument im Sinne eines einzelnen, standardisierten, validen und reliablen Assessmentinstrumentes, z. B. in Form eines einzigen Bogens, geben kann, das die individuellen Beeinträchtigungen der Teilhabe unter Berücksichtigung des individuellen Lebenshintergrundes einschl. der personbezogenen Faktoren ausreichend abbildet.

7. Die DVfR hat sich deshalb bereits in ihrem Ad-hoc-Ausschuss zur Bedarfsfeststellung (bis 2015) und in ihrem Positionspapier „Nutzung der ICF im deutschen Rehabilitationssystem“ von 2014 dafür ausgesprochen, die Bedarfsermittlung im Hinblick auf die Funktionsfähigkeit/Behinderung als ein strukturiertes, ICF-basiertes, hermeneutisches und diskursives Verfahren zu beschreiben. Dabei soll das Verfahren selbst – nicht ein mehr oder weniger metrisiertes Assessmentinstrument allein – die valide Ermittlung des Rehabedarfs sicherstellen.

Damit dieses Verfahren nicht willkürlich abläuft, bietet sich als Instrument ein standardisierter Leitfaden mit bestimmten Regeln auf der Basis des bio-psycho-sozialen Modells an. Entscheidend ist, zunächst die den Leistungsbedarf begründende, tatsächliche Beeinträchtigung der individuellen Teilhabe zu erheben, sie mittels des bio-psycho-sozialen Modells zu dokumentieren und in einem weiteren Schritt die prognostisch erreichbaren Teilhabeziele zu benennen. Dies entspricht den Anforderungen nach § 13 Abs. 2 SGB IX in der neuen Fassung.

Auf dieser Grundlage können dann die zur Erreichung der Teilhabeziele wirksamen Leistungen benannt und leistungsrechtlich den Sozialgesetzbüchern zugeordnet werden. Der IHP 3.1 des Landschaftsverbands Rheinland (LVR) bedarf zwar im Hinblick auf die ICF noch einiger Ergänzungen; er könnte aber einen geeigneten Typus eines Verfahrens darstellen, das den diskursiven und kommunikativen Prozess der Bedarfsermittlung strukturiert, und könnte in diesem Sinne weiterentwickelt werden.

8. Die DVfR spricht sich dafür aus, in jedem Falle die zugrundeliegende gesundheitliche Störung (auf der Basis der ICD 10) sowie andere von der Norm abweichende Körperzustände, die z. B. von Geburt an bestehen können, zu beschreiben und zu dokumentieren. Dies erscheint deshalb geboten, da als Behinderung im Sinne der ICF nur solche Beeinträchtigungen gewertet werden, die auf einer gesundheitlichen Störung beruhen. Dabei geht die DVfR davon aus, dass sich alle Abweichungen des Körper- und Gesundheitszustandes (vgl. § 2 SGB IX) in der ICF abbilden lassen.
Diese Störung(en) gilt es exakt zu erfassen, da sich sonst Bedarfe, die allein auf anderen Faktoren beruhen – wie z. B. ethnische Zugehörigkeit, religiöse Zugehörigkeit, sozialer Status usw. –, nicht hinreichend abgrenzen lassen. Auch besteht häufig die Gefahr einer Fehleinschätzung, z. B. bei bestimmten psychischen Erkrankungen, bestimmten Formen der geistigen Behinderung, bei neuropsychologischen Beeinträchtigungen etc.
Ferner sind auch die jeweils relevanten personbezogenen Faktoren (Kontextfaktoren) heranzuziehen, um die für das zugrundeliegende Gesundheitsproblem passgenauen Hilfen identifizieren zu können.
9. Der Anspruch auf Förderung der Selbstbestimmung und der gleichberechtigten Teilhabe am Leben in der Gesellschaft ist nicht auf die Befähigung zur Teilhabe (Capacity) begrenzt, sondern auf die Ermöglichung der tatsächlichen Teilhabe (Performance) gerichtet. Die DVfR plädiert zudem dafür, nicht nur das Konstrukt der Leistungsfähigkeit, sondern insbesondere die tatsächliche Leistung (Performance) zu beurteilen. Denn nur so kann es gelingen, sowohl solche Unterstützungsbedarfe zu erfassen, deren aktueller Erfüllungsstand es dem Betroffenen in seiner aktuellen Lebenssituation ermöglicht, sein Leben selbstbestimmt zu führen, als auch darüber hinausgehende Unterstützungsbedarfe an Leistungen, die es ihm gestatten, die ihm mögliche Leistungsfähigkeit zu erreichen. Dazu ist ein „Denken in Variation der Kontextfaktoren“ (Schuntermann) erforderlich. Zudem können auf diese Weise für die jeweilige Person Ziele für Förderung und Therapie formuliert werden, durch deren Erreichung auf Dauer der Bedarf an Leistungen gesenkt werden könnte.
10. Die umfassende Bedarfsfeststellung erfordert häufig eine multidisziplinäre Erfassung und Bewertung, vgl. dazu auch UN-BRK Art. 26. Durch den Prozess der Bedarfsermittlung und -feststellung muss gewährleistet werden, dass unterschiedliche fachliche Informationen erhoben und entsprechend bewertet werden können. Dies gilt insbesondere bei der Beurteilung der Veränderbarkeit des Ausmaßes der Behinderung bzw. der Unterstützungsbedürftigkeit. Dazu ist das bio-psycho-soziale Modell der WHO hervorragend geeignet, da es eine interdisziplinäre Verständigung ermöglicht und erleichtert und verschiedene Interventionsebenen zu differenzieren hilft.
11. Die Verwendung des bio-psycho-sozialen Modells im Rahmen eines leitfadengesteuerten Kommunikationsprozesses mit Betroffenen und Bezugspersonen bzw. Personen des Vertrauens soll es zudem ermöglichen, dass deren Sichtweisen in vollem Umfang einfließen können. Dabei kann es ggf. sinnvoll sein, Fachkräfte, die mit dem speziellen Behinderungsbild (z. B. Prader-Willi-Syndrom) oder der individuellen Ausprägung der Beeinträchtigungen (bei kognitiven oder neuropsychologischen Beeinträchtigungen (z. B. fehlende Krankheitseinsicht) besonders vertraut sind, einzubeziehen. Dies ist nach den Bestimmungen des § 141 SGB XII in jedem Falle geboten. Ein solches Vorgehen schließt eine Abfrage lediglich einzelner Items als Grundlage der Bedarfsermittlung aus.

12. Der im Gesetz verwendete Begriff des „Instruments“, das auf der Grundlage der ICF Bedarfe identifiziert, ist deshalb dahingehend zu verstehen, dass dieses einen strukturierten, nachvollziehbaren und in seinen Abläufen standardisierten Kommunikationsprozess – z. B. in Form eines Leitfadens – darstellt, der die Berücksichtigung aller Komponenten des der ICF zugrundeliegenden bio-psycho-sozialen Modells der WHO und deren Wechselwirkung gewährleistet.

Dieser Kommunikationsprozess stellt selbst kein Assessmentinstrument dar, kann solche Assessmentinstrumente in der Vorphase und zur Vorbereitung aber sehr wohl nutzen. Dabei können bei aller Gleichartigkeit des Grundverfahrens trägerspezifische Assessmentinstrumente eingesetzt werden. In einfachen Fällen kann zudem auf die Gesprächsform verzichtet werden, wenn im strukturierten Verfahren den fachlichen Notwendigkeiten nach dem bio-psycho-sozialen Modell und den Bedürfnissen des Betroffenen auch auf dem Schriftwege bzw. durch die Aktenlage entsprochen werden kann. Allerdings ist dem Menschen mit Behinderung die Möglichkeit einer Erörterung des Bedarfs anzubieten. Dies ergibt sich schon aus dem Recht der Betroffenen auf Beratung durch den jeweiligen Rehabilitationsträger.

Heidelberg 10.8.2017



Dr. Matthias Schmidt-Ohlemann
– Vorsitzender der DVfR –

(Hinweis: Diese Stellungnahme wurde vom DVfR-Ausschuss „Umsetzung des BTHG“ erarbeitet und am 9. November 2017 vom Hauptvorstand der DVfR beschlossen.)

Über die DVfR

Die 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 und ihre Partner in Politik, Wirtschaft und Gesellschaft engagieren sich gemeinsam in einem interdisziplinären und sektorenübergreifenden, konsensorientierten Diskurs zur Weiterentwicklung von Rehabilitation, Teilhabe und Selbstbestimmung. Grundsätzlich befasst sich die DVfR dabei mit allen Bereichen der Rehabilitation, also der medizinischen, schulischen, beruflichen und sozialen Rehabilitation, sowie auch Fragen der gezielten Prävention im Sinne ihres Leitbildes und ihrer Satzung.