



Bundesministerium
für Arbeit und Soziales

FORSCHUNGSBERICHT 645

Teilhabe gemeinsam planen

Teilhabe gemeinsam planen

I Z A Institute
of Labor Economics
Initiated by Deutsche Post Foundation

Forschungsinstitut zur Zukunft der Arbeit (IZA)
Schaumburg-Lippe-Straße 5-9
53113 Bonn

IAW INSTITUT FÜR ANGEWANDTE
WIRTSCHAFTSFORSCHUNG e.V.
an der Universität Tübingen

Institut für Angewandte Wirtschaftsforschung e.V. (IAW)
an der Universität Tübingen
Schaffhausenstraße 73 | 72072 Tübingen

Andrea Kirchmann (IAW)
Christin Schafstädt (IAW)

Oktober 2024

Erstellt im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales.

Die Durchführung der Untersuchungen sowie die Schlussfolgerungen aus den Untersuchungen sind von den Auftragnehmern in eigener wissenschaftlicher Verantwortung vorgenommen worden. Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales übernimmt insbesondere keine Gewähr für die Richtigkeit, Genauigkeit und Vollständigkeit der Untersuchungen.

Kurzbeschreibung

Das Forschungsinstitut zur Zukunft der Arbeit GmbH (IZA) und das Institut für Angewandte Wirtschaftsforschung (IAW) e.V. wurden vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) mit der Expertise „Teilhabe gemeinsam planen“ beauftragt. Im Rahmen dieser Expertise soll der Einsatz des trägerübergreifenden Teilhabeplanverfahrens in der Praxis evaluiert werden. Ziel der Studie ist es, Gründe für die zurückhaltende Nutzung dieses Instruments sowie einschlägige Hemmnisse zu ermitteln. Der Expertise liegt ein qualitatives Untersuchungsdesign zugrunde. Die Expertise hat einen explorativen Charakter und erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit und abschließende Befunde. Sie soll aber auf möglichen Handlungs- und weiteren Forschungsbedarf hinweisen.

Abstract

The Institute of Labor Economics GmbH (IZA) and the Institute for Applied Economic Research (IAW) e.V. have been commissioned by the Federal Ministry of Labor and Social Affairs (BMAS) to prepare a expert report entitled "Planning Participation Together." Within the scope of this report, the use of the cross-provider participation planning process in practice is to be evaluated. The aim of the study is to identify reasons for the infrequent use of this instrument as well as relevant obstacles. The report is based on a qualitative research design. It has an exploratory nature and does not claim to be comprehensive or conclusive. However, it aims to highlight potential areas for action and further research needs.

Inhalt

Tabellenverzeichnis	7
Abbildungsverzeichnis	8
Abkürzungsverzeichnis	9
Zusammenfassung	10
1. Einleitung und Hintergrund der Expertise	13
2. Studiendesign der Expertise	17
3. Implementation des trägerübergreifenden Teilhabeplanverfahrens in den Trägerbereichen	19
4. Umsetzung des trägerübergreifenden Teilhabeplanverfahrens	27
4.1 Bisherige Erfahrungen mit dem trägerübergreifenden Teilhabeplanverfahren	27
4.2 Anlässe eines trägerübergreifenden Teilhabeplanverfahrens	30
4.3 Die Teilhabekonferenz	32
5. Gründe für den seltenen Einsatz des trägerübergreifenden Teilhabeplanverfahrens	34
5.1 Neu- und Umorganisation durch die Reformen des BTHG	34
5.2 Zuständigkeitsklärung, Bedarfsermittlung und Leistungsportfolio	35
5.3 Erreichbarkeit und Zusammenarbeit von Reha-Trägern	37
5.4 Formale Voraussetzungen eines trägerübergreifenden Teilhabeplanverfahrens	38
5.5 Zeitliche und personelle Ressourcen zur Umsetzung des trägerübergreifenden Teilhabeplanverfahrens	39
5.6 Dokumentation im Rahmen des trägerübergreifenden Teilhabeplanverfahrens	40
5.7 IT-Systeme der Reha-Träger	42
5.8 Antragstellende Personen	42
6. Resümee	44
Literaturverzeichnis	47

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1.1	Anträge mit einer trägerübergreifenden Teilhabeplanung (THP) nach Trägerbereich	15
Tabelle 2.1	Fokusgruppen mit Fachkräften	17

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1.1	Der idealtypische Reha-Prozess	13
Abbildung 2.1	Themenliste des Interviewleitfadens für die Expertengespräche und Fokusgruppen	18

Abkürzungsverzeichnis

AKI	Außerklinische Intensivpflege
BA	Bundesagentur für Arbeit
BAR	Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V.
BMAS	Bundesministerium für Arbeit und Soziales
EGH	Eingliederungshilfe
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
HKP	Häusliche Krankenpflege
JH	Kinder- und Jugendhilfe
RV	Gesetzliche Rentenversicherung
SER	Soziales Entschädigungsrecht
UV	Gesetzliche Unfallversicherung
THP	Teilhabeplanung
THVB	Teilhabeverfahrensbericht
WfbM	Werkstätten für behinderte Menschen

Zusammenfassung

Hintergrund und Ziel der Evaluation

Im Rahmen der zweiten Reformstufe des Bundesteilhabegesetzes (BTHG) wurde zum 1. Januar 2018 für alle Rehabilitationsträger (Reha-Träger) ein verbindliches Teilhabeplanverfahren eingeführt. Mit diesem Teilhabeplanverfahren wird das Ziel verfolgt „Leistungen wie aus einer Hand“ im Sinne des Menschen mit Behinderungen zu gewähren, um die Nachteile des gegliederten Systems der Rehabilitation und Teilhabe für die Menschen mit Behinderungen zu verringern.

Das Teilhabeplanverfahren ist Teil des Reha-Prozesses und dann einzuleiten, wenn Leistungen mehrerer Reha-Träger und/oder verschiedener Leistungsgruppen erforderlich sind. Ein Teilhabeplanverfahren kann zudem auf Wunsch der leistungsberechtigten Person erfolgen, auch wenn weder Leistungen aus verschiedenen Leistungsgruppen noch von mehreren Reha-Trägern vorliegen. Verantwortlich für das Teilhabeplanverfahren ist in der Regel der leistende Reha-Träger (§ 14 SGB IX). Das Teilhabeplanverfahren stellt ein wichtiges Instrument dar, um Menschen mit Behinderungen umfassende Unterstützung aus einer Hand anzubieten. Mit dem Teilhabeplan werden dazu Bedarfe gebündelt und Leistungen (verschiedener Träger) aufeinander abgestimmt. Der Teilhabeplan ist der personenzentrierte Fahrplan zur Verwirklichung von Teilhabe.

Trotz dieser Bedeutung findet diese Form der Planung in der Praxis jedoch selten statt, wie die seit Ende 2019 veröffentlichten Teilhabeverfahrensberichte der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V. (BAR) zeigen. Im Jahr 2022 wurde lediglich bei 7.430 Anträgen eine trägerübergreifende Teilhabeplanung durchgeführt; bezogen auf alle entschiedenen Anträge entspricht dies einem Anteil von 0,27 Prozent. Bisher liegen wenige Erkenntnisse über die Gründe für eine seltene Nutzung des Teilhabeplanverfahrens vor. Vereinzelt Erfahrungsbereiche weisen in diesem Zusammenhang auf einen bürokratischen Aufwand oder fehlende Kenntnisse über das Leistungsspektrum der jeweils anderen Reha-Träger. Insgesamt fehlt es aber an einem systematischen Überblick, um die tatsächliche Reichweite sowie Gründe für Nutzung und Nicht-Nutzung des Instrumentes beurteilen zu können.

Vor diesem Hintergrund wurden das Forschungsinstitut zur Zukunft der Arbeit GmbH (IZA) und das Institut für Angewandte Wirtschaftsforschung (IAW) e.V. vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) mit der Expertise „Teilhabe gemeinsam planen“ beauftragt. Im Rahmen der Expertise soll der Einsatz des trägerübergreifenden Teilhabeplanverfahrens in der Praxis aus Sicht der Reha-Träger evaluiert und Gründe für den bislang seltenen Einsatz dieses Instruments ermittelt werden. Die Expertise hat einen explorativen Charakter und erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit und abschließende Befunde.

Das Studiendesign

Der Expertise liegt ein qualitatives Untersuchungsdesign zugrunde, in welchem leitfadengestützte Experteninterviews mit Fokusgruppen kombiniert werden. Die Experteninterviews waren den Fokusgruppen vorgeschaltet und dienten dazu, grundlegende Informationen zur Einführung und Umsetzung des trägerübergreifenden Teilhabeplanverfahrens zu gewinnen. Es wurden insgesamt acht Experteninterviews mit Vertreterinnen und Vertretern von übergeordneten Spitzenorganisationen im Rehabilitationsbereich geführt. Um detaillierte Erkenntnisse über die Durchführung des trägerübergreifenden Teilhabeplanverfahrens in der Praxis zu generieren, fanden insgesamt sieben Fokusgruppen mit 31 Fachkräften aus sieben Trägerbereichen (Bundesagentur für Arbeit, Eingliederungshilfe, Kinder- und Jugendhilfe, gesetzliche Krankenversicherung, gesetzliche

Rentenversicherung, gesetzliche Unfallversicherung und Soziales Entschädigungsrecht) statt. Die Fokusgruppen setzten sich dabei nicht trägerbereichsübergreifend zusammen, sondern die Fachkräfte kamen immer aus einem Trägerbereich. Ziel dieses Vorgehens war es, zu eruieren, ob die Hemmnisse bezogen auf die einzelnen Trägerbereiche identisch sind oder sich diese je nach Trägerbereich unterscheiden.

Die wichtigsten Ergebnisse

Die **Implementation** des Teilhabeplanverfahrens ist ein Prozess, der nicht nur zwischen den verschiedenen Reha-Trägerbereichen, sondern auch innerhalb eines Reha-Trägerbereichs deutlich unterschiedlich ausgestaltet ist und zudem zu verschiedenen Zeitpunkten erfolgte. Die Heterogenität zeigt sich in den Bereichen Organisationsstruktur, Wissensvermittlung und Personal. Mit Blick auf die Organisationsstruktur reicht die Spannweite von der Integration des Teilhabeplanverfahrens in bereits bestehende Strukturen über die Schaffung von neuen Strukturen in Form spezialisierter Teams bzw. Fachkräfte oder von Ansprechpersonen bis hin zu keinen Veränderungen. In vielen berichteten Fällen wurden die neugeschaffenen Strukturen jedoch aufgrund einer zu geringen Inanspruchnahme des Teilhabeplanverfahrens wieder aufgelöst. Auch im Bereich Wissensvermittlung ist eine Diversität festzustellen. So hat es bei einigen Trägern Schulungen für alle Fachkräfte gegeben, bei anderen Trägern fanden Schulungen nur für ausgewählte Fachkräfte statt und bei anderen Trägern andererseits erfolgten keine Schulungen oder sonstige Informationsübermittlungen. Bezogen auf das Thema Personal ist festzuhalten, dass dieses nur in Einzelfällen aufgestockt worden ist. Bei den meisten Reha-Trägern sind für die Umsetzung des Teilhabeplanverfahrens keine zusätzlichen Personalkapazitäten zur Verfügung gestellt worden.

In der **Umsetzung** des trägerübergreifenden Teilhabeplanverfahrens zeigt sich, dass dieses Instrument in der Praxis eine eher untergeordnete Rolle spielt und die Fallzahlen diesbezüglich nicht sehr hoch sind. Über alle Trägerbereiche hinweg wird die Erfahrung geschildert, dass Anträge, für die ein Teilhabeplanverfahren in Betracht kommt, häufig weitergeleitet werden und sich dadurch der Zuständigkeit für das Verfahren entzogen wird. Der Grad der Zusammenarbeit zwischen den einzelnen Reha-Trägern ist sehr unterschiedlich und reicht von gutem und schnellem Kontakt bis zu Schwierigkeiten in der Erreichbarkeit. Bei den Anlässen für ein Teilhabeplanverfahren zeigt sich ein breites Spektrum, in welchen Fällen ein solches zur Anwendung kommt. Dieses Spektrum reicht von Bedarfen im Bereich der 24-Stunden-Assistenz im Bereich der Eingliederungshilfe über Bedarfe im Bereich von Werkstätten für behinderte Menschen bei der Bundesagentur für Arbeit, der gesetzlichen Rentenversicherung und der Eingliederungshilfe bis hin zu Fällen mit besonderen Bedarfen. Die Durchführung von Teilhabeplankonferenzen wird wiederum als Seltenheit beschrieben, was auch die Zahlen der bekannten Teilhabeverfahrensberichte zeigen.

Die **Bewertung** des Teilhabeplanverfahrens aus Sicht der Befragten zeigt, dass dieses Instrument – ungeachtet der Umsetzung – als grundsätzlich gut und sinnvoll bewertet wird. Doch wird in den Interviews eine Diskrepanz von Theorie und Praxis festgestellt. Das, was im Gesetz als klar beschrieben und geregelt wahrgenommen wird, wird in der Praxis derart nicht gelebt.

Aus den Beschreibungen über die Umsetzung und Anwendung des Teilhabeplanverfahrens lassen sich folgende **Gründe** ableiten, warum das Verfahren in der Praxis bislang eine untergeordnete Rolle spielt:

- Aufgrund einer verspäteten Einführung des Teilhabeplanverfahrens in einzelnen Trägerbereichen sowie aufgrund trägerinterner Prozesse der Neu- und Umstrukturierung gehört das Teilhabeplanverfahren nicht immer bzw. noch nicht zum Alltagsgeschäft der Reha-Träger.

- Unsicherheiten bei der Klärung von Zuständigkeiten und der Bedarfsermittlung sowie fehlendes Erfahrungswissen und Schulungen für eine Umsetzung des Verfahrens führen dazu, dass das trägerübergreifende Teilhabeplanverfahren selten zum Einsatz kommt.
- Um das trägerübergreifende Teilhabeplanverfahren umzusetzen, müssen die Träger in Kontakt kommen. Die Voraussetzung hierfür ist, dass Ansprechpersonen und deren Kontaktdaten bekannt sind. Dies ist nicht immer der Fall, sodass ein Austausch im Rahmen der Bedarfsermittlung oder der Leistungsabstimmung erschwert wird.
- Das trägerübergreifende Teilhabeplanverfahren wird von den Reha-Trägern als aufwändiges Verfahren und zusätzliches Tätigkeitsfeld erlebt. Dies betrifft sowohl die Koordination mit anderen Reha-Trägern als auch die dazugehörige Dokumentation sowie fehlende digitale Austauschmöglichkeiten. Begrenzte personelle und zeitliche Ressourcen führen dazu, dass das Verfahren gemieden wird und nur im Falle sehr komplexer Bedarfslagen nach Definition der Reha-Träger und überschneidender Leistungen zum Tragen kommt und auch dokumentiert wird. Wenn Leistungen mehrerer Träger oder verschiedener Leistungsgruppen klar abgrenzbar sind, wird auf die Durchführung eines Teilhabeplanverfahrens verzichtet, obwohl die Reha-Träger gesetzlich dazu angehalten sind, ein Teilhabeplanverfahren durchzuführen.
- Antragstellende haben das Recht, das trägerübergreifende Teilhabeplanverfahren einzufordern. Dies geschieht in der Praxis nach Auskunft der befragten Fachkräfte jedoch kaum. Begründet wird dies seitens der Reha-Träger damit, dass Betroffene den Mehrwert der trägerübergreifenden Teilhabeplanung nicht sehen, da für sie die schnelle Leistungsbewilligung im Fokus steht. Für die Betroffenen ist es aus Sicht der Reha-Träger weniger relevant, dass sich Träger umfangreich abstimmen und ein Teilhabeplanverfahren einleiten. Eine separate Befragung der Menschen mit Behinderungen bzw. ihrer Verbände war nicht Bestandteil der Expertise.

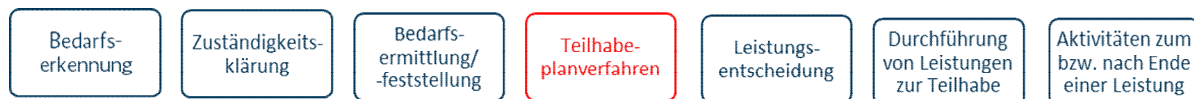
1. Einleitung und Hintergrund der Expertise

Das gegliederte System der sozialen Sicherung in Deutschland sieht vor, dass unterschiedliche Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe durch unterschiedliche Rehabilitationsträger (Reha-Träger) erbracht werden. Ein solches System bietet den Vorteil einer Spezialisierung mittels eines gebündelten Expertenwissens bei den jeweiligen Reha-Trägern, wodurch eine situativ fachgerechte und zielgerichtete Unterstützung ermöglicht wird. Gleichzeitig sind mit einem solchen komplexen System aber auch Nachteile verbunden: Die Zuständigkeiten, Aufgaben, Verfahren und Leistungen der einzelnen Reha-Träger und die jeweils geltende Regelungen sind oft schwer zu überblicken. Dies führt zu einer hohen Belastung für Betroffene und deren Angehörige. Es kann aufgrund von Unklarheiten und Unkenntnis zur Mehrfachbegutachtungen und langen Bearbeitungszeiten führen.

Um die Nachteile des gegliederten Sozialleistungssystems für Menschen mit Behinderungen zu verringern, wurde im Rahmen der zweiten Reformstufe des Bundesteilhabegesetzes¹ (BTHG) zum 1. Januar 2018 für alle Reha-Träger ein verbindliches, partizipatives Teilhabeplanverfahren eingeführt. Mit diesem Teilhabeplanverfahren, das in den §§ 19 bis 23 SGB IX geregelt ist, wird das Ziel verfolgt, Leistungen „wie aus einer Hand“ zu gewähren (Deutscher Bundestag 2016: 2). Damit führt das Teilhabeplanverfahren letztlich den Grundgedanken des § 10 SGB IX a.F. (vor BTHG) fort. Im Detail wurde in § 10 SGB IX a.F. die Notwendigkeit einer gemeinsamen und abgestimmten Planung von Rehabilitationsleistungen geregelt. Wichtig dabei war vor allem die Verbesserung der Abstimmung zwischen den beteiligten Reha-Trägern, um eine effektive und nahtlose Versorgung und Unterstützung für Menschen mit Behinderungen sicherzustellen (vgl. Giraud/Schian 2019).

Das Teilhabeplanverfahren ist Teil des Reha-Prozesses, der in der Gemeinsamen Empfehlung Reha-prozess² idealtypisch beschrieben ist und aus den in Abbildung 1.1 dargestellten Schritten besteht.

Abbildung 1.1 Der idealtypische Reha-Prozess



Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an BAR 2019b.

Ein Teilhabeplanverfahren ist gemäß § 19 SGB IX dann erforderlich, wenn

- Leistungen mehrerer Reha-Träger erforderlich sind (§ 6 SGB IX);
- Leistungen verschiedener Leistungsgruppen erforderlich sind (§ 5 SGB IX);
- Anlass zu der Annahme besteht, dass Leistungen mehrerer Reha-Träger oder aus mehreren Leistungsgruppen erforderlich werden;

¹ Siehe hierzu: <https://www.bmas.de/DE/Soziales/Teilhabe-und-Inklusion/Rehabilitation-und-Teilhabe/Bundesteilhabegesetz/bundesteilhabegesetz-art.html> [abgerufen: 01.07.2024]

² Um die gesetzlichen Vorschriften des SGB IX auslegen und umsetzen zu können, haben die Reha-Träger gemeinsam mit der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V. (BAR) im Rahmen der Gemeinsamen Empfehlung Reha-Prozess Regelungen für die Ausgestaltungen des gesamten Rehabilitationsprozesses erarbeitet und vereinbart. Die Gemeinsame Empfehlung dient der Optimierung des Rehabilitationsverfahren und der Koordination zwischen verschiedenen Leistungsträgern und schafft als „untergesetzliche Regelungsebene“ Rechtssicherheit für die umsetzenden Akteure (BAR 2019a: 5). Siehe hierzu auch: https://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/publikationen/reha_vereinbarungen/pdfs/GEReha-Prozess.BF01.pdf [abgerufen: 27.09.2024].

- die leistungsberechtigte Person dies wünscht, obwohl keine Leistungen verschiedener Leistungsgruppen oder mehrerer Reha-Träger erforderlich sind (§ 19 Abs. 1 und Abs. 2 Satz 3 SGB IX) (vgl. BAR 2019b).

Verantwortlich für das Teilhabeplanverfahren ist in der Regel der leistende Reha-Träger, der im Rahmen der Zuständigkeitsklärung (siehe Abbildung 1.1) festgelegt wird. Durch das Teilhabeplanverfahren müssen Menschen mit Behinderungen somit nicht mehr verschiedene Anträge stellen, sondern können sich an irgendeinen Reha-Träger wenden, ohne vorher die Zuständigkeit zu kennen. Dieser erstangegangene Reha-Träger wird dann automatisch der leistende Reha-Träger, wenn er den Antrag nicht innerhalb von zwei Wochen weiterleitet. Er ist dann für die Einleitung und Durchführung des Teilhabeplanverfahrens verantwortlich.

Anderenfalls muss der zweitangegangene Träger innerhalb einer weiteren Woche selbst über den Antrag entscheiden. Nach einer Weiterleitung darf es bis zur Entscheidung über den Antrag höchstens drei weitere Wochen dauern. Wenn sich auch der zweitangegangene Reha-Träger für nicht zuständig hält, kann dieser den Antrag unter den Voraussetzungen der Turboklärung gemäß § 14 Abs. 3 SGB IX ausnahmsweise noch einmal weiterleiten und zwar an den voraussichtlich zuständigen Reha-Träger, der auch als Turboklärungs-Adressat bezeichnet wird. Dieser Turboklärungs-Adressat muss jedoch mit der Weiterleitung einverstanden sein und wird dann durch die Weiterleitung zum leistenden Reha-Träger.

Erfolgt keine Turboklärung, bleibt der zweitangegangene Reha-Träger leistender Reha-Träger, auch wenn er für keine vom Antrag umfasste Leistung zuständig ist. An den dreiwöchigen Bearbeitungsfristen für den Antrag ändert sich – im Sinne einer schnellen bürgerorientierten Verwaltung – durch die erneute Weiterleitung grundsätzlich nichts. Ziel ist es, dass in möglichst kurzer Zeit eine durchgehende Ansprechperson für die leistungsberechtigte Person feststeht, die sie dann durch das Teilhabeplanverfahren führt (vgl. BAR 2019a; BAR 2019b).

Das Ergebnis des Teilhabeplanverfahrens ist die Erstellung eines individuellen Teilhabeplans. Mit dem Teilhabeplan werden Bedarfe gebündelt und Leistungen (verschiedener Träger) aufeinander abgestimmt. Der Teilhabeplan bildet bei komplexen Bedarfslagen das Planungsinstrument zur Verwirklichung von individueller Teilhabe. Der erstellte Teilhabeplan dient der Strukturierung und Durchführung des Reha-Prozesses und fungiert einmal mehr als Steuerungsinstrument. Er stellt jedoch noch nicht die eigentliche Entscheidung über die Leistungen dar. Der Teilhabeplan kann jederzeit angepasst werden; dies kann vor allem bei komplexen oder fortlaufenden Fällen (z. B. Qualifizierung bei fortbestehenden medizinischen Leistungen) erforderlich sein (vgl. BAR 2019b).

Ein besonderer Bestandteil des Teilhabeplanverfahrens kann eine Teilhabeplankonferenz gemäß § 20 SGB IX sein. Die Teilhabeplankonferenz dient dem Austausch und der Abstimmung unter den Beteiligten. Ziel einer Teilhabeplankonferenz ist es, nötige Beratungen sowie die Abstimmung einzelner Bedarfsfeststellungen und Reha-Leistungen aller beteiligten Akteure mit der leistungsberechtigten Person in die Wege zu leiten. Im Einzelnen werden im Gespräch z. B. Ziele gemeinsam entwickelt oder der Bedarf zwischen der leistungsberechtigten Person und beteiligten Reha-Trägern abgestimmt. Alle Ergebnisse werden dann im Teilhabeplan zusammengefasst. Eine Teilhabeplankonferenz ist z. B. sinnvoll, wenn Teilhabeziele unklar oder erst zu entwickeln sind oder voraussichtlich Leistungen mit langer Laufzeit erforderlich werden. Die Teilhabeplankonferenz wird in der Regel vom leistenden Reha-Träger einberufen, aber auch die leistungsberechtigte Person, beteiligte Reha-Träger oder das Jobcenter können die Teilhabeplankonferenz vorschlagen. Für die Durchführung einer Teilhabeplankonferenz bedarf es der schriftlichen Einwilligung der leistungsberechtigten Person (vgl. BAR 2019b).

Trotz der besonderen Bedeutung des Teilhabeplanverfahrens als Planungs- und Steuerungsinstrument im Rahmen der Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen zeigen die seit Ende 2019 veröffentlichten Teilhabeverfahrensberichte (THVB)³, dass das Teilhabeplanverfahren in der Praxis insgesamt selten zum Einsatz kommt und zudem von den Trägern unterschiedlich genutzt wird. Dem Teilhabeverfahrensbericht 2023 ist zu entnehmen, dass im Jahr 2022 lediglich bei 7.430 Anträgen trägerübergreifende Teilhabeplanungen (THP) durchgeführt worden sind. Bezogen auf alle entschiedenen Anträge entspricht dies einem Anteil von 0,27 Prozent (siehe Tabelle 1.1).

Tabelle 1.1 Anträge mit einer trägerübergreifenden Teilhabeplanung (THP) nach Trägerbereich

Trägerbereich	Anzahl der Träger	Anzahl der entschiedenen Gesamtanträge	Anzahl der Anträge mit THP (Anteilswert)
Bundesagentur für Arbeit (BA)	1	56.367	1.437 (2,55%)
Eingliederungshilfe (EGH)	283	229.308	2.482 (1,08%)
Gesetzliche Krankenversicherung (GKV)	97	906.926	18 (0,002%)
Jugendhilfe (JH)	436	30.975	587 (1,9%)
Gesetzliche Rentenversicherung (RV)	17	1.498.685	2.894 (0,19%)
Soziales Entschädigungsrecht (SER)	59	4.4140	-*
Gesetzliche Unfallversicherung (UV)	33	53.003	12 (0,02%)
Gesamt	926	2.779.404	7.430 (0,27%)

*Aus Datenschutzgründen werden Absolutwerte im Bereich von 1 bis einschließlich 4 nicht ausgewiesen.

Quelle: BAR 2023. Eigene Darstellung.

Die Gründe für eine seltene Anwendung des Teilhabeplanverfahrens können vielfältig sein. So verweist beispielsweise die Teamleiterin einer Agentur für Arbeit in der Reha-Info der BAR von März 2023⁴ auf den bürokratischen Aufwand, der mit dem Teilhabeplanverfahren verbunden sei, sowie auf das Fehlen eines unbürokratischen Formats mit verbindlichen Strukturen zur Koordination von Teilhabeleistungen. Zudem benötige es entsprechend den Ausführungen dieser Teamleiterin für die Umsetzung des Teilhabeplanverfahrens vertiefte Kenntnisse über die Arbeitsweisen und Organisationsstrukturen der jeweiligen anderen Reha-Träger. Das Fehlen von Kenntnissen über Leistungsvoraussetzungen und Leistungsspektrum der jeweils anderen Reha-Träger wird auch auf

³ Beim Teilhabeverfahrensbericht (THVB) handelt es sich um eine trägerübergreifende Statistik zum Leistungsgeschehen im Reha- und Teilhabebericht. Der THVB wird von der BAR erstellt. Siehe hierzu auch: <https://www.bar-frankfurt.de/themen/teilhabeverfahrensbericht.html> [abgerufen: 27.09.2024].

⁴ Siehe hierzu: <https://www.bar-frankfurt.de/service/reha-info-und-newsletter/reha-info-2023/reha-info-032023/traegerueberreifende-teilhabeplanung-ist-weiterhin-ausbaufaehig.html> [abgerufen: 27.09.2024].

der Internetseite des Projekts „Umsetzungsbegleitung Bundesteilhabegesetz“ des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge e. V.⁵ als besondere Herausforderung zur Umsetzung des Teilhabeplanverfahrens genannt. Des Weiteren wird hier die Entwicklung eines gemeinsamen Verständnisses vom Teilhabeplanverfahren bei Reha-Trägern und leistungsberechtigten Personen als Voraussetzung für eine trägerübergreifende Zusammenarbeit und somit auch für das Teilhabeplanverfahren benannt. Das Aufeinandertreffen unterschiedlicher Träger-Logiken bei Antragstellung und Bewilligung von Leistungen sowie das Festhalten an den jeweiligen Leistungsgesetzen werden auch von unterschiedlichen Expertinnen und Experten, die im Rahmen des o. g. Projekts monatlich befragt werden⁶, als wesentliche Hemmnisse zur Umsetzung der trägerübergreifenden Zusammenarbeit und des trägerübergreifenden Teilhabeplanverfahrens beschrieben.

Bürokratische Hürden und Informationsdefizite unterschiedlicher Art stellen aber nur einen Teil möglicher Gründe dar, warum das Teilhabeplanverfahren bislang wenig genutzt wird. Weitere Gründe könnten u. a. in der Komplexität der Zuständigkeit für die jeweiligen Reha-Leistungen oder in einer mangelnden Kommunikation und Abstimmung zwischen den Beteiligten liegen. Da bislang jedoch eine systematische Erfassung und Analyse möglicher Gründe fehlt, fällt es schwer, die tatsächliche Reichweite und Nutzung des Teilhabeplanverfahrens zu beurteilen.

Das Forschungsinstitut zur Zukunft der Arbeit GmbH (IZA) und das Institut für Angewandte Wirtschaftsforschung (IAW) e.V. wurden vor diesem Hintergrund vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) mit der Expertise „Teilhabe gemeinsam planen“ beauftragt. Im Rahmen dieser Expertise soll der Einsatz des trägerübergreifenden Teilhabeplanverfahrens in der Praxis aus Sicht der Reha-Träger evaluiert werden. Ziel der Studie ist es, Gründe für den bislang seltenen Einsatz dieses Instruments sowie einschlägige Hemmnisse zu ermitteln.

Der Expertise liegt ein qualitatives Untersuchungsdesign zugrunde. Die qualitative Ausrichtung des Untersuchungsdesigns lässt grundsätzlich keine repräsentativen Aussagen zu. Zudem hat die Expertise einen explorativen Charakter und erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit und abschließende Befunde. Sie soll aber auf möglichen Handlungs- und weiteren Forschungsbedarf hinweisen.

Kapitel 2 beschreibt zunächst das methodische Vorgehen der vorliegenden qualitativen Untersuchung. In den Kapiteln 3 bis 5 werden die Ergebnisse der Untersuchung für die drei Kernthemen: (1) Implementation des trägerübergreifenden Teilhabeplanverfahrens; (2) Umsetzung des trägerübergreifenden Teilhabeplanverfahrens und (3) Gründe für einen seltenen Einsatz des trägerübergreifenden Teilhabeplanverfahrens dargestellt. Ein zusammenfassendes Fazit hinsichtlich der Anwendung des trägerübergreifenden Teilhabeplanverfahrens sowie der Handlungs- und Forschungsbedarfe erfolgen in Kapitel 6.

⁵ Siehe hierzu: <https://umsetzungsbegleitung-bthg.de/betreuungswesen/gpv-thpv/#hl1392449> [abgerufen: 27.09.2024].

⁶ Siehe hierzu: <https://umsetzungsbegleitung-bthg.de/gesetz/drei-fragen-an/> [abgerufen: 27.09.2024].

2. Studiendesign der Expertise

Ziel der Expertise ist es, Einblicke in die Handhabung des Instruments des trägerübergreifenden Teilhabeplanverfahrens in der Praxis zu gewinnen. Es sollen zum einen erste Erkenntnisse darüber erzielt werden, welche Faktoren sich möglicherweise hemmend auf die Umsetzung des Teilhabeplanverfahrens auswirken können; zum anderen gilt es, Gelingensfaktoren zu identifizieren. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Expertise einen explorativen Charakter hat und keinen Anspruch auf Vollständigkeit und abschließende Befunde erhebt. Die Durchführung der Expertise erfolgte in dem Zeitraum von Mitte Mai 2024 bis Ende September 2024.

Der Expertise liegt ein qualitatives Studiendesign zugrunde, in welchem leitfadengestützte Experteninterviews mit Fokusgruppen kombiniert werden. Die Experteninterviews waren den Fokusgruppen vorgeschaltet und dienten dazu, grundlegende Informationen zur Einführung und Umsetzung des trägerübergreifenden Teilhabeplanverfahrens sowie zu den damit verbundenen Chancen und Herausforderungen zu gewinnen. Insgesamt wurden acht Interviews mit Vertreterinnen und Vertretern von übergeordneten Spitzenorganisationen im Rehabilitationsbereich geführt. Bei den Organisationen handelt es sich um Dachorganisationen, die die sieben Trägerbereiche⁷ repräsentieren, sowie um die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR e.V.).

Um detaillierte Erkenntnisse über die Durchführung des trägerübergreifenden Teilhabeplanverfahrens in der Praxis zu generieren, fanden im Anschluss an die Experteninterviews Fokusgruppen mit Fachkräften aus den verschiedenen Trägerbereichen statt. Die Fokusgruppen setzten sich dabei immer aus Fachkräften aus einem Trägerbereich zusammen. Eine solche Besetzung wurde bewusst gewählt, um auf die spezifischen Belange innerhalb eines Trägerbereichs im Detail eingehen und um offen über Problematiken hinsichtlich einer trägerübergreifenden Zusammenarbeit sprechen zu können. Es wurden insgesamt sieben Fokusgruppen mit 31 Teilnehmenden aus den in Tabelle 2.1 dargestellten Trägerbereichen geführt.

Tabelle 2.1 Fokusgruppen mit Fachkräften

Trägerbereich	Anzahl der Teilnehmenden
Bundesagentur für Arbeit	6
Eingliederungshilfe	5
Gesetzliche Krankenversicherung	5
Kinder- und Jugendhilfe	4
Gesetzliche Rentenversicherung	3
Soziales Entschädigungsrecht	4
Gesetzliche Unfallversicherung	4

Quelle: Eigene Darstellung.

⁷ Bundesagentur für Arbeit, Eingliederungshilfe, Kinder- und Jugendhilfe, Krankenversicherung, Rentenversicherung, Unfallversicherung und Soziales Entschädigungsrecht.

Sowohl bei den Experteninterviews als auch bei den Fokusgruppen diente ein Leitfaden als strukturierendes Element für die Gesprächsführung, wodurch sichergestellt werden konnte, dass alle relevanten Themen angesprochen wurden. Abbildung 2.1 gibt einen Überblick über die Themenliste des Interviewleitfadens.

Abbildung 2.1 Themenliste des Interviewleitfadens für die Expertengespräche und Fokusgruppen

Allgemeine Informationen	• Rolle und Position der Interviewpersonen • Bezüge zum Reha- und Teilhaberecht und zum trägerübergreifenden Teilhabepflichtverfahren
Historie*	• Intension des Gesetzgebers • Hintergrund des trägerübergreifenden Teilhabepflichtverfahrens • Zielsetzungen
Implementierung	• Einführung des trägerübergreifenden Teilhabepflichtverfahrens • Bereitstellung von Ressourcen • Umstrukturierungen bei den Reha-Trägern • Schulungen/Kompetenzerweiterung
Praxis	• Anlass für trägerübergreifendes Teilhabepflichtverfahren • Anlass für Teilhabepflichtkonferenz • Gründe für seltenen Einsatz • Herausforderungen beim Einsatz
Kooperation/ Kommunikation	• Zusammenarbeit und Informationsaustausch • Datenschutz und technische Ausstattung • Monitoring • Zusammenarbeit mit Nicht-Reha-Trägern
Resümee	• Vor- und Nachteile • Verbesserungsvorschläge • Bewertung

*War nur Thema der Expertengespräche

Quelle: Eigene Darstellung.

Die Experteninterviews und Fokusgruppen fanden in der Regel virtuell über ein Videokonferenztool statt⁸. Die Expertengespräche dauerten zwischen 35 und 60 Minuten, die Fokusgruppen zwischen 70 und 120 Minuten. Mit Zustimmung der Gesprächspersonen wurden die Experteninterviews und Fokusgruppen aufgezeichnet und anschließend KI-basiert unter Berücksichtigung des Datenschutzes transkribiert. Die inhaltliche Auswertung orientierte sich an der Verfahrensweise der Inhaltsanalyse nach Mayring (2015). Hierzu wurden die Transkripte systematisch mithilfe der computergestützten Analysesoftware MAXQDA auf Grundlage eines sowohl deduktiv (auf Basis des Leitfadens) als auch induktiv (auf Basis der Interviewinhalte) erstellten Kategoriensystems bearbeitet.

⁸ Zwei Expertengespräche fanden telefonisch statt: In einem Fall war es der Wunsch der Gesprächsperson; im anderen Fall waren es technische Gründe.

3. Implementation des trägerübergreifenden Teilhabeplanverfahrens in den Trägerbereichen

Dieses Kapitel widmet sich der Implementation des trägerübergreifenden Teilhabeplanverfahrens in den sieben Reha-Trägerbereichen. Hierbei zeigen die Erkenntnisse aus den Experteninterviews und den Fokusgruppen für die einzelnen Trägerbereiche auf, dass die Einführung des Teilhabeplanverfahrens bei den Reha-Trägern ein Prozess war bzw. noch ist, der nicht nur zwischen den verschiedenen Reha-Trägerbereichen, sondern auch innerhalb eines Reha-Trägerbereichs deutlich unterschiedlich ausgestaltet worden und zu verschiedenen Zeitpunkten erfolgt ist.

Für den Reha-Trägerbereich **Bundesagentur für Arbeit** zeigen die Erkenntnisse aus der Fokusgruppe, dass vor allem im Bereich der Jobcenter die Einführung des Teilhabeplanverfahrens mit einer großen Unsicherheit für die Mitarbeitenden verbunden gewesen war, obwohl die Jobcenter selbst kein Reha-Träger sind.⁹ Diese Unsicherheit führte ein Jobcenter darauf zurück, dass es unzureichende Informationen darüber gegeben habe, welche Leistungen in welchem Umfang gefördert werden könnten. Eine solche Unsicherheit habe das Jobcenter aber auch bei Reha-Trägern wahrnehmen können, wenn diese Leistungen vom Jobcenter eingefordert haben, für die es keine Zuständigkeit seitens des Jobcenter gegeben habe. Bei einem anderen Jobcenter sei die unter den Mitarbeitenden herrschende Unsicherheit Anlass für den Einkauf einer externen Schulung gewesen, „um da nochmal ein bisschen Sicherheit ins Handling auch zu bringen“ (FK2: 31). Die Aussagen dieser beiden Jobcenter verdeutlichen den unterschiedlichen Umgang mit dem Phänomen der Unsicherheit infolge der Einführung des Teilhabeplanverfahrens. Während in dem einen Fall eine Reaktion in Form einer Schulung erfolgt ist, um die Unsicherheit abzubauen, wird in dem anderen Fall die Unsicherheit mit dem Verweis auf deren Existenz auch bei anderen Reha-Trägern eher als gegeben hingenommen.

Aus den Ausführungen der Jobcenter ist abzuleiten, dass es aus deren Sicht bei der Einführung des Teilhabeplanverfahrens an Informationen und/oder Informationsmaterial gefehlt hat. Bei einem Experteninterview mit einer Vertretung einer Dachorganisation wurde hingewiesen auf die Gemeinsame Empfehlung Reha-Prozess (BAR 2019a) als Informationsmedium für die Mitarbeitenden verwiesen. Die Gemeinsame Empfehlung sei von der BAR in Zusammenarbeit mit den meisten Reha-Trägern entwickelt worden und enthalte verbindliche Vorgaben.

Für den Bereich der **Eingliederungshilfe** zeigt sich, dass Reha-Träger bei der Einführung des Teilhabeplanverfahrens einerseits auf bereits existierende Strukturen zurückgegriffen haben. So wurde im Rahmen der Fokusgruppe darüber berichtet, dass es bei einem Träger der Eingliederungshilfe bereits vor der Einführung des BTHG ein spezialisiertes Team gegeben habe, welches für komplexe Fälle zuständig sei, und wo mit Einführung des BTHG daher auch die Umsetzung des Teilhabeplanverfahrens verankert worden sei. Andererseits wurden neue Strukturen geschaffen und zwar gemäß den Ausführungen eines anderen Reha-Trägers in der Form, dass Mitarbeitende mittels Schulungen für das Thema Teilhabeplanverfahren spezialisiert worden seien. Diese spezialisierten Mitarbeitenden seien in jeder Abteilung vertreten gewesen und sollten im Falle eines Teilhabeplans bzw. einer Teilhabekonferenz den anderen Mitarbeitenden unterstützend zur Seite stehen. Aufgrund einer zu geringen Nachfrage nach dem Instrument des

⁹ Mit dem Inkrafttreten des Teilhabestärkungsgesetzes zum 1. Januar 2022 können Jobcenter Rehabilitandinnen und Rehabilitanden in gleicher Weise fördern wie alle anderen erwerbsfähigen Leistungsberechtigten. Die Änderungen im § 19 SGB IX aufgrund des Teilhabestärkungsgesetzes bedeuten für die Jobcenter, dass diese wie ein Reha-Träger vom leistenden Reha-Träger am Teilhabeplanverfahren beteiligt werden können, wenn zum Zeitpunkt der Antragstellung auch Leistungen nach dem SGB II beantragt sind bzw. erbracht werden (siehe: <https://umsetzungsbegleitung-bthg.de/service/aktuelles/jobcenter-thpv/> [abgerufen: 28.08.2024]).

Teilhabeplanverfahrens seien diese Strukturen aber wieder aufgelöst worden, indem die Mitarbeitenden neue Aufgaben erhalten haben, wie das folgende Zitat belegt:

Zitat: „Wir haben dann die Idee entwickelt, dass wir einen Mitarbeiter spezialisieren, der dann unsere Fallmanager unterstützen kann, wenn die so einen Bedarf nach der Gesamtplankonferenz haben. Wo sich Mitarbeiter nochmal sehr intensiv mit den anderen Sozialgesetzbüchern auseinandergesetzt haben, sodass sie dann auch intern so eine Beratungsfunktion haben oder auch eine Unterstützungsfunktion. Das ist aber nicht abgefragt worden. Die Kollegen haben wir installiert in jeder Abteilung und die haben wir dann, weil da keine interne Nachfrage war, haben sie sich dann anderen Aufgaben zugewendet.“ (FK1: 20)

Bei einem weiteren an der Fokusgruppen teilnehmenden Reha-Träger wiederum erfolgte der Einführungsprozess im Jahr 2021 mittels einer Fortbildung zum Thema Teilhabeplanverfahren für die Mitarbeitenden. Diese Fortbildung sei dann auch Auslöser für die Mitarbeitenden gewesen, sich mit dem Teilhabeplanverfahren auseinanderzusetzen und auf der Grundlage eines bereits existierenden Bedarfsermittlungsinstruments ein Formular zu entwickeln, das sowohl für den Teilhabeplan, als auch für den Gesamt- und Hilfeplan Anwendung finde.

Die Ausführungen dieses Trägers verdeutlichen, dass in diesem Fall die Einführung im Jahr 2021 stattgefunden hat. Dass in der Eingliederungshilfe die Einführung des Teilhabeplanverfahrens nicht nur wie bei diesem Träger, sondern auch bei anderen Reha-Trägern zu einem deutlich späteren Zeitpunkt stattgefunden hat, bestätigt auch die Aussage einer Interviewperson, die im Rahmen der Experteninterviews befragt worden ist. Diese Interviewperson wies darauf hin, dass aufgrund der Corona-Pandemie in den Jahren 2020 und 2021 keine Einführung und somit auch keine Umsetzung des Teilhabeplanverfahrens wie vom Gesetzgeber vorgesehen erfolgt sei. Den weiteren Ausführungen dieser Interviewperson zufolge seien die Träger der Eingliederungshilfe vor die „Mammutaufgabe [gestellt], den vulnerablen Personenkreis durch die Corona-Krise zu kriegen“ (EX8: 20), was dazu geführt habe, dass „Teile des BTHG auf der Strecke geblieben sind und die Konferenzen gehörten einfach dazu“ (EX8: 20).

Im Bereich der Träger der **gesetzlichen Krankenversicherung** fanden gemäß den Ausführungen in der Fokusgruppe sowohl Schulungen als auch Umstrukturierungen statt. So haben bei einem teilnehmenden Träger – ähnlich wie im Falle des oben geschilderten Eingliederungshilfeträgers – Schulungen für bestimmte Mitarbeitende stattgefunden, damit diese über das entsprechende Wissen verfügen und als Ansprechpersonen vor Ort für das Teilhabeplanverfahren zur Verfügung stehen. Begründet wurde diese Vorgehensweise damit, dass sich nicht alle Mitarbeitenden in dieser Thematik auskennen müssen. Ein anderer Träger der gesetzlichen Krankenkassen berichtete ebenfalls, dass Mitarbeitende in der Thematik BTHG und Teilhabeplanverfahren geschult worden seien. Zudem sei zu Beginn der Einführung des BTHG eine spezielle Kontaktstelle für das Teilhabeplanverfahren eingerichtet worden. Mit dieser Kontaktstelle, die den Charakter eines Piloten gehabt habe, habe der Träger zunächst den Bedarf testen wollen bevor größere strukturelle Veränderung vorgenommen werden. Wie bei den Reha-Service-Stellen¹⁰ habe es sich aber gezeigt, dass diese Kontaktstelle kaum frequentiert worden sei, denn „die Anfragen, die hätte man an eine Hand abzählen können, die irgendetwas mit Teilhabe zu tun gehabt hatten“ (FK3: 37). Aufgrund dieser Erfahrungen habe der

¹⁰ Mit Inkrafttreten des Neunten Buchs Sozialgesetzbuch (SGB IX) zur Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderung am 01.07.2001 wurden die Reha-Träger mit verpflichtet, ein flächendeckendes Netz an gemeinsamen Servicestellen einzurichten. Die Gemeinsamen Servicestellen sollten Betroffene von der Antragstellung bis zum Abschluss des Verfahrens unterstützen. Mit dem SGB IX in der Fassung des Bundesteilhabegesetzes sind die gesetzlichen Regelungen zu den Gemeinsamen Servicestellen ersatzlos entfallen. Das heißt, durch die Neuerungen im Zuge des Bundesteilhabegesetzes wurden die Servicestellen 2018 geschlossen. Stattdessen wurde um stärker auf die individuellen Bedürfnisse jedes einzelnen Leistungsberechtigten eingehen zu können die „Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung (EUTB)“ geschaffen, indem der Bund seit 1.1.2018 den Aufbau eines unabhängigen Netzwerks von Beratungsstellen fördert (siehe: <https://www.betanet.de/unabhaengige-teilhabeberatung.html> [abgerufen: 28.08.2024]).

Träger sich entschlossen, die Adresse der Kontaktstelle zwar weiter vorzuhalten, Anfragen zum Teilhabeplanverfahren aber über „die normalen Service-Mitarbeiter abzudecken“ (FK3: 37).

Die Schulung einzelner Mitarbeitenden zum Thema Teilhabeplanverfahren habe entsprechend den Ausführungen einer Vertretung einer Dachorganisation im Trägerbereich der gesetzlichen Krankenkassen auch bei anderen Trägern stattgefunden. Dieses Vorgehen begründete die Interviewperson damit, dass aufgrund einer geringen Inanspruchnahme des Teilhabeplanverfahrens es von den Trägern als zielführend angesehen worden sei, nicht alle Mitarbeitenden zu schulen.

Zitat: „Und ich weiß auch, dass dieses Thema, weil es nicht oft vorkommt, [...] gibt es dann immer in dem Unternehmen eine Handvoll sehr gut ausgebildeter Menschen, die sich damit auseinandersetzen können.“ (EX4: 18)

Aus dem Bereich der **Jugendhilfe** berichtete ein an der Fokusgruppe teilnehmender Träger, dass es bei diesem Träger seit dem Jahr 2020 ein spezialisiertes Team für die Hilfen nach § 35a SGB VIII gebe, d.h. für die Eingliederungshilfen für Kinder und Jugendliche mit seelischer Behinderung oder drohender seelischer Behinderung. Dieses Team sei für die Leistungen zur Teilhabe und somit auch für das Teilhabeplanverfahren verantwortlich. Allerdings habe sich aufgrund der Corona-Pandemie in den Jahren 2020 und 2021 die Einführung des Teilhabeplanverfahrens grundsätzlich verzögert, sodass sich der Träger „jetzt erst intensiver damit auseinandersetzt, was das alles beinhaltet“ (FK4: 21). Mit dieser verspäteten Einführung habe auch ein Fachtag stattgefunden, bei dem es schwerpunktmäßig um die Unterscheidung eines Gesamtplanverfahrens von einem Teilhabeplanverfahren gegangen sei.

Ein anderer Träger beschrieb die Einführung mit den Worten „sehr holprig“ (FK4: 24) und begründet dies zum einen damit, dass es das Team für die § 35a-Hilfen, das auch für das Teilhabeplanverfahren verantwortlich sei, erst seit Herbst 2023 gebe und zunächst auch nur mit vier Personen besetzt gewesen sei. Zum anderen habe es keine richtige Übergabe durch die anderen Dienste geben, sondern das Team musste von jetzt auf gleich die Arbeit aufnehmen. Der gesamte Prozess wird, wie die folgende Aussage belegt, als suboptimal beschrieben:

Zitat: „Deswegen waren bei uns die Übergaben echt ganz schrecklich, weil wir haben einfach nur flotsch gemacht, ich stand da mit vier Mitarbeitern, inzwischen sind wir 15, also da war noch kein Personal da und wir sollten plötzlich hier alle Hilfen nach 35a bearbeiten. Also das ist bei uns wirklich ungut gelaufen, hat für viel Unmut gesorgt, der auch jetzt nach wie vor besteht.“ (FK4: 24)

Zur thematischen Einführung in die § 35a-Hilfen, aber auch in das Teilhabeplanverfahren haben bei diesem Träger insgesamt vier ganztägige Schulungen stattgefunden.

Eine holprige Einführung wurde im Rahmen der Fokusgruppe auch von einem weiteren Träger bestätigt, der dies vor allem auf die Schaffung neuer Strukturen zurück, die bei einer Vielzahl von Trägern zu beobachten gewesen sei, wie die folgende Aussage zeigt:

Zitat: „Ich kann das eigentlich auch [...] nur unterstützen. Ich glaube, der Start war einfach bei allen sehr holprig, weil das einfach neue Strukturen waren, die geschaffen werden mussten.“ (FK4: 25)

Auch bei diesem Träger habe es zu wenig Personal gegeben, um sich mit der rechtlichen Materie des § 35a SGB VIII und ergänzend dazu mit dem Teilhabeplanverfahren vertraut zu machen. Da es bei diesem Träger keine Schulungen gegeben habe, sei ein Lernen durch das eigene Handeln erfolgt. In diesem Zusammenhang bezeichnete der Träger die Existenz einer Einrichtung als hilfreich, die den Trägern als Ansprechperson zur Verfügung stehe sowie einen Austausch und auch Fortbildungen zu verschiedenen Themenbereichen anbiete.

Nach Einschätzung dieses Trägers werde die Etablierung der § 35a-Stellen und damit verbunden auch das Verständnis und die Zuständigkeit für die Eingliederungshilfen und somit auch für das Teilhabeplanverfahren¹¹ noch Zeit in Anspruch nehmen, wie das folgende Zitat verdeutlicht:

Zitat: „Und ich glaube, das fängt jetzt so langsam an, dass auch diese 35a-Stellen, die es jetzt auch einfach viel verbreiteter gibt, von anderen auch gesehen werden. [...] Das sind auch sehr komplexe Themen und das dauert einfach, bis man da selber alles so überblickt hat. Und wenn man dann auch dabei ist, das alles aufzubauen und eben viel Learning by Doing ist. Ist das einfach ein langer Weg. Das dauert, glaube ich, bis sich das etabliert hat. Und es hat sich noch lange nicht überall etabliert.“ (FK4: 25)

Diese Aussage, aber auch die Ausführungen der anderen Träger im Rahmen der Fokusgruppe, haben aufgezeigt, dass sich die Jugendhilfe teils noch immer stark in den Hilfen zur Erziehung verankert sieht und weniger als Träger einer Teilhabe-Leistung und somit als Reha-Träger.

Zitat: „Der 35a, der war so im Gesamten eher so ein ungeliebter Paragraf, also wenn, dann hat man eher versucht, Hilfen zur Erziehung einzuleiten.“ (FK4: 21)

Dass in der Jugendhilfe sogenannte „Basics der Teilhaberecht-Logik“ (EX5: 20) fehlen, war auch eine Aussage einer Interviewperson im Rahmen der Expertengespräche. Dies habe sich nach Ansicht der Interviewperson auch in Veranstaltungen für die Jugendhilfe im Rahmen der Einführung des BTHG widerspiegelt, wo die Themen sehr stark auf das „alltägliche Geschäft“ (Ex5: 20) ausgelegt worden seien und das Teilhabeplanverfahren selbst weniger thematisiert worden sei.

Bei den Trägern der **gesetzlichen Rentenversicherung**, die an der Fokusgruppe teilgenommen haben, bildete die einzige gemeinsame Klammer, dass die Einführung des Teilhabeplanverfahrens bezüglich der verschiedenen Reha-Trägerbereiche zu unterschiedlichen Zeitpunkten erfolgt ist. Darüber hinaus gestaltete sich – wie auch in den anderen Trägerbereichen – die Einführung recht unterschiedlich.

So berichtete ein Träger der Rentenversicherung, dass im Bereich der Eingliederungshilfen bereits erste Erfahrungen gesammelt werden konnten, während bei den Jobcentern im Bereich der Bundesagentur für Arbeit sich das Verfahren noch „in den Kinderschuhen“ (FK7: 12) befinde, da hier die Einführung erst Anfang 2024 erfolgt sei. Im Zusammenhang mit dieser Einführung seien weder umfangreiche Informationen, noch Schulungen zur Anwendung des Teilhabeplanverfahrens erfolgt. Der Träger habe lediglich per E-Mail „eine grobe Anweisung erhalten, was wir machen sollen“ (FK7: 12). Auch seien die Personalkapazitäten nicht aufgestockt worden, sodass das Teilhabeplanverfahren für die Mitarbeitenden eine zusätzliche Aufgabe zu den bereits vorhandenen Aufgaben sei, was von den Mitarbeitenden als Belastung wahrgenommen werde.

Zeitpunkt und Ausgestaltung der Einführung des Teilhabeplanverfahrens wurden von diesem Träger der Rentenversicherung als sehr unbefriedigend bewertet. Da es keine detaillierten Informationen oder Schulungen gegeben habe, waren die Mitarbeitenden mit der Umsetzung des Verfahrens auf sich gestellt. Vor dem Hintergrund, dass es bei anderen Trägern der Rentenversicherung eine umfangreiche Einführung gegeben habe, hätte sich dieser Träger eine intensivere Vorbereitung mit detaillierten Informationen zum Prozessablauf im Rahmen eines einheitlichen Verfahrens für alle Träger der Rentenversicherung gewünscht, wie die folgenden Aussage zeigt:

¹¹ Die Träger der Jugendhilfe erbringen Leistungen zur Teilhabe lediglich im Rahmen der Eingliederungshilfe für Kinder und Jugendliche mit seelischer Behinderung nach § 35a SGB VIII bzw. Eingliederungshilfen für Volljährige mit seelischer Behinderung nach §§ 41, 35a SGB VIII. Wenn in diesem Rahmen Leistungen aus unterschiedlichen Leistungsgruppen des SGB IX zu leisten sind oder eine Beteiligung nach § 15 SGB IX stattfindet, ist ein Teilhabeplanverfahren durchzuführen (siehe: <https://umsetzungsbegleitung-bthg.de/bthg-kompass/bk-schnittstellen/egh-kjh/fda-m9873/> [abgerufen: 28.08.2024]).

Zitat: „Und ich finde Februar 2024 ist einfach definitiv viel zu spät gewesen. Weil wir ja immer schon gewusst haben, da gibt es Rentenversicherungsträger, da läuft es halt deutlich besser und die haben schon klare Anweisungen. Und da finde ich müssen sich auch alle Häuser, das muss einheitlich, zeitlich auch preisgegeben werden.“ (FK7: 50)

Bei einem anderen Träger der Rentenversicherung habe es bei der Einführung mit Blick auf die verschiedenen Trägerbereiche ebenfalls unterschiedliche Zeitpunkte gegeben: Während das Teilhabeplanverfahren im Bereich der Eingliederungshilfe bereits vor zwei Jahren eingeführt worden sei, habe die Einführung bei den Jobcentern im Bereich der Bundesagentur für Arbeit im Sommer 2023 stattgefunden. Dieser Träger berichtete von einer umfangreichen Einführung mittels unterschiedlicher Informationsformate wie beispielsweise Fachtutorien und detaillierte Arbeitsanweisungen, die für beide Bereiche stattgefunden haben. Ziel dieser intensiven Einführungsprozesse sei es gewesen, die Mitarbeitenden mitzunehmen, um die existierenden Vorbehalte gegenüber dem Teilhabeplanverfahren abzubauen. Aus Sicht des Trägers sei dies auch gelungen, wie die folgende Aussage zeigt:

Zitat: „Das ist bei uns dann komplett anders gelaufen. Wir haben das Teilhabeplanverfahren mit der Bundesagentur für Arbeit bereits zum 1.7.2023 eingeführt. [...] Die [Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter] wurden auch im Fachtutorium informiert. Also wir haben da die Leute nicht im Regen stehen lassen. [...] Wir hatten natürlich auch Rückfragen, wie es ganz im Detail, der Teufel steckt halt wirklich immer im Detail, wie es in der Praxis aussieht. Und das konnten wir aber auch gemeinsam klären und haben dadurch auch eine gute Akzeptanz erzielt für ein Verfahren, was im Vorfeld sehr verschrien war.“ (FK7: 49)

Personalaufstockungen habe es bei diesem Träger nur in dem Bereich gegeben, in dem ein Fallmanagement umgesetzt werde. In den anderen Bereichen sei das Teilhabeplanverfahren „einfach als zusätzliche Aufgabe übergestülpt“ worden (FK7: 43). Das wurde auch von diesem Träger als Belastung für die Mitarbeitenden beschrieben. Allerdings habe die Mitnahme der Mitarbeitenden durch die erwähnte umfangreiche Einführung dazu beigetragen, dass dieses Belastungsmoment weniger stark zum Tragen gekommen sei, wie das folgende Zitat zeigt:

Zitat: „Aber wir konnten es wirklich unter Mitnahme aller Akteure, die eben nicht aufgestockt wurden, [...] konnten wir das trotzdem wuppen.“ (FK7: 49)

Die Vertretung einer Dachorganisation der Rentenversicherung berichtete, dass erfahrungsgemäß der Informationsbedarf der Mitarbeitenden von den regionalen Trägern selbst gedeckt worden sei. Einen Schulungsbedarf zum Zeitpunkt der Einführung des Teilhabeplanverfahrens seitens der Mitarbeitenden bei den regionalen Trägern sehe die Interviewperson nicht, da die Zusammenarbeit mit anderen Trägern bereits vor der Einführung des Teilhabeplanverfahrens Bestandteil der alltäglichen Arbeit der Fachkräfte gewesen sei, wie das folgende Zitat belegt:

Zitat: „Einen wirklichen Schulungsbedarf, nein. Weil [...] die Beratungsfachkräfte, die schmunzeln über sowas auch so ein bisschen, weil die halt sagen, ist doch normal, dass ich da mit einem beteiligten Träger rede. [...] Also so wirklich Schulung gab es dazu nicht und war aber auch nicht notwendig.“ (EX2: 28)

Die Formulare der BAR seien aus Sicht dieser Interviewperson kein Hilfs- und Unterstützungsinstrument für die Arbeit der regionalen Träger, da sie zu umfangreich und nicht praxistauglich seien. Den weiteren Ausführungen dieser Interviewperson war zu entnehmen, dass regionale Träger den eigenen Bedarfen entsprechende verkürzte Formular für die Teilhabepläne entwickelt haben.

Zitat: „Auf BAR-Ebene sind die bundeseinheitlichen Formulare in die Welt gekommen und da haben alle Träger, mit denen ich zu tun hatte, immer gesagt, die sind nicht praxistauglich. Die sind viel zu umfangreich und dann haben sich die Träger teilweise tatsächlich sogar regional zusammengesetzt und

haben eben Kurzpläne, verkürzte Teilhabepläne entwickelt, die für das Szenario ausreichend sind, für die sie vorgesehen sind. [...] Weil man einfach sagt, so ein großer trägerübergreifender Teilhabeplan, der ist nicht praxistauglich.“ (EX2: 26)

Im Bereich des **Sozialen Entschädigungsrechts** ist die Einführung des Teilhabeplanverfahrens bei den an der Fokusgruppen teilnehmenden Trägern vor dem Hintergrund der Reform des Rechts der Sozialen Entschädigung¹² zum 1. Januar 2024 zu betrachten. Diese Reform habe – so die Erkenntnisse aus der Fokusgruppe – auch Auswirkungen auf die organisatorischen Strukturen der Träger und damit verbunden auch auf die inhaltlichen Zuständigkeiten gehabt. So berichtete ein Träger, dass dieser mit der Reform die Fälle von den bisherigen Trägern und somit auch die Fälle der Teilhabe habe übernehmen und weiterführen müssen, ohne eine Schulung oder sonstige Informationen erhalten zu haben. Auch führe das Wissen, dass das SGB XIV auf Teilbereiche des SGB IX verweist, verbunden mit der Unsicherheit, ob das im SGB IX enthaltene Teilhabeplanverfahren in gleicher Ausführlichkeit auch auf den Teilhabebereich des SGB XIV anzuwenden sei, zu einer Situation der Überforderung der Mitarbeitenden, wie den folgenden Ausführungen zu entnehmen ist:

Zitat: „Also ich denke, bei uns ist einfach die große Problematik, wir haben die Fälle übernommen von den bisherigen Trägern und die Fälle der Teilhabe wurden bis dato von dort immer mit Unterstützung der Kollegen der Eingliederungshilfe bearbeitet. [...] Und diese Fälle haben wir jetzt übernommen, die müssen weitergeführt werden. [...] Wir haben ja keine Ahnung über dieses Planverfahren, wie das erstellt wird [...] und wissen gar nicht so richtig, wie wir das anpacken sollen und wie wir damit umgehen sollen. [...] Und da sind wir halt im Moment total überfordert, weil wir keine Schulungen haben, keine Erfahrungswerte haben. [...] Und das ist für uns also ein ganz großes Problem, diese Teilhabeleistungen eben richtig zu bearbeiten und da den richtigen Ansatz zu finden. Und da sind wir wirklich so im Dunkeln und auch ein bisschen alleingelassen. Also da haben wir gerade gar keine Hilfestellung.“ (FK5: 16)

Wie bei den bereits dargestellten Trägerbereichen lassen sich auch für den Bereich der **gesetzlichen Unfallversicherungen** unterschiedliche Einführungsprozesse identifizieren. So seien bei einem Träger der Unfallversicherung bereits vor dem Inkrafttreten des BTHG die Mitarbeitenden im Rahmen einer Auftaktveranstaltung über die Änderungen in Folge der Einführung des BTHG informiert worden. Zudem seien neue Stellen geschaffen worden, die „zu einem gewissen Anteil“ (FK6: 14) für das Teilhabeplanverfahren verantwortlich zeichneten. Auch seien vor der Bereitstellung von Formularen durch die BAR trägereigene Formulare für das Teilhabeplanverfahren erstellt worden. Diese Formulare seien nach Ansicht des Trägers im Vergleich zu den BAR-Formularen besser auf die trägereigenen Bedarfe zugeschnitten. Nach der Einführung habe es weitere Informationsveranstaltungen gegeben. Diese frühzeitigen Aktivitäten führte der Träger zu einem darauf zurück, dass eine Person von der eigenen Hauptverwaltung an den Entwicklungs-/Gesetzgebungsprozessen im Bundesministerium für Arbeit und Soziales mitgewirkt habe. Zum anderen seien mit der Einführung des Teilhabeplanverfahrens hohe Erwartungen verbunden gewesen und der Träger habe mit hohen Fallzahlen gerechnet, was letztlich aber nicht eingetreten sei, wie das folgende Zitat belegt:

Zitat: „Ich denke, man hat sich auch intern bei uns ein bisschen mehr davon versprochen, insbesondere auch ein bisschen mehr Fallzahlen entsprechend.“ (FK6: 14)

Bei einem anderen Träger wiederum wurde die Einführung „eher stiefmütterlich behandelt“ (FK6: 15). Es haben zwar Schulungen stattgefunden und bei Bedarf werde auch nachgeschult. Allerdings

¹² Mit dieser Reform erfolgte nicht nur eine Umbenennung der Hauptfürsorgestellen und Versorgungsverwaltungen in Träger der Sozialen Entschädigung, sondern das Recht der Sozialen Entschädigung wird seit Januar 2024 im neu geschaffenen SGB XIV geregelt. Das bedeutet, dass das Bundesversorgungsgesetz (BVG) und das Opferentschädigungsgesetz (OEG), in denen bis zum 31. Dezember 2023 die Leistungen der Sozialen Entschädigung geregelt waren, aufgehoben wurden (siehe: <https://www.bmas.de/DE/Soziales/Soziale-Entschaedigung/Fragen-und-Antworten/faq-ser-art.html> [abgerufen: 28.08.2024]).

habe die Fülle an Informationen, die im Rahmen dieser Schulungen vermittelt wurden, die Teilnehmenden „erschlagen“ (FK6: 18). Der Träger berichtete außerdem, dass mit der Einführung auch neue Stellen ausgeschrieben worden seien, die allerdings aufgrund des herrschenden Fachkräftemangels nicht besetzt werden konnten, sodass im Ergebnis das Teilhabeplanverfahren „von jedem so ein bisschen mitgemacht [werde], aber es läuft nicht so, wie es laufen soll“ (FK6: 15).

Ein weiterer Träger attestierte der Einführung ebenfalls eine „stiefmütterliche Behandlung“ (FK6: 17), da es zwar Informationen über das BTHG gegeben habe, Schulungen oder sonstige organisatorische Veränderung hätten aber nicht stattgefunden.

Ein anderer Träger der gesetzlichen Unfallversicherung bezeichnete die Einführung des Teilhabeplanverfahrens als einen Prozess, der zwar mit Schulungen begleitet worden sei, neue Stellen seien aber nicht geschaffen worden. Dies habe dazu geführt, dass die Mitarbeitenden neben den bisherigen Aufgaben eine weitere Aufgabe wahrnehmen müssen. Auch dieser Träger habe sich von der Einführung des Teilhabeplanverfahrens mehr „versprochen, aber [in der] Praxis hat sich das alles nicht bewahrheitet“ (FK6: 16).

Im Rahmen der Expertengespräche berichtete eine Vertretung einer Dachorganisation, dass mit der Einführung des Teilhabeplanverfahrens der Dachverband der gesetzlichen Unfallversicherung den Trägern einen „Handlungsleitfaden im Sinne einer Prozessbeschreibung“ (EX1: 12) zur Verfügung stellt habe. In diesem Leitfaden sei die Gemeinsame Empfehlung Reha-Prozess auf die Verfahren in der gesetzlichen Unfallversicherung heruntergebrochen, sodass der Leitfaden den Trägern als Rahmung für die Umsetzung des trägerübergreifenden Teilhabeplanverfahrens dienen könne. Darüber hinaus schloss die Interviewperson nicht aus, dass einzelne Träger weitere Konkretisierungen der Verfahrensabläufe in Arbeitsanweisungen vorgenommen haben.

Des Weiteren habe vor bzw. mit Beginn der Einführung des BTHG eine größere Fachveranstaltung stattgefunden, in der das BTHG vorgestellt und auch über das Teilhabeplanverfahren diskutiert worden sei. Auch werden regelmäßig Seminare angeboten, die sich zwar nicht explizit mit dem Teilhabeplanverfahren beschäftigen, in deren Rahmen aber das BTHG, das SGB IX und die trägerübergreifende Zusammenarbeit immer wieder Themen seien. Darüber hinaus finden jährlich sogenannte Reha-Management-Tagungen statt, auf denen u.a. auch über Neuerungen im SGB IX informiert werde. Angesichts dieses umfassenden Angebots stehe nach Ansicht dieser Interviewperson den Mitarbeitenden unterschiedliche Kanäle zur Verfügung, um sich entsprechend den jeweiligen Erfordernissen umfänglich informieren zu können.

Inwiefern bei den einzelnen Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung zusätzliche Ressourcen für die Umsetzung des Teilhabeplanverfahrens zur Verfügung gestellt worden seien, entzog sich der Kenntnis dieser Interviewperson. Die Interviewperson ging aber davon aus, dass dies nicht der Fall sei, da das Teilhabeplanverfahren dem Vorgehen im Rahmen des Reha-Managements für komplexe Fälle entspreche, wie das folgende Zitat belegt:

Zitat: „Ja, grundsätzlich würde ich jetzt aber davon ausgehen, dass da jetzt keine besonderen Ressourcen bereitgestellt wurden, weil es ja auch quasi so mit unseren Verfahren eigentlich zusammenpasst, dass jetzt im Zweifelsfall gar keine großen Mehraufwände dadurch entstehen dürfen. Also wir haben das Reha-Management für komplexe Fälle [...] und da ist es sowieso schon immer, [...] schon seit 10, 15 Jahren, dass da auch ein Reha- und Teilhabeplan erstellt wird. Also diese Idee frühzeitig einen Plan aufzustellen und den auch fortzuschreiben, das ist sowieso schon etabliert und von dem her ist das jetzt eigentlich auch nichts, wo grundsätzlich irgendwie Arbeitsprozesse angepasst oder bearbeitet werden müssten.“ (EX1: 16)

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die Einführung des Teilhabeplanverfahrens bei den Reha-Trägern durch eine große Heterogenität gekennzeichnet ist. Mit Blick auf die Organisationsstruktur reicht die Spannweite von der Integration des Teilhabeplanverfahrens in bereits bestehende Strukturen über die Schaffung von neuen Strukturen in Form spezialisierter Teams bzw. Fachkräfte oder von Ansprechpersonen bis hin zu keinen Veränderungen. In vielen berichteten Fällen wurden die neugeschaffenen Strukturen jedoch aufgrund einer zu geringen Inanspruchnahme des Teilhabeplanverfahrens wieder aufgelöst, indem den dort tätigen Fachkräften neue Aufgabengebiete zugeteilt wurden.

Auch im Bereich Wissensvermittlung ist eine Diversität festzustellen. So hat es bei einigen Trägern Schulungen für alle Fachkräfte gegeben, bei anderen Trägern fanden Schulungen nur für ausgewählte Fachkräfte statt und bei wieder anderen Trägern erfolgten keine Schulungen oder sonstige Informationsübermittlungen. Das Angebot von Schulungen für alle Fachkräfte wird damit begründet, Ängste und Vorbehalte gegenüber dem neuen Instrument des Teilhabeplanverfahrens abbauen zu wollen. Schulungen einzelner Fachkräfte stehen in einem direkten Zusammenhang mit der bereits erwähnten Schaffung neuer Strukturen und dem Ziel, Expertenwissen an einer Stelle zu bündeln. Dort, wo es keine Schulungen und/oder nur unzureichende Informationen zum Teilhabeplanverfahren ergeben hat, kam es unter den Fachkräften zu einer Verunsicherung in der Handhabung des Teilhabeverfahrens und somit auch zu einer belastenden Situation.

Bezogen auf das Thema Personal kann festgehalten werden, dass dieses nur in Einzelfällen aufgestockt worden ist. Bei den meisten Trägern wurden für die Umsetzung des Teilhabeplanverfahrens keine zusätzlichen Personalkapazitäten zur Verfügung gestellt, sodass das Teilhabeplanverfahren für die Fachkräfte eine zusätzliche Aufgabe zu den bereits vorhandenen Aufgaben darstellt und daher oftmals als Belastung wahrgenommen wird. Vor dem Hintergrund fehlender Personalressourcen und wie oben erwähnt fehlender Informationen wird vor allem für diese beiden Bereiche Verbesserungsbedarf seitens der Interviewpersonen formuliert.

In Bezug auf unterstützende Arbeitsmittel zur konkreten Handhabung des Teilhabeplanverfahrens sind in einigen Reha-Trägerbereichen auf die eigenen Bedarfe zugeschnittene Formulare entwickelt worden; teils dienten die BAR-Formulare als Grundlage. Insgesamt scheinen die Arbeitshilfen der BAR, wie beispielsweise die Gemeinsame Empfehlung Reha-Prozess, in der Praxis der Reha-Träger eine eher untergeordnete Rolle zu spielen. Dies könnte, wie von einigen Interviewpersonen erwähnt, an der zu allgemeinen Ausrichtung der Dokumente und der fehlenden Praxisnähe liegen.

4. Umsetzung des trägerübergreifenden Teilhabeplanverfahrens

Die Erkenntnisse aus den Fokusgruppen und Expertengesprächen bestätigen die Erkenntnisse des aktuellen Teilhabeverfahrensberichts (siehe Kapitel 1), dass das trägerübergreifende Teilhabeplanverfahren in der Praxis der Reha-Träger bislang selten und zum Teil nur in Einzelfällen zur Anwendung kommt. Dieses Kapitel widmet sich vor allem der Darstellung bisheriger Erfahrungen in der Umsetzung des trägerübergreifenden Teilhabeplanverfahrens und zeigt Anlässe auf, die zu einem Teilhabeplanverfahren geführt haben. Hierbei lassen sich bereits erste Herausforderungen und Hemmnisse in der Anwendung dieses Instruments erkennen, auf die im Detail in Kapitel 5 eingegangen wird.

4.1 Bisherige Erfahrungen mit dem trägerübergreifenden Teilhabeplanverfahren

Die Gesprächspersonen der verschiedenen Trägerbereiche schilderten die Erfahrung, dass das Instrument der trägerübergreifenden Teilhabeplanung in der Praxis eine eher untergeordnete Rolle spielt und die Fallzahlen diesbezüglich nicht sehr hoch sind.

Während im Bereich der **gesetzlichen Krankenversicherung** das trägerübergreifende Teilhabeplanverfahren nach Aussage eines Trägers „das eine oder andere Mal gelebt“ (FK3:67) werde, sei das Verfahren nach Aussage eines anderen Trägers der gesetzlichen Krankenkasse in der Praxis bislang nicht zum Tragen gekommen. Dass im Bereich der gesetzlichen Krankenkassen insgesamt nicht viele Fälle zu verzeichnen sind, in denen die Krankenkassen als Reha-Träger an einem Teilhabeplanverfahren beteiligt sind, wurde auch im Experteninterview mit einer Dachorganisation bestätigt. Auch im Bereich der **Jugendhilfe** liegen nur sehr begrenzte Erfahrungswerte hinsichtlich der Umsetzung des Teilhabeplanverfahrens vor. Die Träger berichteten, dass sie dem Instrument der trägerübergreifenden Teilhabeplanung bislang nicht sehr oft begegnet seien und konnten daher nur wenige Fälle als Erfahrungsschatz anführen. Die Einrichtung neuer Sachgebiete für die § 35a-Hilfen führte bei einem Träger zudem dazu, dass die Jugendhilfe lange mit sich selbst beschäftigt gewesen sei und das Thema Teilhabeplanverfahren daher eher vernachlässigt worden sei, da „wir aktuell einfach mit anderen Dingen auch beschäftigt waren“ (siehe hierzu auch die Ausführungen in Kapitel 3). Im Bereich der **gesetzlichen Unfallversicherung** kommen nach Auskunft der an der Fokusgruppe teilnehmenden Träger Fälle, die ein trägerübergreifendes Teilhabeplanverfahren auslösen könnten, ebenso nur vereinzelt vor. Begründet wurde dies damit, dass die Unfallversicherung ein breites Spektrum an Reha-Leistungen abdecke¹³, sodass andere Träger nur selten eine Rolle spielen würden.

Im Bereich der **gesetzlichen Rentenversicherung** liegen nach Angaben der Träger vor allem Erfahrungen in der praktischen Umsetzung des Teilhabeplanverfahrens im Bereich der Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM) vor. Dort werden Teilhabeplanverfahren seit der Reform des BTHG und dem Entfallen der Fachausschüsse¹⁴ bereits länger durchgeführt. Im Experteninterview mit einer Dachorganisation der Rentenversicherung wurde zudem angemerkt, dass Verfahren der

¹³ Hierbei handelt es sich um Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, Leistungen zur Teilhabe an Bildung, Leistungen zur sozialen Teilhabe sowie unterhaltssichernde und ergänzende Leistungen (BAR 2023: 22).

¹⁴ Mit der Reform des BTHG zum 01.01.2018 wurde geregelt, dass bei Erstaufnahmen in eine Werkstatt für Menschen mit Behinderung (WfbM) ein Teilhabeplanverfahren durchzuführen ist. Ein Tätigwerden des Fachausschusses, das bis zu diesem Zeitpunkt Menschen mit Behinderung über die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben beraten und eine entsprechende Stellungnahme abgegeben hat, entfällt (vgl. BAGüS 2017: 17).

trägerübergreifenden Teilhabeplanung hingegen selten mit der Unfallversicherung durchgeführt werden, da die Zuständigkeiten der Leistungserbringung klar und gut abgrenzbar seien.

Ein Träger des **Sozialen Entschädigungsrechts** konstatierte hingegen, bislang an keinem trägerübergreifenden Teilhabeplanverfahren involviert gewesen zu sein. Auch das Experteninterview in diesem Trägerbereich zeigt, dass das Verfahren bislang kaum zum Einsatz kommt.

Praxis einer Antragsweiterleitung

Über alle Trägerbereiche hinweg wurde die Erfahrung geschildert, dass Anträge im Rahmen eines Teilhabeplanverfahrens häufig weitergeleitet werden und sich andere Träger dadurch der Zuständigkeit für das Teilhabeplanverfahren entziehen würden. Die Gründe hierfür liegen sowohl in den Unsicherheiten in der Bedarfsermittlung und Zuständigkeitsklärung (siehe Abschnitt 5.2), als auch an begrenzten personellen und zeitlichen Kapazitäten (siehe Abschnitt 5.5). Einig war man sich darüber, dass eine langwierige Klärung der Zuständigkeit zu Lasten der Antragstellenden gehe, die lange auf den Bewilligungsbescheid warten müssen.

Aus dem Bereich der **Unfallversicherung** wurde die Erfahrung geschildert, dass „erstmal alles stupide weitergeleitet wurde“ (FK6: 28) und viele Anträge zur Bearbeitung eingegangen seien. Auch aus dem Bereich der **Eingliederungshilfe** wurde die Wahrnehmung geteilt, dass viele Anträge eingegangen seien, die mit dem zuständigen Fachdienst nichts zu tun hatten. Im Experteninterview wurde die Einschätzung formuliert, dass insbesondere die Krankenkassen dem Teilhabeprozess keine Priorität beimessen würden. Eine solche Antragsweiterleitung wurde auch im Bereich der **Jugendhilfe** hervorgehoben, die häufig seitens der Krankenkassen beobachtet werde. Dies wurde im Interview als eine Verschiebung der Zuständigkeiten bewertet, da sich niemand „freiwillig den Schuh anziehen würde und sagen, ich bin leistender Rehabilitationsträger“ (EX5: 14). Ein Träger aus dem Bereich der **gesetzlichen Krankenkassen** teilte indes seinen Eindruck mit, dass sich die Eingliederungshilfe wiederum aus der Verantwortung ziehen würde, da auf Anfragen seitens der Krankenkasse nur selten Rückmeldungen kommen würden. Jeder sei versucht, „möglichst keine Arbeit zu haben, möglichst den Antrag irgendwo hinzustellen“ (FK3: 115). Aus dem Bereich der **Rentenversicherung** wurde die Erfahrung geschildert, dass im Kontext der Werkstätten für Menschen mit Behinderung die Eingliederungshilfe häufig die Anträge weiterleite, ohne genau zu prüfen, ob sie nicht in der Hauptverantwortung für das Verfahren sei.

Das Delegieren von Verantwortung kann Ausdruck von Unsicherheit und Überforderung sein, wie ein Träger des **Sozialen Entschädigungsrechts** angab.

Zitat: „Ich will ja niemandem einen schwarzen Peter zuschieben, aber alle sind überfordert. Alle wissen viel nicht. Und dann versucht man natürlich das, was man irgendwie loskriegen kann, loszukriegen. Und sagt, ich bin nicht zuständig, ich gebe es jetzt euch. Und dann müsst ihr das machen. [...] Ja, also ich würde auch sagen, es ist sehr, sehr schwierig.“ (FK5: 25)

Aber auch anhand enger personeller und zeitlicher Ressourcen kann eine Weiterleitung der Anträge erklärt werden. Nach Ansicht eines Trägers der **Jugendhilfe** waren viele Träger insbesondere zu Beginn der trägerübergreifenden Teilhabeplanung bemüht, die Gesamtverantwortung des Verfahrens weiterzureichen.

Zitat: „So mein Gefühl zumindest, dass es mehr ein Miteinander wird, aber es war lange, glaube ich, ein Gegeneinander, auch weil es immer am Ende, glaube ich, ein bisschen um die Arbeitsbelastung geht, ist so mein Gefühl. Dass jeder versucht, die Belastung so gering wie möglich zu halten und deswegen gerne auch jeden Fall, den man irgendwie umgehen kann, auch umgehen kann. Man möchte keinen ohne Hilfe dastehen lassen, darum geht es gar nicht, aber man möchte gerne, dass jemand anderes die Verantwortung trägt und jemand anderes eben die Hilfe leistet. Ich glaube, das ist schon gängiger, aber

mein Gefühl ist, dass das zumindest in unserem Bereich so ein bisschen sich auflöst und dass es mehr ein Miteinander wird auf jeden Fall.“ (FK4: 44)

Als zweitangegangener Träger¹⁵ kann ein weitergeleiteter Antrag zu Rehabilitationsbedarfen nicht abgelehnt, zurückgeschickt oder ohne Turbo-Klärung (§ 14 Abs. 3 SGB IX) an einen dritten Träger weitergeleitet werden. Die Bedarfsklärung sei in solchen Fällen ebenfalls aufwändig und nehme viel Zeit in Anspruch, wie ein Träger aus dem Bereich der **Jugendhilfe** wie folgt ausführte:

Zitat: „Und da ist auch nichts mehr schnell. Also da ziehen sich die Sachen dann wirklich hin, weil bis die Mühlen dann bei uns mahlen und dann wollen die dann plötzlich, dann weiß die Wirtschaftliche gar nichts damit anzufangen und dann wollen die dann dafür ein 35a Gutachten. Und da habe ich mir gedacht, da gibt es kein Gutachten, weil wir sind nicht der Träger. Also wir sind eigentlich nicht zuständig für die Hilfe und da kann ich kein Gutachten anfordern, ja aber ohne Gutachten genehmigen wir nicht. Also das ist wirklich der Horror.“ (FK4: 46)

Die für diese Konstellation nutzbare Turbo-Klärung wurde hingegen als nicht immer zielführend beschrieben. Ein Träger aus dem Bereich der Jugendhilfe habe die Erfahrung gemacht, dass trotz dieses Instruments keine Zuständigkeitsklärung – in diesem Fall mit der Krankenkasse – erzielt werden konnte. Diese Praxis der Weiterleitung von Anträgen kann dazu führen, dass die gesetzten Fristen im Rahmen des Teilhabeplanverfahrens nicht eingehalten werden können. Leidtragende sind dann die Antragstellenden, die auf die Bewilligung ihrer Leistungen warten müssen. Aus dem Bereich der Jugendhilfe wurde die fehlende Möglichkeit bedauert, den Antrag bei geprüfter Nicht-Zuständigkeit zurücksenden zu können.

Zusammenarbeit zwischen Reha-Trägern

Der Grad der Zusammenarbeit zwischen den einzelnen Reha-Trägern ist sehr unterschiedlich und reicht von gutem und schnellem Kontakt bis zu Schwierigkeiten in der Erreichbarkeit. Im Bereich der **gesetzlichen Rentenversicherung** berichteten einzelne Träger von Schwierigkeiten in der Kooperation mit der Eingliederungshilfe bei trägerübergreifenden Teilhabeplanverfahren im Rahmen der Werkstätten für Menschen mit Behinderung. Nach Ansicht einer befragten Vertretung einer Dachorganisation aus dem Bereich der gesetzlichen Rentenversicherung wurde der Austausch mit der Agentur für Arbeit als positiv bewertet, da entsprechende Durchwahlen vorliegen und man in regionalen Arbeitskreisen gut vernetzt sei. Von einem anderen Träger im Bereich der Rentenversicherung wurde konstatiert, bislang nur selten mit der Eingliederungshilfe und den Krankenkassen im Kontext der trägerübergreifenden Teilhabeplanung zusammengearbeitet zu haben.

Wenn es im Bereich der **gesetzlichen Krankenversicherung** zu einem trägerübergreifenden Teilhabeplanverfahren kam, dann vor allem in Zusammenarbeit mit der Eingliederungs- und Jugendhilfe sowie der Bundesagentur für Arbeit. Träger der **Jugendhilfe** erlebten die Zusammenarbeit insbesondere mit den gesetzlichen Krankenkassen als schwierig.

Netzwerkveranstaltungen sind eine Möglichkeit, mit diversen Trägerbereichen in Kontakt zu kommen und abseits konkreter Fallkonstellationen das gegenseitige Leistungsportfolio kennenzulernen. Einzelne Träger berichteten davon, hier selbst aktiv tätig geworden zu sein, um den Austausch und die Vernetzung auf lokaler Ebene zu fördern. Ein Träger im Bereich der

¹⁵ Wenn ein Reha-Träger einen Antrag von einem anderen Träger des gleichen Sozialleistungsbereichs weitergeleitet bekommt, dann ist er zweitangegangener Träger und damit leistender Reha-Träger mit den entsprechenden Rechtsfolgen. Eine Weiterleitung an einen dritten Träger mit den entsprechenden Rechtsfolgen kommt nur mit dessen ausdrücklichem Einverständnis in Betracht. Siehe hierzu: <https://umsetzungsbegleitung-bthg.de/bthg-kompass/bk-teilhabeplanverfahren/koordination-der-leistungen/fd2-1011/> [abgerufen: 16.09.2024]

Unfallversicherung berichtete diesbezüglich von einer im Träger verankerten Netzwerkstelle, die Netzwerkveranstaltungen organisiere und die Leistungen bei anderen Trägern vorstelle. Auch im Bereich der **Bundesagentur für Arbeit** wurde davon berichtet, Regionalveranstaltungen durchgeführt zu haben, bei denen gezielt verschiedene Rentenversicherungsträger eingeladen worden seien, um nicht nur das Interesse an einer guten Zusammenarbeit zu verdeutlichen, sondern auch um aufgebaute Ressentiments abzubauen. Im Bereich der Bundesagentur für Arbeit wurde die Ansicht vertreten, dass ein solcher Austausch elementar sei und regelmäßig stattfinden müsse.

Auch aus dem Trägerbereich der **Jugendhilfe** wurde von regelmäßigen lokalen Kooperationstreffen berichtet, an dem auch andere Trägerbereiche anwesend seien und man sich hierüber auch austauschen könne. Die Träger der Jugendhilfe, so wurde es in der Fokusgruppe berichtet, seien eng mit anderen Fachbereichen verbunden. Dies zeige sich auch in den regelmäßig durchgeführten Hilfeplangesprächen, an denen verschiedene Expert*innen unterschiedlicher Trägerschaft teilnehmen. Es werde grundsätzlich ein ganzheitlicher Blick auf die jungen Menschen geworfen und alle Lebensbereiche in der Hilfe- und Unterstützungsplanung berücksichtigt. Vor diesem Hintergrund kann diese etablierte Praxis auch als trägerübergreifende Teilhabeplanung aufgefasst werden, auch wenn dies in der Form nicht offiziell dokumentiert wird (siehe Abschnitt 5.6).

Sanktionsmöglichkeiten

Die im Gesetz verankerten Sanktionsmöglichkeiten werden nach Aussagen der Eingliederungshilfe nicht genutzt. Das bestehende Recht, für einen anderen Träger Leistungen zu bewilligen, werde in der Praxis nicht gelebt. Dies hat wiederum Auswirkungen auf die gesetzten Fristen, die dadurch nicht immer eingehalten werden, wie das folgende Zitat verdeutlicht:

Zitat: „Es führt natürlich dann auch in der Konsequenz dazu, wenn die Sanktionsmöglichkeit oder die vermeintliche Sanktionsmöglichkeit für andere Leistungsträger zu entscheiden, nicht genutzt wird, dass natürlich aber auch die Fristen, die der Gesetzgeber eigentlich vorgesehen hat, nicht eingehalten werden und aber auch gegenseitig von den Leistungsträgern akzeptiert werden, dass sie nicht eingehalten werden. Also häufig ist es so, dass dann auch die Entscheidungen zum Bedarf von anderen Leistungsträgern natürlich nicht innerhalb von 14 Tagen vorliegen, sondern wesentlich länger benötigen. Und das wird dann aber auch akzeptiert, weil man auch die Hürde nicht gehen möchte, sozusagen für einen anderen Leistungsträger zu entscheiden.“ (FK1: 69)

4.2 Anlässe eines trägerübergreifenden Teilhabeplanverfahrens

Die folgenden Ausführungen der Expertinnen und Experten sowie der an den Fokusgruppen teilnehmenden Träger verdeutlichen, dass es ein breites Spektrum gibt, in welchen Fällen ein trägerübergreifendes Teilhabeplanverfahren zur Anwendung kommt.

In der **Eingliederungshilfe** komme das Teilhabeplanverfahren gemäß den Ausführungen der Vertretung einer Dachorganisation und der Träger, die an der Fokusgruppe teilgenommen haben, immer bei Komplexfällen mit Bedarf an 24-Stunden-Assistenz zur Anwendung.

Zitat: „Wo wir auch wirklich viel trägerübergreifend machen, sind diese sogenannten Komplexfälle mit 24-Stunden-Assistenz, wo auch Pflege mit drin ist, wo Krankenbehandlung, wo außerklinische, also die Intensiv-Außerklinische und so weiter. Also diese 24-Stunden-Fälle, die wir da auch haben, die nennen wir jetzt so wegen der Bedarfslage und da haben wir wirklich mit vielen Trägern zu tun, teilweise dann auch mit Beihilfekassen, [...] dann halt die Kranken- und Pflegekasse in Bezug auf die Pflegeleistungen und die Krankenhilfe.“ (EX8: 32)

Im Bereich der **Bundesagentur für Arbeit** berichtete ein Träger, dass es bereits mehrere Teilhabeplanverfahren mit der Rentenversicherung gegeben habe; um welche konkreten Fälle es sich

hierbei gehandelt hat und von welchem Träger die Initiative ausging, geht aus den weiteren Ausführungen nicht hervor. Ein anderer Träger habe eine Teilhabeplanung initiiert, um eine betroffene Person in eine Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM) vermitteln zu können. Die Einbeziehung der Eingliederungshilfe in ein Teilhabeplanverfahren im Rahmen von WfbM bestätigte auch ein weiterer Träger und die Vertretung eines Dachverbandes, die in diesem Zusammenhang auch auf eine Orientierungshilfe zur trägerübergreifenden Zusammenarbeit mit den Trägern der Eingliederungshilfe hinwies. Diese Orientierungshilfe sei „eine Schritt für Schritt Anleitung [...], da weiß jeder, wann er was zu tun hat“ (EX6: 38).

Bei den **gesetzlichen Krankenkassen** erfolge den Ausführungen von zwei Trägern entsprechend ein Teilhabeplanverfahren überwiegend auf Einladung eines Trägers der Eingliederungshilfe. In diesen Fällen gehe es um Betroffene, die Assistenzleistungen vom Eingliederungshilfeträger beziehen und die Krankenkasse die medizinische Versorgung in Form von häuslicher Krankenpflege (HKP) oder außerklinischer Intensivpflege (AKI) übernehme. Weitere Beispiele seien Schulbegleitung oder Kinder mit Diabetes oder Autismus, da hier oftmals unterschiedliche Auffassungen über die Zuständigkeiten vorliegen und ein trägerübergreifendes Teilhabeplanverfahren für Klärung sorgen solle, wie der folgenden Aussage des Trägers entnommen werden kann:

Zitat: „Oder auch Fälle, wo es bei uns eine Rolle spielt, zum Beispiel bei der Schulbegleitung, Diabetes-Kinder, Autismus-Kinder. Das sind diese Fälle, wo oftmals gestritten wird, würde man sagen. Weil da ganz seltsame Konstellationen auftauchen. Wo aber dann auch tatsächlich mal versucht wird, trägerübergreifend das zu regeln. Wer zahlt welche Leistung in welchem Umfang.“ (FK3: 67)

Ergänzend zu diesen genannten Fällen habe es bei einem anderen Träger auch mit der Bundesagentur für Arbeit ein Teilhabeplanverfahren gegeben, wo es auch zu einer Teilhabeplankonferenz gekommen sei, „weil man einfach nicht wusste, wohin bei der Versicherten der Weg ging“ (FK3: 68). Insgesamt habe dieser Träger die Erfahrung gemacht, dass sowohl mit Trägern der Eingliederungshilfe, als auch mit Trägern der Bundesagentur für Arbeit die Umsetzung des Teilhabeplanverfahrens funktioniere.

Ein weiterer Träger der gesetzlichen Krankenkassen berichtete, dass im Rahmen einer Anschluss-Rehabilitation mit einer anstehenden beruflichen Umorientierung die Krankenkasse ein Teilhabeplanverfahren mit der Rentenversicherung und der Bundesagentur für Arbeit eingeleitet habe, um die Zuständigkeiten und das weitere Vorgehen zu klären. In diesem Zusammenhang wies ein anderer Träger darauf hin, dass dies eine klassische Aufgabe sei, die die Reha-Einrichtungen mit ihren Sozialdiensten im Rahmen der Planung der weiteren Versorgung durchführen. In diesen Fällen werden Teilhabebedarfe betrachtet, die aber nicht über den „Weg des Teilhabeplans abgebildet [werden]“ (FK3: 28).

Insgesamt bestand unter den Trägern der gesetzlichen Krankenkassen Einigkeit darüber, dass das Teilhabeplanverfahren ein Verfahren für komplexe Fälle mit Abstimmungsbedarf unter den Reha-Trägern sei. Dies bestätigte auch eine Vertretung eines Dachverbandes, die jedoch darauf hinwies, dass bei den gesetzlichen Krankenkassen selbst nur selten komplexe Fälle auftreten. Häufiger käme es vor, dass Krankenkassen von anderen Reha-Trägern bei komplexen Bedarfslagen kontaktiert werden, wie der folgenden Aussage zu entnehmen ist:

Zitat: „Dann ist es die Eingliederungshilfe oder die Jugendhilfe. Und dann ist es tatsächlich so, dass schon jemand da hinkommt und mehrere Bedarfe hat. [...] Und dann kommen die auf uns zu. Und in den Fällen werden die Kassen dann auch einbezogen, bescheiden über ihre Hilfsmittel, ihre Maßnahme und geben dann eine Rückmeldung. Das sind so die Fälle. Also ich denke, wir sind vielleicht gar nicht so der richtige Träger, bei dem solche komplexen Fallgestaltungen hochkommen.“ (EX4:10)

Im Bereich der **Jugendhilfe** stellte bei einem Träger die Anfrage der Agentur für Arbeit den Anlass für das einzige Teilhabeplanverfahren dar, das bei diesem Träger durchgeführt worden ist, wie das folgende Zitat belegt:

Zitat: „Also, wir hatten jetzt einmal ein Teilhabeplanverfahren, was angeregt wurde von der Agentur für Arbeit, die mit einer Hilfe drin waren und wir sozusagen mit der stationären Unterbringung. Aber das war der einzige Fall bisher.“ (FK4: 31)

Ein anderer Träger aus diesem Trägerbereich konnte über zwei Teilhabeplanverfahren berichten, in deren Rahmen jeweils auch Teilhabeplankonferenzen durchgeführt worden sind (siehe Abschnitt 4.3).

Im Bereich der **gesetzlichen Rentenversicherung** wurde von einem Träger berichtet, dass Teilhabeplanverfahren immer mit den Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM) durchgeführt werden und in diesem Zusammenhang auch Teilhabepläne zwischen den Eingliederungshilfeträgern, den Betroffenen und der Rentenversicherung erstellt werden. Ein anderer Träger dieses Trägerbereichs führte ergänzend noch aus, dass das Teilhabeplanverfahren im Bereich der WfbM allerdings nur dann funktioniere, wenn der Träger selbst und nicht die Eingliederungshilfe verantwortlich sei. Der Einsatz des Teilhabeplanverfahrens bei den WfbM wurde auch von einer Vertretung einer Dachorganisation bestätigt.

Ein klassischer Fall für ein trägerübergreifendes Teilhabeplanverfahren im Bereich der **gesetzlichen Unfallversicherung** sei, wenn eine Unfallverletzung und eine unfallunabhängige Erkrankung wie beispielsweise psychische Probleme oder Suchtstörungen zusammentreffen. In einem solchen Fall werden weitere Reha-Träger mit Ziel eines gemeinsamen Teilhabeplanverfahrens kontaktiert. Allerdings scheitere die Kontaktaufnahme oftmals daran, da die dortigen Ansprechpersonen u.a. aufgrund fehlender Kontaktdaten nicht erreicht werden können.

Ein weiterer Anlass stelle die Veranlassung durch einen anderen Reha-Träger dar. So berichtete ein Träger der gesetzlichen Unfallversicherung, dass er von der Bundesagentur für Arbeit im Falle einer versicherten Person, die einen Arbeitsunfall im Rahmen eines Mini-Jobs gehabt habe, kontaktiert worden sei, um ein Teilhabeplanverfahren zu initiieren, wie das folgende Zitat verdeutlicht:

Zitat: „Und den einen Teilhabeplan, den ich gemacht hatte, der kam auch auf Veranlassung und ausdrückliche Forderungen von der Bundesagentur. [...] Das war eine junge Versicherte, die noch gar keine Ausbildung hatte und in einem Minijob einen Unfall hatte, der in unseren Zuständigkeitsbereich fiel. Und da haben wir uns zusammengesetzt, uns gemeinsam getroffen, haben mit der Versicherten besprochen, was wir leisten können, was in unserem Bereich machbar ist, was im Bereich der Agentur machbar ist. Und da habe ich dann auch den Teilhabeplan gemacht.“ (FK6: 27)

Bei einem anderen Träger sei es zu einer trägerübergreifenden Teilhabeplanung gekommen, weil die betroffene Person in einer betrieblichen Umschulung über die Rentenversicherung einen Arbeitsunfall gehabt habe, für den die Unfallversicherung zuständig gewesen sei.

Von der Möglichkeit, dass ein Teilhabeplanverfahren von einer betroffenen Person angestoßen worden ist, wurde weder in den Experteninterviews, noch in den Fokusgruppen berichtet. Ein möglicher Grund hierfür könnte fehlendes Wissen sein (siehe Abschnitt 5.8).

4.3 Die Teilhabeplankonferenz

Die Durchführung von Teilhabeplankonferenzen wurde in den Interviews als Seltenheit beschrieben, was auch die Zahlen des Teilhabeverfahrensberichts zeigen. Die interviewten Träger der verschiedenen Trägerbereiche konnten in der Regel nur von einzelnen Fällen berichten, sodass die

Durchführung einer solchen Konferenz nicht als Standard eines Teilhabeplanverfahrens zu bewerten ist.

Aus dem Bereich der gesetzlichen **Rentenversicherung** konnte von keinen Erfahrungen einer bereits durchgeführten Teilhabeplankonferenz berichten werden. Während ein Träger aus dem Bereich der **Jugendhilfe** ebenfalls von keinen Erfahrungen in der Durchführung von Teilhabeplankonferenzen berichten konnte, gab ein anderer Träger dieses Bereichs hingegen an, bereits an zwei Konferenzen teilgenommen zu haben. In dem einen Fall habe es sich um eine junge Erwachsene gehandelt, die einen Antrag auf eine stationäre Jugendhilfemaßnahme im Sinne des § 35a SGB VIII gestellt habe. Aufgrund des Alters der Person, das über 18, aber noch unter 21 Jahren lag, habe es Unklarheiten über die Zuständigkeit der Jugendhilfe als Reha-Träger gegeben, sodass eine Teilhabeplankonferenz gemeinsam mit weiteren möglichen Reha-Trägern sowie mit der Betroffenen selbst und deren Ärztinnen und Ärzte initiiert worden sei, wie die folgende Aussage veranschaulicht:

Zitat: „Eine junge Erwachsene, die war schon fast 21, war bisher noch nicht in der Jugendhilfe bekannt, hat einen Antrag auf eine stationäre Jugendhilfemaßnahme gestellt. Die Ärzte haben ihr bescheinigt, dass ihre seelische Gesundheit vom alterstypischen Zustand abweicht und dass aus Sicht der Ärzte sie von einer Jugendhilfemaßnahme im Sinne des 35a profitieren würde. [...] So, also es war super spannend, weil irgendwie so gar nicht klar war, wer tut jetzt was und sind wir als Eingliederungshilfe der Kinder- und Jugendhilfe überhaupt die richtigen Menschen, weil geschlossen über 18. [...] Und dann gab es eine große Teilhabeplankonferenz, wo einfach auch nochmal Vertreter der Krankenkasse, also SGB V-Leistungen, Eingliederungshilfe für Erwachsene und wir an einem Tisch saßen mit der jungen Frau plus die Ärzte und einfach geguckt haben, wer ist denn der richtige Leistungsträger. Und ich fand das super spannend, weil das so ein bisschen gewirkt hat, als wollte jeder einfach dem anderen die Arbeit auf den Schreibtisch legen und keiner wollte es so wirklich haben, dieses Paket.“ (FK4: 36)

Die Ausführungen dieses Trägers verdeutlichen auch, dass das Agieren der an der Teilhabeplankonferenz beteiligten Reha-Träger hauptsächlich durch eine Abwehrhaltung gekennzeichnet war, da keiner der anwesenden Reha-Träger die Bewilligung von Leistungen übernehmen wollte. Im Vergleich zu diesem Fall beschrieb der Träger den zweiten Fall als „relativ problemlos“ (FK4: 42). Hierbei habe es sich um einen Jugendlichen am Ende der schulischen Laufbahn gehandelt. Gemeinsam mit der Arbeitsagentur sei überlegt worden, „wer übernimmt welche Leistung“ (FK4: 42).

Sowohl im Bereich der **Bundesagentur für Arbeit** als auch der **Eingliederungshilfe** wurde der Fall geschildert, dass eine Teilhabeplankonferenz von der betroffenen Person selbst initiiert worden sei. Während im Fall der Bundesagentur für Arbeit die involvierte Krankenkasse nicht an der Konferenz teilgenommen habe, sei im Fall der Eingliederungshilfe die betroffene Person selbst nicht zum vereinbarten Termin erschienen. Als bemerkenswert wurde im Fall der Eingliederungshilfe hervorgehoben, dass eine Vertretung der Krankenkasse trotz langer Anreise und Übernachtung teilgenommen habe. Dass aber Betroffene ein Teilhabeplanverfahren bzw. eine Teilhabeplankonferenz einfordern, sei nach Auskunft aller Träger eher ein Einzelfall.

Im Experteninterview im Bereich der **Eingliederungshilfe** wurde vor allem der Koordinationsaufwand hervorgehoben, der mit einer Teilhabeplankonferenz verbunden sei. So müssen für jeden Leistungsberechtigten einzelne Termine mit den zuständigen Trägern vereinbart werden, was organisatorischer Aufwand und sehr zeitintensiv sei. Dies wiederum führe dazu, dass man stärker abwäge, ob ein Austausch als Konferenz notwendig sei, was zu einem eher restriktiven Umgang mit dem Instrument führe.

5. Gründe für den seltenen Einsatz des trägerübergreifenden Teilhabeplanverfahrens

Das trägerübergreifende Teilhabeplanverfahren kommt in den verschiedenen Trägerbereichen insgesamt selten zum Einsatz. In den Beschreibungen der interviewten Expert*innen und Fachkräfte über die Umsetzung und Anwendung des Verfahrens wurden eine Vielzahl von Herausforderungen geschildert, die zu einer seltenen Nutzung des Verfahrens beitragen. Dieses Kapitel widmet sich diesen Herausforderungen detailliert und verdeutlicht, aus welchen Gründen ein trägerübergreifendes Teilhabeplanverfahren bislang selten zum Einsatz kommt.

5.1 Neu- und Umorganisation durch die Reformen des BTHG

Insbesondere aus den Trägerbereichen der Eingliederungs- und Jugendhilfe sowie der gesetzlichen Rentenversicherung wurde davon berichtet, sich noch in einer Phase des Einfindens in den neuen Strukturen zu befinden, was dazu führt, dass bislang nur wenige Erfahrungen mit dem trägerübergreifenden Teilhabeplanverfahren gemacht worden sind.

Mit dem Bundesteilhabegesetz wurde die **Eingliederungshilfe** aus dem Fürsorgesystem des SGB XII herausgelöst und 2020 in das SGB IX überführt¹⁶. Dieser Wechsel von einer Fürsorgeleistung zu einem eigenständigen Leistungsrecht wurde im Expertengespräch im Trägerbereich der Eingliederungshilfe als „gedanklicher Umbruch“ und „Paradigmenwechsel“ (EX8: 10) beschrieben, der die damit verbundene Herausforderung der Umsetzung deutlich macht.

Zitat: „Und man muss sich das auch nochmal vor Augen führen, dass wir vor noch nicht mal fünf, sechs Jahren noch quasi jeden Fall von vorn bis hinten Unterhalt, Einkommen, Vermögen geprüft haben, weil wir halt noch in diesem Fürsorgegedanken waren. Und da halt nur in unserer, ja, auch das letzte Auffangbecken in diesem Bereich waren. Und dieser gedankliche Paradigmenwechsel, der braucht noch Zeit, der kommt aber langsam an“ (EX8: 10)

Auch aus Perspektive der **Jugendhilfe** wurde in der Fokusgruppe von einer Zeit des sich Findens und Verortens berichtet, da auch hier viel Unsicherheit bezüglich der Abgrenzung einzelner Leistungen und gesetzlicher Regelungen bestand. Aus Sicht der Teilnehmenden der Fokusgruppe habe das Jugendamt mit dem BTHG eine Doppelrolle als Träger der öffentlichen Jugendhilfe und als Reha-Träger eingenommen. Diese Doppelrolle haben jedoch noch nicht alle Träger der Jugendhilfe verinnerlicht; zum Teil erfolge weiterhin eine Konzentration auf die Hilfen zur Erziehung, was zu einer Vernachlässigung der Teilhabe-Logik führe. Es brauche einfach Zeit des Ankommens in den Regelungen des BTHG und der trägerübergreifenden Teilhabeplanung, wie das folgende Zitat verdeutlicht:

Zitat: „Am Anfang ging es ganz viel drum auch, wo ist denn die Abgrenzung zu einer Hilfe zur Erziehung. Wie kann man die Bedarfe gut abgrenzen? Das war am Anfang so ganz arg Thema und ich glaube, so langsam hat hier unser Team einen guten Weg gefunden, wie wir uns zu den Hilfen zur Erziehung abgrenzen können. Und erst jetzt beginnt der Fokus drauf, wie diese ganzen Vorschriften aus dem SGB IX mit den Vorschriften aus dem SGB VIII, wie man das so übereinander bekommt. Das fängt schon wirklich bei Begriffsklärungen an: ist das jetzt ein Hilfeplan, ist das ein Teilhabeplan, ist das ein Gesamtplan?“ (FK4: 22)

¹⁶ Siehe hierzu: <https://www.behindertenbeauftragter.de/DE/AS/rechtliches/sozialgesetzbuch-und-bundesteilhabegesetz/sozialgesetzbuch-und-bundesteilhabegesetz-node.html> [abgerufen: 09.09.2024].

Die Abgrenzung zwischen § 35a SGB VIII (Eingliederungshilfen für Kinder und Jugendliche mit seelischer Behinderung oder drohender seelischer Behinderung) gegenüber den Leistungen der Eingliederungshilfe des SGB IX (§ 102 SGB IX) stellt für die Träger der Jugendhilfe ein sehr großes und komplexes Thema dar, das die Einrichtungen sehr lange und intensiv beschäftigt hat (siehe hierzu auch Kapitel 3). Neben Begriffsklärungen und Klärung von Zuständigkeiten fanden auch organisatorische Umstrukturierungen in den Einrichtungen der Träger statt, indem eigene Sachgebiete für die § 35a-Hilfen geschaffen wurden. Dies geschah zum Teil aber erst Ende 2023, sodass die Jugendhilfe sich zunächst mit internen Strukturen beschäftigt hat, was dazu führte, dass das Thema des trägerübergreifenden Teilhabeplanverfahrens vernachlässigt worden ist.

Darüber hinaus führte in der **Eingliederungshilfe**, wie auch in der **Jugendhilfe** die Corona-Pandemie in den Jahren 2020 und 2021 dazu, dass die Umsetzung des BTHG und damit auch die Einführung des Teilhabeplanverfahrens zeitlich verzögert erfolgt sind.

Auch aus Sicht der **gesetzlichen Rentenversicherung** hat es eine Phase des Ankommens in den neuen Strukturen und Regelungen gegeben. So habe eine zeitlich gestaffelte Einführung des Teilhabeplanverfahrens in anderen Trägerbereichen dazu geführt, dass das Teilhabeplanverfahren mit dem Trägerbereich der Bundesagentur für Arbeit – insbesondere mit den Jobcentern – erst seit Sommer 2023 bzw. Anfang 2024 durchgeführt werde (siehe Kapitel 3). Auch die Zusammenarbeit mit der Eingliederungshilfe sei bislang kein Bestandteil der täglichen Arbeit gewesen und erfordere den Aufbau neuer Strukturen, wie das folgende Zitat belegt:

Zitat: „Ich glaube, diese Zusammenarbeit ist einfach noch zu neu, weil wir diese Leistungsabgrenzung nie vorgenommen haben. Wir haben nur entschieden, sind wir es selbst, ja oder nein, und waren bis vor Einführung dieses Gesetzes damit fertig. Und jetzt müssen wir plötzlich weiterdenken, solche Eingliederungshilfe-Anträge anschreiben. Diese Unsicherheit haben unsere Kollegen, weil die müssen natürlich jetzt auch viel mehr Leistungen kennen. [...] Das ist nicht so einfach. Wir fangen jetzt erst mal an, auch mal so ein Leistungskatalog zu erstellen. Was gibt es denn überhaupt, auch wenn ich eine Beratung machen würde? Ich wüsste auch gar nicht, was kann ich denen überhaupt anbieten. Was gibt es denn im Rahmen von sozialer Teilhabe? Das mussten wir vorher nicht wissen. Jetzt plötzlich müssen wir es wissen und machen es dann. [...] Das ist halt, glaube ich, das ist so ein Prozess, der so etwas dauert. Genau, und deswegen läuft es halt mit den Arbeitsagenturen besser, weil da wissen wir, was die tun. Die wissen, was wir machen.“ (FK7: 37)

Die verspätete Einführung des trägerübergreifenden Teilhabeplanverfahrens bei den Reha-Trägern trägt somit dazu bei, dass diese sich in einer Phase der Neuorientierung und Umstrukturierung befinden. Dies betrifft nicht nur interne Organisationsprozesse, sondern auch die Zusammenarbeit mit anderen Trägerbereichen, die für manche Träger Neuland ist und gemeinsame Arbeits- und Verfahrensweisen daher erst noch ausgebildet werden müssen. Dies, aber auch aktuelle Themen wie Pflege und Renteneintrittsalter im Bereich der gesetzlichen Kranken- und Rentenversicherung führen insgesamt dazu, dass „der Teilhabeprozess jetzt nicht die primäre Hausaufgabe“ (EX8: 22) ist und das trägerübergreifende Teilhabeplanverfahren bislang kaum zur Anwendung kommt.

5.2 Zuständigkeitsklärung, Bedarfsermittlung und Leistungsportfolio

In den Fokusgruppen äußerten sich die interviewten Fachkräfte über Unsicherheiten in der Bedarfsermittlung und der Zuständigkeitsklärung. Eine wichtige Voraussetzung für die Bedarfsermittlung im Rahmen der trägerübergreifenden Teilhabeplanung ist hierbei nicht nur die Identifikation des entsprechenden Personenkreises und individueller Bedarfe, sondern auch das Wissen über das Leistungsportfolio der anderen Reha-Träger.

Ein Träger aus dem Bereich des **Sozialen Entschädigungsrechts** empfand sich für die Bedarfsfeststellung als unzureichend ausgebildet. Zum einen fehlen die Erfahrungswerte, zum anderen haben diesbezüglich bislang keine Schulungen stattgefunden, die zur Ausbildung von Handlungskompetenzen geführt haben, wie dem folgenden Zitat zu entnehmen ist:

Zitat: „Und nochmal um einen Schritt vorzugehen, also wenn wir einen Neuantrag bekommen, geht es ja auch erstmal um die Feststellung der Behinderung, weil sie ja auch zu dem Personenkreis 99 SGB IX gehören müssen. Da kommen wir auch schon an unsere Grenzen. Einfach zu sagen, ich habe gar nicht die Kompetenz dazu zu sagen, ist das eine Behinderung, welche, das ist ja nicht so einfach. Da haben wir nur Literatur zur Verfügung, aber keine Erfahrungswerte, keine Schulungen, worauf man vielleicht achtet, dass man vielleicht einfach so ein bisschen gebrieft wird, um entsprechend vorzugehen.“ (FK5: 17)

Neben fehlenden Schulungen wurde von einem Träger des Sozialen Entschädigungsrechts auch das Ausbleiben einer Orientierungshilfe im Sinne eines Bedarfsermittlungsinstruments als Grund für die Unsicherheit beschrieben. Es gebe „keine Handhabung, [...] wie wir richtig vorgehen, wie wir das richtig bearbeiten. Das ist für uns ein ganz großes Problem“ (FK5: 36). Somit sei der Träger bislang auf die Unterstützung und Anleitung anderer regionaler Dienststellen angewiesen, was jedoch als unbefriedigend beschrieben wurde. Ergänzend zur Bedarfsermittlung empfand sich ein Träger des Sozialen Entschädigungsrechts auch als unzureichend auf die Gesprächsführung vorbereitet, wie das folgende Zitat zeigt:

Zitat: „Und dann kommt dazu, ich habe hierfür keine Ausbildung. [...] Also es ist einfach sehr, sehr schwierig und diese Teilhabegespräche zu führen, also ohne Schulung geht das gar nicht. Das ist jetzt manchmal schon schwierig. Also ich habe ein Gespräch geführt, da hat die Frau von Anfang bis Ende geweint.“ (FK5: 19)

Auch im Bereich der Träger der **gesetzlichen Krankenversicherung** wurde das Gefühl der Überforderung in der Bedarfsermittlung anhand der ICD-10¹⁷ und ICF¹⁸ formuliert. Die Prüfung, ob Versicherte diesbezüglich unter § 2 SGB IX fallen, falle vielen Fachkräften schwer. Ähnliche Herausforderungen wurden auch aus dem Bereich der **gesetzlichen Rentenversicherung** formuliert

Ergänzend wurde aus dem Trägerbereich der **Rentenversicherung** auch darauf verwiesen, dass mitunter nicht nur Unkenntnis bezüglich der Leistungsportfolios, sondern auch hinsichtlich des Leistungsrechts der anderen Reha-Träger bestünde. Diese Wahrnehmung wurde auch im Bereich des **Sozialen Entschädigungsrechts** geteilt. Hier berichtete ein Träger, dass Fachkräfte bzw. Sachbearbeiter*innen anderer Trägerbereiche die Leistungen des Sozialen Entschädigungsrechts nicht kennen würden, was sich in der Weiterleitung von Anträgen äußere, für die der Träger des Sozialen Entschädigungsrechts nicht zuständig sei. Auch für den Bereich der **Jugendhilfe** wurde berichtet, dass sich die dortigen Fachkräfte vor allem im eigenen Leistungsrecht des SGB VIII und weniger im SGB IX auskennen, was zum einen auf die Komplexität des Rehabilitationsrechts, zum anderen aber auch auf die zum Teil noch fehlende Identifikation als Reha-Träger zurückgeführt wurde.

Der Prozess der Bedarfsermittlung geht der trägerübergreifenden Teilhabeplanung voraus und stellt die Voraussetzung dazu dar, andere Träger in den Prozess der Teilhabeplanung einzubeziehen. Wenn die Fachkräfte und Sachbearbeiter*innen den Personenkreis des SGB IX nicht identifizieren können, kann folglich die Einleitung eines trägerübergreifenden Teilhabeplanverfahrens ausbleiben. Gleiches gilt bei fehlendem Wissen über das Leistungsportfolio anderer Reha-Träger. Deutlich wurde auch,

¹⁷ ICD ist amtliche Klassifikation zur Verschlüsselung von Diagnosen in der ambulanten und stationären Versorgung in Deutschland.

¹⁸ International Classification of Functioning, Disability and Health (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit)

dass sich die Träger nicht immer als Reha-Träger identifizieren und auch keine Teilhabeplanverfahren anstoßen, weil sie sich ausschließlich auf das eigene Leistungsrecht konzentrieren.

5.3 Erreichbarkeit und Zusammenarbeit von Reha-Trägern

Sowohl in den Experteninterviews als auch in den Fokusgruppen wurde immer wieder auf das Problem der fehlenden Erreichbarkeit und unzureichenden Benennung von Ansprechpersonen hingewiesen. Die folgende Aussage aus dem Bereich der **gesetzlichen Unfallversicherung** steht dabei exemplarisch für die anderen Reha-Trägerbereiche:

Zitat: „Und es scheitert halt nach wie vor mit den Ansprechpartnern anderer Träger. Das ist das große Manko, wenn man irgendwas weiterleiten möchte oder irgendjemanden mit ins Boot holen möchte, man erreicht einfach niemanden. Und das ist für mich das Abenteuer. Damit ist das ganze System, was gut gedacht ist, aber es ist nicht umsetzbar.“ (FK6: 18)

Während Träger im Bereich der **Jugendhilfe** den Kontakt zur Bundesagentur für Arbeit aufgrund vorhandener Ansprechpersonen als problemlos bewerteten, wurde die Zusammenarbeit mit den gesetzlichen Krankenkassen aufgrund fehlender Ansprechpersonen als schwierig beschrieben. Sowohl im Bereich der gesetzlichen **Unfallversicherung** als auch der gesetzlichen **Krankenkassen** berichteten Träger von den Schwierigkeiten, mit den Trägern der Rentenversicherung in Kontakt zu treten. Aus dem Bereich der **Rentenversicherung** wurde wiederum die fehlende Pflicht zur Zusammenarbeit und gegenseitige Erreichbarkeit kritisch angemerkt.

Seitens der gesetzlichen **Unfallversicherung** wurde zudem angemerkt, dass in dem von der BAR zur Verfügung gestellten Ansprechstellenverzeichnis mitunter lediglich Callcenter-Nummern hinterlegt seien, die eine direkte Kontaktaufnahme nicht erleichtern. Auch wenn Kontaktdaten vorlägen, sei es kein Garant für einen unkomplizierten Austausch. So wurde die Erfahrung eines Trägers der Unfallversicherung geschildert, dass es trotz vorliegender Durchwahlnummern mitunter schwierig sei, die entsprechende Person telefonisch zu erreichen. Dass vorhandene Durchwahlnummern eine Zusammenarbeit nicht zwangsläufig fördern, wurde auch aus dem Bereich der **Bundesagentur für Arbeit** angemerkt.

Die Corona-Pandemie habe zudem ihren Anteil daran, dass sich Träger auf lokaler Ebene voneinander entfernt haben. Im Bereich der **Eingliederungshilfe** habe die Pandemie erschwerend dazu geführt, dass sich „viele Akteur*innen gar nicht mehr kennen“ (EX8: 20), wodurch eine Kontaktaufnahme im Rahmen eines Teilhabeplanverfahrens erschwert werde bzw. die Umsetzung eines solchen Verfahrens kaum möglich sei.

Die Zusammenarbeit zwischen den Reha-Trägern wurde mitunter bereits bei der Bedarfsermittlung als wichtig angesehen. Diesbezüglich betonte ein Träger der **Unfallversicherung** die Relevanz der Abstimmung im Kontext der Bedarfsfeststellung und konstatierte dabei jedoch, dass der Austausch mit der Rentenversicherung diesbezüglich schwierig sei, da auf keine Anfragen reagiert werde. Auch im Bereich des **Sozialen Entschädigungsrechts** wurde die Erfahrung geschildert, dass sich manche Träger zu Beginn eines Verfahrens nicht kooperativ verhalten haben, was auf Unsicherheiten mit dem Verfahren selbst, aber auch auf begrenzte personelle oder zeitliche Kapazitäten zurückgeführt wurde. Dass eine frühzeitige Abstimmung zwischen den Reha-Trägern zielführend sein kann, wurde ebenfalls seitens der **Rentenversicherung** betont. So berichtete ein Träger, dass unabgestimmte Bedarfsermittlung dazu führen können, dass Vorschläge für Leistungen gemacht werden, die vom anderen Träger jedoch nicht unterstützt werden. Erfolgt kein Einbezug des anderen Trägers über zu erbringende Leistungen, könne sich eine solche Vorgehensweise kontraproduktiv auf die Zusammenarbeit auswirken.

Um das trägerübergreifende Teilhabeplanverfahren umsetzen zu können, müssen die Reha-Träger in Kontakt treten. Eine wesentliche Voraussetzung dafür ist, dass sowohl die Ansprechpersonen als auch die entsprechenden Kontaktdaten bekannt sind. Ist dies nicht der Fall, kann der Austausch im Rahmen der Bedarfsermittlung oder der Leistungsabstimmung erschwert werden. Dies wiederum fördert nicht die Zusammenarbeit in einem Leistungsfall, sondern führt zu einer parallelen Leistungsbewilligung ohne Abstimmungsverfahren. Die gegenseitige Erreichbarkeit ist daher eine zentrale Gelingensbedingung für die Umsetzung des trägerübergreifenden Teilhabeplanverfahrens.

5.4 Formale Voraussetzungen eines trägerübergreifenden Teilhabeplanverfahrens

Im Rahmen der Expertengespräche wurde von einer Vertretung einer Organisation im **Rehabilitationsbereich** darauf hingewiesen, dass es zum aktuellen Zeitpunkt kein Verfahren gebe, was sicherstelle, dass Bedarfe im Rahmen einer Antragsstellung erfasst werden und damit die Grundlage für ein Teilhabeplanverfahren geschaffen werde, wie die folgenden Ausführungen verdeutlichen:

Zitat: „Wenn sie Reha beantragen, gibt es im Moment, das muss man sich wirklich für einen Moment vorstellen, keinen Antrag, der ihre Bedarfe so aufnimmt, dass es nachher zu einer Teilhabeplanung kommen kann, die von ihren Bedarfen her kommt und erst nach der Planung dazu führt, welcher Reha-Träger, wann welche Leistung erbringt oder auch nicht, wenn es keine braucht. [...] Und das heißt, der Zugang zu Reha-Teilhabeleistungen, der ist durch die Antragsformulare im Moment so eingeeengt, dass sie in der Regel nur einzelne Leistungen beantragen, die dann auch nur bearbeitet werden. Damit haben sie die Zweifallkonstellation Trägermehrheit und Leistungsgruppenmehrheit schon weg. Entschieden wird über ihre Kur oder über ihre Umschulung. Alle anderen Fälle haben kaum eine Chance über die derzeitigen Zugänge und Anträge überhaupt welche zu werden. Deswegen gibt es auch keine Teilhabeplanung. Es gibt eine sequenzielle Bearbeitung von Anträgen. [...] Es gibt im Moment kein Verfahren, was sicherstellt, dass Bedarfe so aufgenommen werden, dass es über eine Teilhabeplanung dazu kommt, dass man schaut, wer macht was oder nicht. [...] Es werden ganz oft ganz viele unsinnige Leistungen einfach neben und hintereinander erbracht. Und die Teilhabeplanung sollte das koordinieren. Sie braucht aus meiner Sicht aber einen einfachen Zugang, der den Personen die Chance gibt, ihre Bedarfe erst mal mitzuteilen und nicht schon eine Leistung ankreuzen zu müssen, bevor man weiß, ob die überhaupt die richtige ist.“ (EX3: 37)

In die gleiche Richtung argumentierten auch die Träger der **gesetzlichen Rentenversicherung**, die darauf hinwiesen, dass die Antragsformulare der Rentenversicherung auf das Leistungsangebot der Rentenversicherung zugeschnitten seien und keine Bedarfe abbilden, sodass die Träger keine Kenntnisse über weitere Bedarfe und somit Leistungen erlangen, die den Einbezug anderer Trägerbereiche notwendig machen würde, wie das folgende Zitat zeigt:

Zitat: „Bei uns ist es so, dass wir es vielleicht wirklich gar nicht unbedingt mitbekommen, weil wir nur das Antragsformular auswerten. Wir haben also rentenversicherungseigene Antragsformulare, die zugeschnitten sind auf das Leistungsangebot, was wir anbieten. [...] Und in dem Zusammenhang wird natürlich dann das angekreuzt und angegeben, was der Versicherte für notwendig erhält oder was gebraucht wird. Und da kann es sein, dass Bedarfe dort nicht abgebildet sind, die vielleicht in Richtung eines anderen Trägers gehen würden.“ (FK7: 31)

Damit es zu einem trägerübergreifenden Teilhabeplanverfahren kommen kann, müssen bei der Antragstellung die Bedarfe erfasst werden. Da in den Antragsformularen aber nur die jeweils zu erbringenden Leistungen dokumentiert und nicht Bedarfe erfasst werden, fehlt die erforderliche Grundlage für ein Teilhabeplanverfahren.

5.5 Zeitliche und personelle Ressourcen zur Umsetzung des trägerübergreifenden Teilhabeplanverfahrens

Das Teilhabeplanverfahren wird trägerbereichsübergreifend als aufwändiger Prozess beschrieben, der zeitliche und personelle Ressourcen bindet. Dies betrifft nicht nur die Bedarfsermittlung und Abstimmung mit anderen Trägern, sondern auch die vorhandene Personaldecke, die angesichts der Bewältigung bestehender Tätigkeiten kaum Zeit für zusätzliche Aktivitäten oder für die Dokumentation im Rahmen der trägerübergreifenden Teilhabeplanung ermöglicht.

Im Bereich der **Jugendhilfe** sah ein Träger einen Grund für die seltene Initiierung eines Teilhabeplanverfahrens darin, dass dieses Verfahren aufgrund des damit verbundenen Aufwands von den Trägern eher vermieden werde, wie die folgende Aussage zeigt:

Zitat: „Also ich glaube, dass es auch vermieden wird im Moment. Dass man versucht, andere Wege zu gehen. Ich glaube, dass was der Gesetzgeber eigentlich wollte, dass wir uns vernetzen mit verschiedenen Hilfsangeboten und Hilfen und dass das Optimale rausgeholt wird, aber die Praxis zeigt halt, dass die Steuerung eines solchen Falles einfach auch schwierig ist und viel Zeit in Anspruch nimmt.“ (FK4: 31)

Ein anderer Träger im Bereich der Jugendhilfe ergänzte hierbei, dass man angesichts der knappen Ressourcen bemüht sei, „[das] Beste in der kurzen Zeit rauszuholen“ (FK4: 32).

Auch aus dem Bereich der **gesetzlichen Krankenversicherung** berichteten die Träger, dass die Umsetzung eines trägerübergreifenden Teilhabeplanverfahrens aufgrund knapper Ressourcen kaum möglich sei. Insbesondere die Überforderung der Mitarbeitenden durch die alltägliche Arbeit wurde dabei als Grund genannt, das Teilhabeplanverfahren eher nicht durchführen zu wollen.

Zitat: „Wir haben eine Antragsflut. Und die Kapazitäten sind eng bemessen, sodass natürlich die Teilhabeplanung, also der gesamte Reha-Prozess [...] ist eigentlich momentan nicht umsetzbar.“ (FK3:25)

Für den Bereich der **gesetzlichen Rentenversicherung** berichteten die Träger, dass die Umsetzung des Teilhabeplanverfahrens oftmals beim Träger selbst liege, was eine Herausforderung und Belastung für die Mitarbeitenden darstelle, da mit der Einführung des Teilhabeplanverfahrens keine Personalaufstockung erfolgt sei und die Personaldecke bereits vor der Einführung nicht ausreichend gewesen sei. Diese Situation führe dazu, dass in Vertretungszeiten für Kolleginnen und Kollegen keine Teilhabeplanverfahren durchgeführt werden, wie die folgende Aussage verdeutlicht:

Zitat: „Wir fahren weiterhin mit dem Personal, was wir jetzt haben und das ist schon unter Soll. Wir haben uns schon intern abgesprochen, dass wir gesagt haben, in der Vertretung machen wir das nicht für denjenigen. Wir bewilligen vielleicht die Fälle, aber Teilhabeplanverfahren in der Vertretung für einen anderen Kollegen machen wir einfach nicht, weil es nicht machbar ist.“ (FK7: 42)

Wie in Abschnitt 5.1 dargestellt, sind die zeitlichen und personellen Ressourcen der Träger aber auch aufgrund von Prozessen interner Neu- und Umstrukturierungen limitiert. Die Träger und deren Fachkräfte sind vorrangig damit beschäftigt, sich in den neuen Strukturen einzufinden, was Ressourcen bindet und keinen Freiraum für ein Teilhabeplanverfahren bietet.

Das trägerübergreifende Teilhabeplanverfahren geht mit teilweise großem organisatorischem und zeitlichem Aufwand einher. Aufwändig ist das Verfahren nicht nur in der Koordination der involvierten Akteure, sondern auch in der Antragsbearbeitung und anschließenden Durchführung. Darüber hinaus schränkt die bei den Trägern zur Verfügung stehende Personaldecke die Umsetzung der trägerübergreifenden Teilhabeplanung zusätzlich ein. Die Umsetzung der trägerübergreifenden Teilhabeplanung wird mitunter als eine weitere Aufgabe zum Regelgeschäft beschrieben, für das das verfügbare Personal kaum freie Kapazitäten besitzt, was die Integration in das Tagesgeschäft

mitunter erschwert. Dies führt dazu, dass das Verfahren gemieden bzw. stiefmütterlich behandelt wird und folglich selten zum Einsatz kommt.

5.6 Dokumentation im Rahmen des trägerübergreifenden Teilhabeplanverfahrens

Zur Dokumentation trägerübergreifender Teilhabeplanverfahren werden den Trägern u. a. Musterformulare durch die BAR zur Verfügung gestellt. In den Fokusgruppen und Experteninterviews wurde jedoch immer wieder die Praxistauglichkeit dieser Musterformulare in Frage gestellt und der Umfang kritisiert. Seitens der Träger der **Unfallversicherung**, der **Eingliederungshilfe** und der **Rentenversicherung** wurde geschildert, dass die Handhabung der Dokumente schwierig sei, da diese wenig auf den jeweiligen Trägerbereich zugeschnitten seien. So wurden Formulare als „studiumreif“ (FK6: 87) und „viel zu umfangreich“ (EX2: 26) und für die Praxis nicht handhabbar bewertet. Auch die vorhandenen Arbeitshilfen würden die Bearbeitung der Dokumente nicht erleichtern.

Aufwändig wurde die Dokumentation im Bereich der **Eingliederungshilfe** auch deshalb bewertet, da die Erstellung eines Teilhabeplans nicht immer aus dem trägerinternen IT-System generiert werden könne. Die Inhalte der Absprachen im trägerübergreifenden Teilhabeplanverfahren werden nicht als separater Teilhabeplan zusammengefasst, der den anderen Trägern zugeschickt werden könne. Die Informationen hierzu müssen händisch aus dem IT-System gezogen werden, was kaum leistbar sei.

Seitens der **Jugendhilfe** wurde angemerkt, dass die Dokumentation die Arbeitsbelastung erhöhe. Begründet wurde dies damit, dass die Fachkräfte aufgrund der Zusätzlichkeit dieses Verfahrens zum Regelgeschäft im Umgang unzureichend vertraut mit den Formularen seien und die Bearbeitung folglich viel Zeit in Anspruch nehme. Auch die mit den Teilhabeplankonferenzen verbundenen Dokumentationspflichten wurden aus dem Bereich der Jugendhilfe nicht nur als aufwändig, sondern auch als wenig zielführend beschrieben, „wenn eigentlich alles besprochen wurde“ (FK4: 71). Aus dem Bereich der **Bundesagentur für Arbeit** wurde zudem angemerkt, dass es keine einheitlichen Formate für die Erstellung eines Teilhabeplans gebe und dieser bei jedem Träger daher anders aussehe.

Aus dem Bereich der **Rentenversicherung** wurde angemerkt, dass ein Teilhabeplanverfahren mit „zu viel Schreibkram“ (FK7: 16) verbunden sei, sodass ein Teilhabeplanverfahren nicht in jedem Fall als erforderlich erachtet werde. In diesem Zusammenhang wurde von einer internen Vorgabe berichtet, dass ein Teilhabeplanverfahren nur dann durchzuführen sei, wenn es zu überschneidenden Leistungen mit einem anderen Reha-Träger komme. Andernfalls werde auf die formale Dokumentation verzichtet, was den Verwaltungsaufwand reduziere.

Zitat „Wir machen natürlich insgesamt betrachtet das Teilhabeplanverfahren, führen wir durch, indem wir uns abstimmen, indem wir die Bescheide gegenseitig zuschicken mit der beteiligten Arbeitsverwaltung. Also dieses Teilhabeplanverfahren wird quasi durchgeführt. Aber zu dem Ausfüllen des Formulars kommt es [...] eben nur dann, wenn wirklich konkrete Leistungen in der jeweils anderen beteiligten Trägerschaft vorkommen oder entstehen, wenn die wirklich bewilligt werden, um dann sozusagen den Überblick über die entsprechenden Leistungsbedarfe zu geben.“ (FK7: 13)

Ein Träger der gesetzlichen **Krankenkassen** formulierte diesbezüglich die Einschätzung, dass nicht mehr als zehn Prozent aller Leistungsanträge geeignet seien, eine umfangreiche und trägerübergreifende Bedarfsermittlung durchzuführen.

Über alle Trägerbereiche hinweg wurde die Relevanz des Teilhabeplanverfahrens bei komplexen Bedarfslagen, die eine Koordinierung der Leistungen erforderlich machen, betont. In solchen Fällen komme es zu einem formalen Teilhabeplanverfahren mit entsprechender Dokumentation. Ein trägerübergreifendes Teilhabeplanverfahren sei indes nicht notwendig, wenn die Bedarfe und Zuständigkeiten klar geregelt seien und es lediglich einer kurzen Abstimmung zwischen den Trägern bedürfe. In solchen Fällen werde auf ein offizielles Teilhabeplanverfahren verzichtet.

So beschrieben Träger der **Rentenversicherung** das Teilhabeplanverfahren als ein Instrument für „komplexe Leistungsfälle“ (FK7: 15), welche jedoch nur „äußerst selten“ (FK7:15) vorkommen. In der Regel seien die Leistungen und Zuständigkeiten klar abgrenzbar, sodass es ausreiche mit den beteiligten Trägern, wie beispielsweise den Jobcentern, zu telefonieren, damit die Betroffenen ihre Leistungen erhalten.

Zitat: „Ich kann das nur unterstreichen. Wir haben auch bei uns den Kontakt zu den Jobcentern. [...] Und denen reicht im Grunde genommen, wenn wir sagen, wir sind einverstanden, mehr ist da nicht erforderlich. Und dann brauche ich nicht ellenlange Formulare ausfüllen. Der Versicherte bekommt, was er möchte und alle sind zufrieden. Ich finde, es ist etwas zu viel Schreibkram und macht uns die Arbeit aktuell schwer. Und das in Zeiten, wo sowieso immer weniger Kollegen da sind und immer mehr Arbeit auf uns zukommt, ist das in meinen Augen komplett überflüssig. Weil der Kontakt so gut funktioniert und wir eng zusammenarbeiten.“ (FK7: 16)

Identisch argumentierten auch die Träger der gesetzlichen **Krankenversicherung** und die Vertretung eines Dachverbandes, wonach ein Teilhabeplanverfahren einschließlich Teilhabeplankonferenz nicht erforderlich seien, wenn feststehe, welcher Träger welche Leistung zu erbringen habe.

Zitat: „Da brauche ich keine Teilhabeplankonferenz und keine dreiseitigen Formulare ausfüllen. Das ist dann auch irgendwie nicht dem Ziel förderlich. [...] Keiner will die Leistung verweigern. [...] Das [Verfahren] ist dann auch manchmal zu aufwändig.“ (FK3: 81)

Auch ein Träger der Jugendhilfe argumentierte, dass die Notwendigkeit eines Teilhabeplanverfahrens nur bei komplexen Fällen gesehen werde, in denen es um die Klärung von Zielen und Zuständigkeiten gehe und die Gefahr bestehe, dass die jungen Menschen die benötigten Leistungen nicht erhalten. In Fällen, die relativ klar seien, sei ein solches Vorgehen – wie die folgende Aussage zeigt – nicht erforderlich:

Zitat: „In den anderen Fällen, die relativ klar sind, wo auch eine Entwicklung zu sehen ist, wo irgendwie auch klar ist, ich leiste hier Hilfe [...] und dass es dann nicht zwingend notwendig ist, dass ein Gesamtplan erstellt wird, wenn jede Hilfe eben auch gut läuft und es auch für den jungen Menschen gut ist. Wenn es für den jungen Menschen zu einem Problem wird, die Hilfen zu bekommen, dann ist es sinnvoll.“ (FK4: 53)

Insgesamt zeigen die Erkenntnisse aus den Fokusgruppen und Experteninterviews, dass mehr trägerübergreifende Teilhabeplanung gelebt als offiziell dokumentiert wird. Dies ist darauf zurückzuführen, dass die Dokumentation im Rahmen der trägerübergreifenden Teilhabeplanung als aufwändig wahrgenommen wird. Dies wird zum einen mit dem Umfang der zu befüllenden Dokumentenvorlagen begründet, aber auch mit der teilweise händischen Erstellung von Teilhabeplänen, wenn dies von der trägerinternen IT nicht anders umsetzbar ist. Das Teilhabeplanverfahren kommt in den meisten Trägerbereichen lediglich bei komplexen Bedarfslagen und ergänzenden Leistungen verschiedener Reha-Träger zum Einsatz, da hier eine intensive Abstimmung als erforderlich angesehen wird. Wenn Leistungen mehrerer Träger oder verschiedener Leistungsbereiche klar abgrenzbar sind, wird auf die Durchführung und Dokumentation eines Teilhabeplanverfahrens verzichtet, obwohl die Reha-Träger gesetzlich dazu angehalten sind, ein Teilhabeplanverfahren durchzuführen. Dies legt den Schluss nahe, dass die Reha-Träger für die

Durchführung des Teilhabeplanverfahrens eine eigene Definition von komplexen Bedarfslagen vornehmen.

5.7 IT-Systeme der Reha-Träger

Die Anwendung und Nutzung der zur Verfügung gestellten Formulare stellt die Träger mitunter vor (technische) Herausforderungen. Im Bereich der **gesetzlichen Rentenversicherung** wurden die Vordrucke als wenig praktikabel beschrieben, da technische Beschränkungen einen hohen Aufwand bei der Befüllung der Vorlagen verursachen.

Zitat: „Ich würde einfach mal ergänzen, was das für mich als Fachberaterin bedeutet, wenn ich diese Vordrucke ausfülle. Ich muss also wirklich erst einmal alle Dokumente, die erforderlich sind, an die zuständige Agentur schicken. Und die Anweisung von unserer Reha-Strategie und -Steuerung ist auch ganz klar, dass der Versicherte immer mit einzubinden ist. Ich muss ihm dann also eine Durchschrift zukommen lassen. Technisch ist das aber nicht möglich, die festen Daten des Versicherten einzugeben. Das heißt, in jeder Bewilligung, die ich jetzt rausschicke, muss ich händisch die komplette Adresse des Versicherten eingeben. Ich muss sagen, es ist Männchen oder Weibchen, also Anrede Frau oder Mann. Das kostet insgesamt einfach zu viel Zeit. Und wenn diese technischen Möglichkeiten weiterhin nicht gegeben sind, ist die Akzeptanz von uns Fachberatern sehr gering.“ (FK7: 22)

Während ein kurzer Austausch zwischen Fachberater*innen unkompliziert per Mail und Telefon erfolgen könne, sofern die Kontaktdaten für die Ansprechpersonen vorliegen, sei der Versand von Anträgen und Formularen mit größeren Barrieren verbunden. So wurde aus verschiedenen Trägerbereichen berichtet, dass diese ausschließlich auf dem Postweg versandt werden. Dieses Vorgehen hänge auch mit datenschutzrechtlichen Regelungen zusammen, wie aus dem Bereich der Bundesagentur für Arbeit angemerkt wurde:

Zitat: „Unsicherheit bei Datenschutz, das ist, glaub ich, bei allen Trägern. Und wir kommunizieren per Post, das muss man sich klarmachen. Eine E-Mail geht ja auch nicht, weil die ja nicht geschützt sind. Das ist halt wirklich per Post. Und dann hat man wieder den Postlauf, was dann auch Zeit kostet. Und das ist halt ungünstig. Also absolute Empfehlung, eine digitale Austauschmöglichkeit zwischen allen Reha-Trägern.“ (EX6: 47)

Aus dem Bereich der **Rentenversicherung** wurden unter Gewährung des Datenschutzes technische Austauschformate begrüßt. Dies betrifft nicht nur den Austausch auf Fachkratebene zwischen den Reha-Trägern, sondern auch eine gemeinsame Beratungs- und Kommunikationsplattform, die die gemeinsame Bearbeitung der Formulare unterstützt. Mit einer stärkeren digitalen Zusammenarbeit könnte das Teilhabeplanverfahren noch besser gelebt werden.

5.8 Antragstellende Personen

Versicherten bzw. Antragstellenden wird das Recht zugesprochen, ein Teilhabeplanverfahren anzustoßen und einzufordern. Hierzu müssen die betroffenen Personen nicht nur über das Verfahren selbst und die Möglichkeit einer Anordnung für dieses Verfahren informiert sein, sondern auch den individuellen Nutzen erkennen. Im Rahmen der Fokusgruppen und Experteninterviews wurde deutlich, dass die Betroffenen nicht immer über das Verfahren informiert sind und wenn doch, dann den Mehrwert nicht erkennen und daher das trägerübergreifende Teilhabeplanverfahren nicht aktiv einfordern. Das folgende Zitat einer Interviewperson einer Dachorganisation der **Eingliederungshilfe** zeigt, dass das Wissen seitens der Betroffenen noch nicht flächendeckend vorliegt.

Zitat: „Und das Gute ist, dass man das Recht auch einfordern kann. Meine Wahrnehmung ist aber, dass es halt noch stark davon abhängt, welche Akteur*innen da aktiv werden. Und dass halt auch die Menschen, die die Reha-Leistung in Anspruch nehmen, von ihrem Recht wissen müssen, um es aktiv einzufordern. Ich glaube aber, dass es einfach auch Zeit braucht.“ (EX8: 10)

Keiner der interviewten Träger berichtete, dass eine leistungsberechtigte Person ein trägerübergreifendes Teilhabeplanverfahren angefragt habe. Ein Grund hierfür wurde aus dem Bereich der **Eingliederungshilfe** in der fehlenden Bereitschaft der leistungsberechtigten Person gesehen, „in großer Runde“ (EX8:29) über ihre Bedarfe sprechen zu wollen. So hätten Betroffene vor allem das Interesse daran, ihre Leistungen schnell zu erhalten. Dieser Eindruck wurde auch aus dem Bereich der gesetzlichen Rentenversicherung geschildert. Es wurde angemerkt, dass den Versicherten „dieses ganze Formelle eigentlich ziemlich egal“ (FK7: 12) sei.

Ein Träger im Bereich der Unfallversicherung berichtete, dass die meisten Unfallbetroffenen sich bezüglich weiterer gesundheitlicher Einschränkungen, die nicht direkt mit dem Unfall zusammenhängen, sehr bedeckt halten. Oftmals werden erst im Rahmen der Abschlussgespräche, wenn es um eine berufliche Wiedereingliederung gehe, weitere gesundheitliche Probleme angesprochen. Aus den ersten persönlichen Kontakten könne daher kein Teilhabeplanverfahren initiiert werden, da die Voraussetzung nicht vorliegen, wie die folgende Aussage zeigt:

Zitat: „Wir fragen da natürlich auch nach, standardmäßig gibt es irgendwelche Sachen, die eben unabhängig von dem Unfall vorliegen, irgendwie gesundheitliche Einschränkungen. [...] Aber ich muss sagen, nach meiner Erfahrung ist es so, die allermeisten, selbst wenn tatsächlich was vorliegt, winken dann ab und sagen: »Nee, nee, nee, alles, alles fein, alles prima, alles gut«. Erst so im Verlauf, wenn man eine Reha stationär durchgeführt hat und zum Abschlussgespräch da ist und es um die weitere Planung geht, erst dann kommt zum Tragen, dass doch vielleicht das eine oder andere gesundheitliche Problem schon auch vorher bestand, was dann auch Auswirkungen hat oder dann eben vielleicht eine weitere Reha-Leistung nach sich zieht, bei einem anderen Träger. [...] Und da ist es schon so, dass aus der Erfahrung heraus am Anfang relativ selten solche Sachen aufkommen, sondern eher erst, wenn es dann schon wieder so in Richtung, wie können wir das mit der beruflichen Wiedereingliederung machen. Ich meine, man hat das zwar schon am Anfang zum Thema und [...] fragt dann auch mal nach, aber die meisten halten sich da doch tatsächlich ein bisschen bedeckt oder haben natürlich auch ganz andere gesundheitliche Probleme ganz am Anfang, weil der schwere Unfall da war.“ (FK6: 22)

Die Erfahrungen eines Trägers der Rentenversicherung zeigen zudem, dass Betroffene mit mehrfachen Einschränkungen aufgrund langjähriger Erfahrung wissen, bei welchem Träger sie welche Leistung beantragen müssen. Bei diesem Personenkreis sei das „geteilte System in den Köpfen etabliert“ (FK7: 31), sodass von deren Seite ein Teilhabeplanverfahren nicht eingefordert werde.

Diese Aussagen verweisen auf einen fehlenden Nutzen und Bedarf für eine trägerübergreifende Teilhabeplanung seitens der Antragstellenden. Wichtig ist für betroffene Personen die Bewilligung der Leistungen. Bedarfe werden darüber hinaus nicht immer bei Antragstellung erkenntlich bzw. konkret benannt und offenbaren sich oftmals erst im weiteren Kontakt mit zeitlicher Verzögerung, sodass es zu keinem Teilhabeplanverfahren kommt. Da im Rahmen der Expertise keine Gespräche mit Antragstellenden geführt wurden, kann deren Perspektive an dieser Stelle nicht beleuchtet werden, was für ein intensiveres Verstehen des seltenen Einsatzes des Teilhabeplanverfahrens aber durchaus gewinnbringend sein könnte.

6. Resümee

Das Instrument der trägerübergreifenden Teilhabeplanung wird in den Interviews – ungeachtet der Umsetzung – als grundsätzlich gut und sinnvoll bewertet, insbesondere bei Personen mit komplexen Bedarfen. Das Vorhaben mit dem SGB IX, Leistungen aus einer Hand zu ermöglichen, wird als erstrebenswert erachtet. Zudem wird positiv hervorgehoben, dass Menschen mit Behinderung durch das BTHG stärker in den Fokus geraten sind. Durch das trägerübergreifende Teilhabeplanverfahren sind die Reha-Träger näher zusammengerückt und ein gemeinsamer Austausch wurde angeregt. Es wird ebenso positiv bewertet, den Blick auch auf andere Leistungsrechte zu erweitern.

In den Interviews wird jedoch eine Diskrepanz von Theorie und Praxis festgestellt. Das, was im Gesetz als klar beschrieben und geregelt wahrgenommen wird, wird in der Praxis derart nicht gelebt. Dies manifestiert sich sowohl in der problematischen trägerübergreifenden Zusammenarbeit aufgrund fehlender Erreichbarkeit und Verbindlichkeit, als auch in unzureichenden Umsetzungs- bzw. Anwendungshilfen sowie fehlenden Schulungen für die zuständigen Mitarbeitenden. Die idealtypische Umsetzung von trägerübergreifenden Teilhabeplanverfahren in der Fläche findet in der Praxis folglich selten statt. Es wurden in den Interviews grundlegende Kritikpunkte über das trägerübergreifende Teilhabeplanverfahren geäußert, die in enger Verbindung mit einem seltenen Einsatz des Instruments stehen und sich auf die Bereiche Aufwand und Bürokratie sowie Sinnhaftigkeit des Verfahrens beziehen:

- Das Teilhabeplanverfahren wird als Teil des Reha-Prozesses insgesamt als langwieriges Verfahren beschrieben. So nimmt nicht nur die Zuständigkeitsklärung und Bedarfsermittlung viel Zeit in Anspruch, sondern auch die Durchführung von Teilhabeplankonferenzen verzögert den Zeitpunkt der Leistungsbewilligung. Auch die Kommunikation der Reha-Träger über den Postweg dauert lange, wenn z. B. Bedarfsfeststellungen im Rahmen der Teilhabeplanung angefordert werden, worunter insbesondere die antragstellenden Personen zu leiden haben. Betroffenen ist nach Auffassung der Reha-Träger in der Regel vor allem daran gelegen, ein schnelles und gut angeschlossenes Antragsverfahren zu durchlaufen.
- Das trägerübergreifende Teilhabeplanverfahren wird trägerbereichsübergreifend als ein sehr aufwändiges und teilweise kompliziertes Verfahren erlebt. Dies bezieht sich u. a. auf die als umfangreich wahrgenommenen Dokumentationspflichten als auch auf den organisatorischen Aufwand im Kontext von Teilhabeplankonferenzen. Auf Ebene der Fachkräfte bzw. Sachbearbeiter*innen stößt das Teilhabeplanverfahren daher nicht immer auf Akzeptanz. Darüber hinaus werden die mit dem Teilhabeplanverfahren verbundenen Anforderungen angesichts der geringen Fallzahlen, die sich aufgrund der Definition von komplexen Bedarfslagen durch die Reha-Träger ergeben, als nicht verhältnismäßig bewertet.
- Auch der Nutzen des trägerübergreifenden Teilhabeplanverfahrens für die Reha-Träger wird von den interviewten Fachkräften in Frage gestellt, insbesondere dann, wenn es sich um Leistungen mehrerer Träger oder verschiedener Leistungsgruppen handelt, die klar abgrenzbar sind, und es sich somit um einen geregelten und strukturieren Prozess handelt, der eine aufwändige Abstimmung nicht erforderlich macht.

Die Erkenntnisse aus den Experteninterviews und Fokusgruppen verweisen auf einen geringen Einsatz des trägerübergreifenden Teilhabeplanverfahrens in der Praxis. In den vorangegangenen Kapiteln wurden diverse Herausforderungen in der Umsetzung dieses Instruments aufgezeigt, die gleichsam deutlich machen, aus welchen Gründen das trägerübergreifende Teilhabeplanverfahren bislang eher selten zum Einsatz kommt. An dieser Stelle werden diese Gründe noch einmal überblicksartig aufgelistet und ein entsprechender Handlungsbedarf – sofern sich dieser aus den Interviews ergeben hat – benannt:

Aufgrund einer zeitlich verzögerten Einführung des Teilhabeplanverfahrens in einzelnen Trägerbereichen sowie aufgrund trägerinterner Prozesse der Neu- und Umstrukturierung gehört das Teilhabeplanverfahren aktuell noch nicht zum Alltagsgeschäfts der Reha-Träger. Die zuständigen Fachkräfte und Sachbearbeiter*innen müssen sich erst mit dem Verfahren vertraut machen und durch Praxiserfahrungen die notwendigen Handlungskompetenzen erwerben. Dies führte dazu, dass das Verfahren bislang nur selten angewendet wird.

Die Zuständigkeitsklärung und Ansätze der Bedarfsermittlung gehen der trägerübergreifenden Teilhabeplanung voraus. Diesbezüglich existieren jedoch große Unsicherheiten unter den Reha-Trägern. So fehlt es teilweise nicht nur an Kompetenzen und Erfahrungen zur Identifikation des Personenkreises, sondern auch an Wissen über das Leistungsportfolio und Leistungsrecht der anderen Reha-Trägerbereiche. Wenn die zuständigen Fachkräfte und Sachbearbeiter*innen nicht wissen, was zu tun ist, kann ein Teilhabeplanverfahren nicht eingeleitet werden. Für die Durchführung des Teilhabeplanverfahrens ist somit geschultes Personal und Grundlagenwissen über die Leistungen der jeweils anderen Reha-Träger erforderlich. Handlungsbedarf wird daher in praxisnahen und regelmäßig stattfindenden Qualifikations- und Schulungsprogrammen für die Fachkräfte gesehen, die für die operative Umsetzung des Teilhabeplanverfahrens zuständig sind. Diese sollten einen Überblick über die Aufgaben, Leistungen und Zuständigkeiten der verschiedenen Träger sowie den Ablauf des Teilhabeplanverfahrens praxisnah vermitteln. Da es zudem an Transparenz mangelt, was die Leistungskataloge der anderen Träger beinhalten, wird weiterer Handlungsbedarf darin gesehen, insgesamt mehr Transparenz über Leistungen und Verfahren aller Träger herzustellen.

Eine wichtige Voraussetzung zur Umsetzung des trägerübergreifenden Teilhabeplanverfahrens ist die Kenntnis von Ansprechpersonen bei den jeweiligen anderen Reha-Trägern und die gegenseitige Erreichbarkeit. Diese beiden Faktoren sind nicht immer gegeben, sodass eine Kontaktaufnahme und Abstimmungen bei Bedarfsermittlung und zu erbringenden Leistungen erschwert bzw. verhindert werden. Aus diesem Grund wird ein dringender Handlungsbedarf in der Zurverfügungstellung einer aktuellen Übersicht mit konkreten Ansprechpersonen mit vollständigen Kontaktdaten für alle Reha-Trägerbereiche gesehen.

Das trägerübergreifende Teilhabeplanverfahren wird von den Reha-Trägern als aufwändiges Verfahren und zusätzliches Tätigkeitsfeld erlebt. Dies betrifft sowohl die Koordination mit anderen Reha-Trägern als auch die dazugehörige Dokumentation. Begrenzte personelle und zeitliche Ressourcen führen dazu, dass das Verfahren gemieden wird und nur im Falle komplexer Bedarfslagen nach Definition der Reha-Träger und überschneidender Leistungen zum Tragen kommt und auch dokumentiert wird. Wenn Leistungen mehrerer Träger oder verschiedener Leistungsgruppen klar abgrenzbar sind, wird auf die Durchführung und Dokumentation eines Teilhabeplanverfahrens verzichtet, obwohl die Reha-Träger gesetzlich dazu angehalten sind, ein Teilhabeplanverfahren durchzuführen. Um das Teilhabeplanverfahren in allen gesetzlich vorgegebenen Fällen durchführen zu können, bedarf es sowohl zusätzlicher personeller Ressourcen bei den Reha-Trägern, als auch einer praxisbezogenen und trägerspezifischen Dokumentation oder einer gemeinsamen IT-Schnittstelle zur Datenübermittlung. Alternativ könnte auch ein Handlungsbedarf darin gesehen werden, über eine konkretisierende Definition bezüglich Zugängen und konkreter Zielgruppen (beispielsweise durch Fallkonstellationen) für das Teilhabeplanverfahren sowie über eine Definition von komplexen Bedarfslagen nachzudenken.

Für die betroffenen Personen steht aus Sicht der Reha-Träger die Bewilligung der beantragten Leistungen an erster Stelle. Der Nutzen für eine trägerübergreifende Teilhabeplanung erschließt sich den betroffenen Personen nach Auffassung der Reha-Träger oftmals nicht, was dazu führe, dass eine Teilhabeplanung von den Betroffenen nicht aktiv eingefordert werde. Hier wird weiterer

Forschungsbedarf ersichtlich. Durch die Einbeziehung der Perspektive der betroffenen Personen können nicht nur weitere Gründe für den seltenen Einsatz des Teilhabeplanverfahrens eruiert, sondern auch Informationen über den Mehrwert und Nutzen dieses Instruments für die Betroffenen gewonnen werden.

Literaturverzeichnis

- Bundesgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe (BAGüS) (2017): Orientierungshilfe zu den (neuen) Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben ab 01.01.2018.
https://www.lwl.org/spur-download/bag/22_2017an.pdf [abgerufen: 29.10.2024]
- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) e.V. (2023). Teilhabeverfahrensbericht 2023. Broschürenfassung. Frankfurt/Main. Dezember 2023. https://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/THVB/5_THVB_2023.pdf [abgerufen: 29.10.2024]
- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) e.V. (2019a). Reha-Prozess. Gemeinsame Empfehlung. Frankfurt/Main. https://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/publikationen/reha_vereinbarungen/pdfs/GEReha-Prozess.BF01.pdf [abgerufen: 29.10.2024]
- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) e.V. (2019b): Bundesteilhabegesetz Kompakt. Teilhabeplanung. Frankfurt/Main. https://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/publikationen/reha_grundlagen/pdfs/BTHGTeilhabe.web.pdf [abgerufen: 29.10.2024]
- Deutscher Bundestag (2016): Gesetzentwurf der Bundesregierung. Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Teilhabe von Selbststimmung von Menschen mit Behinderung (Bundesteilhabegesetz-BTHG). BT-Drucksache 18/9522.
<https://dserver.bundestag.de/btd/18/095/1809522.pdf> [abgerufen: 29.10.2024]
- Giraud, B./ Schian, M. (2019): Teilhabeplanung: die Regelungen im BTHG und in der Gemeinsamen Empfehlung Reha-Prozess. Nachrichten des Deutschen Vereins. April 2019. S. 175-180.
- Mayring, P. (2015). Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 12. Auflage, Weinheim/Basel.

Diese Publikation wird im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales kostenlos herausgegeben. Sie darf weder von Parteien noch von Wahlbewerbern oder Wahlhelfern während des Wahlkampfes zum Zwecke der Wahlwerbung verwendet werden. Dies gilt für Europa-, Bundestags-, Landtags- und Kommunalwahlen. Missbräuchlich ist insbesondere die Verteilung auf Wahlveranstaltungen, an Informationsständen der Parteien sowie das Einlegen, Aufdrucken oder Aufkleben parteipolitischer Informationen oder Werbemittel. Untersagt ist gleichfalls die Weitergabe an Dritte zum Zwecke der Wahlwerbung. Unabhängig davon, wann, auf welchem Weg und in welcher Anzahl diese Publikation dem Empfänger zugegangen ist, darf sie auch ohne zeitlichen Bezug zu einer bevorstehenden Wahl nicht in einer Weise verwendet werden, die als Parteinahme der Bundesregierung zugunsten einzelner politischer Gruppen verstanden werden könnte. Außerdem ist diese kostenlose Publikation - gleichgültig wann, auf welchem Weg und in welcher Anzahl diese Publikation dem Empfänger zugegangen ist - nicht zum Weiterverkauf bestimmt.

Alle Rechte einschließlich der fotomechanischen Wiedergabe und des auszugsweisen Nachdrucks vorbehalten.