

Bewertung der Wirksamkeit von Leistungen zur Teilhabe gemäß SGB IX – eine wissenschaftliche Standortbestimmung

Gemeinsames Positionspapier der DGRW und der DVfR

Februar 2026

**Deutsche Gesellschaft für
Rehabilitationswissenschaften e. V.**
Institut für Rehabilitationsmedizin
Profizentrum Gesundheitswissenschaften
Medizinische Fakultät der Martin-Luther-
Universität Halle-Wittenberg
06097 Halle (Saale)
Telefon: 0345 557 4269
E-Mail: dgrw@medizin.uni-halle.de
www.dgrw-online.de

Deutsche Vereinigung für Rehabilitation e. V.
Maaßstraße 26
69123 Heidelberg
Telefon: 06221 187 901-0
E-Mail: info@dvfr.de
www.dvfr.de | www.reha-recht.de

Inhaltsverzeichnis

Management Summary	4
I. Einleitung: Gesetzliche Anforderungen an wirksame Leistungen im SGB IX	5
II. Gegenstand der Betrachtung: Leistungen des SGB IX.....	7
Leistungen zur medizinischen Rehabilitation	7
Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben	8
Leistungen zur sozialen Teilhabe.....	8
Leistungen zur Teilhabe an Bildung.....	9
Ergänzende und unterhaltssichernde Leistungen	9
III. Wissenschaftliches Verständnis von Wirksamkeit	10
IV. Die Wirksamkeitsforschung im Kontext der Leistungen nach dem SGB IX.....	12
Bedeutung der Theoriebasierung.....	12
Möglichkeiten und Grenzen der Kontrollierbarkeit einer Intervention.....	13
Einfluss von Kontextbedingungen auf die Validität der Wirksamkeitsaussage	15
Definition und Messung des Outcomes.....	16
Zielgruppen.....	17
Aktive Beteiligung betroffener Akteure	18
V. Diskussion	19
Schlussfolgerungen und Empfehlungen für die Praxis	21
VI. Literatur.....	23

Das Papier wurde durch den gemeinsamen Fachausschuss „Interdisziplinäre Rehabilitationsforschung“ der DGRW und der DVfR erarbeitet und sowohl im Vorstand der DGRW am 27.11.2025 als auch im Hauptvorstand der DVfR am 25.02.2026 beschlossen.

Hinweis zum Gender Mainstreaming: Um den Lesefluss nicht zu beeinträchtigen, wird stellenweise nur die männliche oder nur die weibliche Form genannt; es sind aber alle Menschen jeden Geschlechts gleichermaßen gemeint.

Management Summary

Wissen über wirksame Leistungen ist die Voraussetzung für die Leistungsauswahl im Einzelfall und die Basis für politische Entscheidungen. Anders als in anderen Teilen des Sozialgesetzbuchs (SGB) ist im SGB IX jedoch keine explizite Definition des Begriffs der Wirksamkeit enthalten; zudem fehlt es an einem vereinbarten Prozess zur Herstellung von Wissen zu und der Bewertung von Wirksamkeit. Der gemeinsame Fachausschuss „Interdisziplinäre Rehabilitationsforschung“ der Deutschen Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften (DGRW) und der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation (DVfR) nimmt mit diesem Positionspapier hierzu eine wissenschaftliche Standortbestimmung vor.

Wirksamkeit ist die Fähigkeit einer Intervention, spezifische, im Voraus festgelegte Ziele kausal bzw. zurechenbar zu erreichen. Dies unterstreicht die Bedeutung kontrollierter Studiensettings und damit das klassische Verständnis der Betrachtung des durchschnittlichen Nutzens einer Intervention in einer Population auch für den Kontext des SGB IX. Aufgrund der hohen Kontextabhängigkeit, die für Leistungen zur Teilhabe angenommen wird, ist eine Verallgemeinerung von Studienerkenntnissen und damit die Nutzung isolierter randomisiert-kontrollierter Studien jedoch schwerer möglich als beispielsweise in der medizinischen Forschung. Dies stellt erweiterte Anforderungen an das methodische Herangehen, da klassische Studiendesigns um Analysen zu Zielgruppen, Kontextbedingungen, Stakeholdern sowie eine geeignete Theoriebasierung ergänzt werden müssen. Zudem können die Nutzung von Routinedaten („Real World Data“) oder auch von qualitativen Studiensettings (etwa Meta-Synthesen) sinnvolle Ergänzungen darstellen.

Der gemeinsame Fachausschuss für Forschung stellt fest: Wirksamkeit ist ein wissenschaftlich-methodisch definiertes und voraussetzungsvolles Konstrukt. Sie dürfte in dieser Lesart bei Leistungen zur Teilhabe aktuell nur selten bekannt sein. Wirksamkeit ist jedoch die Voraussetzung für evidenzbasiertes Handeln auf der Ebene des Einzelfalls und für politische Diskurse um Legitimation und Finanzierung. Das Fehlen von Wissen zur Wirksamkeit provoziert die Notwendigkeit, über Qualitätsmessung und den Nachweis individueller Zielerreichung zu argumentieren. Das können jedoch allenfalls zeitlich befristete, schlechtere Alternativen sein.

Langfristig sollte es daher das Ziel sein, mehr Wissen zu wirksamen Leistungen zur Teilhabe nach SGB IX aufzubauen. Hierzu ist es notwendig, einen strukturierten Prozess der Wissensermittlung und Bewertung der Wirksamkeit unter Beteiligung betroffener Akteure zu etablieren, um die hohe Unsicherheit bei allen Beteiligten zu verringern und mehr Klarheit zu schaffen. Die konkrete und detaillierte Festlegung hierfür nötiger methodischer Bedingungen sowie der Empfehlungen bei Wirksamkeitsanalysen in einem „Methodenpapier“ könnte der nächste Schritt in diese Richtung sein.

I. Einleitung: Gesetzliche Anforderungen an wirksame Leistungen im SGB IX

In mehreren Büchern des SGB ist festgeschrieben, dass Leistungsberechtigte Anspruch auf wirksame Leistungen haben. In längerer Tradition ergibt sich dies für die Kranken- oder Akutbehandlung aus § 2 Abs. 1 Satz 3 SGB V: *„Qualität und Wirksamkeit der Leistungen haben dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen.“* Dies konkretisiert sich in § 5 Abs. 2 der Verfahrensordnung des G-BA: *„Der Gemeinsame Bundesausschuss ermittelt den allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse auf der Grundlage der evidenzbasierten Medizin.“* Auch im Recht der sozialen Pflegeversicherung finden sich Regelungen zur Wirksamkeit von Leistungen, hier in § 29 Abs. 1 Satz 1 SGB XI: *„Die Leistungen müssen wirksam und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht übersteigen.“* Es wird bei der Beurteilung von Wirksamkeit auf den allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse abgestellt (§ 11 Abs. 1 Satz 1 SGB XI). Und in diesen Sozialleistungsbereichen ist eine Diskussion über allgemeine Grundsätze und Methoden zur Produktion von Evidenz zu Wirksamkeit etabliert.¹

Für Leistungen der Rehabilitation und Teilhabe für Menschen mit Behinderungen wird nach § 1 SGB IX die Wirksamkeit auf das Ziel der Leistungen, Selbstbestimmung und gesellschaftliche Teilhabe bezogen: *„Menschen mit Behinderungen oder von Behinderung bedrohte Menschen erhalten Leistungen nach diesem Buch und den für die Rehabilitationsträger geltenden Leistungsgesetzen, um ihre Selbstbestimmung und ihre volle, wirksame und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern, Benachteiligungen zu vermeiden oder ihnen entgegenzuwirken.“* Das Recht stellt hier – im Gegensatz zu den o. g. Beispielen aus der Akutversorgung und der Langzeitpflege – auf keinen allgemein anerkannten Stand wissenschaftlicher Erkenntnisse ab (Gerlach & Hinrichs 2019: 415). Schon der Begriff der Leistungen setzt voraus, dass diese geeignet sind, die sozialen Rechte umzusetzen. Daher sind die im SGB vorgesehenen Dienst-, Sach- und Geldleistungen Gegenstand der sozialen Rechte (§ 11 Satz 1 SGB I). Die Leistungsträger sind verpflichtet darauf hinzuwirken, dass jeder Berechtigte die ihm zustehenden Sozialleistungen in zeitgemäßer Weise, umfassend und zügig erhält (§ 17 Abs. 1 Nr. 1 SGB I). Diese Gewährleistungspflicht bezieht sich auf den aktuellen Stand der Erkenntnisse über die Wirksamkeit der Leistungen.

Die Produktion wirksamer Sozialleistungen erfolgt in der Regel im Zusammenspiel von öffentlichen Leistungsträgern und nicht staatlichen Leistungserbringern. Ihre Tätigkeiten sollen sich *„zum Wohl der Leistungsempfänger wirksam ergänzen“* (§ 17 Abs. 3 Satz 1 SGB I). In § 28 Abs. 1 SGB IX ist normiert, dass der zuständige Rehabilitationsträger Leistungen zur Teilhabe sowohl selbst als auch durch andere Leistungsträger oder unter Inanspruchnahme von geeigneten Rehabilitationsdiensten und -einrichtungen ausführen kann. Das gilt insbesondere dann, wenn die Leistung dadurch wirksamer oder wirtschaftlicher erbracht werden kann (§ 28 Abs. 1 Satz 3 SGB IX). Der zuständige Rehabilitationsträger bleibt jedoch in jedem Fall für die Ausführung der Leistungen verantwortlich (§ 28 Abs. 1 Satz 2 SGB IX). Darum schließt er im Falle der Einbindung von Rehabilitationsdiensten und -einrichtungen Verträge mit diesen, die auch einheitliche Grundsätze der Wirksamkeit, Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit berücksichtigen (§ 38 Abs. 3 Satz 2 SGB IX).

Die Einbindung von Leistungserbringern ist in vielen Sozialbereichen stark von Reformen nach dem Leitbild des neuen Steuerungsmodells in den 1980er und 1990er Jahren² und damit eingeführten marktbezogenen Steuerungselementen geprägt. Neuere Diskurse um die

¹ Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen: Allgemeine Methoden. Link:

https://www.iqwig.de/methoden/allgemeine-methoden_entwurf-fuer-version-8-0.pdf, Download am 19.12.2025

² Zu nennen sind beispielsweise die Reformen des Bundessozialhilfegesetzes durch das zweite Gesetz zur Umsetzung des Spar-, Konsolidierungs- und Wachstumsprogramms (2. SKWPG) und die Schaffung der sozialen Pflegeversicherung.

Wirksamkeit sozialer Dienstleistungen werden in der Literatur teils als Fortführung dieser Debatte betrachtet (Bibisidis 2018: 38) und lassen sich darum in vielen Bereichen nicht auf methodologische Fragen reduzieren, sondern haben immer auch Fragen politischer Steuerung der Leistungserbringung zum Gegenstand (Gerlach & Hinrichs 2019: 415; Boecker & Weber 2018: 9). Die Rechtsbegriffe Wirkung und Wirksamkeit stehen in den Gesetzestexten zudem nicht isoliert, sondern werden begrifflich mit Wirtschaftlichkeit (§ 29 Abs. 1 Satz 1 SGB XI) und Qualität (§ 2 Abs. 1 Satz 3 SGB V, § 125 Abs. 1 Nr. 1 SGB IX) verbunden.

Aufgrund des Fehlens gesetzlicher Maßstäbe und klarer Standards sind Fragen der Wirksamkeit also häufig Gegenstand von Aushandlungsprozessen zwischen Akteuren mit eigenen Interessen. Die Probleme einer solchen Aushandlung von Wirksamkeit zeigen sich exemplarisch an den Diskussionen im Recht der Eingliederungshilfe,³ die in den letzten Jahren verstärkt geführt werden: Der Begriff der Wirkung findet sich in den Regelungen zur Gesamtplanung (§ 117 ff. SGB IX), der Begriff der Wirksamkeit wird im Leistungserbringungsrecht verwendet (§§ 125, 128 und 131 SGB IX). Eine Definition dieser Rechtsbegriffe enthält das Gesetz nicht (vgl. Beyerlein 2019: 252; sowie grundlegend Deutsche Vereinigung für Rehabilitation 2019). Ihre Konkretisierung ist daher gemeinsame Aufgabe der Leistungsträger und Leistungserbringer, die dazu professionelle Standards und wissenschaftliche Erkenntnisse rezipieren müssen.

Die Ausfüllung der Begriffe Wirkung und Wirksamkeit setzt eine Fachdiskussion voraus, an der sich verschiedene politische und fachliche Akteure und wissenschaftliche Disziplinen beteiligen. Eine Stellungnahme mit übergreifendem Anspruch stammt von der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation (2019). Der Versuch, daraus eine gemeinsame Position von Leistungsträgern und Leistungserbringern zu entwickeln, konnte erst nach längerer Abstimmung im Dezember 2022 durch ein Papier des Präsidiums abgeschlossen werden (Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e. V. 2022).

Ein Grund für den andauernden Diskurs und die Herausforderungen einer einheitlichen Positionierung scheint die teilweise vertretene heuristische Annahme zu sein, dass eine Erfassung der Wirksamkeit von Diensten und Einrichtungen der Eingliederungshilfe durch die zusammenfassende Betrachtung von Zielerfüllungen im Einzelfall erreicht werden kann, letztlich also Gegenstand der Betrachtung in der Qualitätssicherung ist (Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und der Eingliederungshilfe 2021; Gromann 2019).⁴ Die begriffliche Koppelung des Begriffs Wirksamkeit mit Qualitätssicherung ist jedoch schwierig, da Wirksamkeitsnachweise im Sinne eines Kausalzusammenhangs aus einer streng wissenschaftlichen Perspektive an methodische Standards, beispielsweise die Durchführung randomisiert-kontrollierter Studien geknüpft sind (Boecker & Weber 2018: 18). In Teilen wird diese strenge Perspektive insbesondere für Leistungen der Rehabilitation und Teilhabe als unrealistisch kritisiert (Michell-Auli 2022: 107; Tornow 2019: 371). Einzelne Vorschläge versuchen daher, diese Position um die Beschreibung von Wirkungsmodellen zu erweitern (Ottmann et al. 2021).

Die Klärung der Frage, wie Wirksamkeitsnachweise in der Praxis zu erbringen sind, ist also derzeit – nicht nur für die Eingliederungshilfe – im Wesentlichen den Vertragsparteien auf Landesebene überlassen. Der gemeinsame Forschungsausschuss der DGRW und der DVfR hat es sich daher zum Ziel gesetzt, eine wissenschaftliche Positionierung zur Frage, wie Wirksamkeit von Leistungen des SGB IX zu verstehen und zu ermitteln ist, zu erarbeiten.

³ Die Eingliederungshilfe ist mit Leistungen im Umfang von 23 Milliarden Euro netto jährlich an ca. 980.000 Personen der aktuell größte Reha-Träger, vgl. Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e. V. (2023: 194).

⁴ Zu den Landesrahmenverträgen siehe Beyerlein (2021).

II. Gegenstand der Betrachtung: Leistungen des SGB IX

Ein Blick in das SGB IX macht deutlich, dass der Versuch einer Positionsbestimmung des Begriffs „Wirksamkeit“ die Frage voraussetzt, wofür die Begriffsbestimmung gelten soll. Die Vielfalt der Leistungen und Angebote ist groß, die Schnittstellen zu anderen Regelungskreisen sind vielfältig. Die hier vorliegende Position konzentriert sich primär auf den Bereich des SGB IX, verbunden mit dem Hinweis, dass es durchaus andere, angrenzende Leistungen und Leistungsbündel gibt, die Teilhabe fördern oder sogar als (primäre) Zielstellung verfolgen. Hierzu gehören etwa rehabilitationsmedizinische Maßnahmen wie die Frührehabilitation im Akutkrankenhaus (in § 39 SGB V der Krankenbehandlung zugeordnet) oder aber parallel zu Teilhabeleistungen erbrachte Pflegeleistungen (z. B. Krankenpflege nach SGB V, Langzeitpflege nach SGB XI).

Um die Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe nach dem SGB IX besser zu verstehen und einordnen zu können, stützen wir uns auf die Klassifikation im SGB IX selbst. In § 5 SGB IX werden fünf Leistungsgruppen benannt, die hier kurz skizziert werden.

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation umfassen Leistungen mit dem Ziel (§ 1 SGB IX), die Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe am Leben der Gesellschaft bei Menschen mit Behinderungen oder von Behinderung bedrohten Menschen zu ermöglichen. Entsprechend dem Schweregrad sind die Ziele gegebenenfalls auch, die Einschränkung zu mindern oder auszugleichen bzw. eine Verschlimmerung zu verhüten (§ 42 SGB IX bzw. spezialgesetzlich u. a. § 11 SGB V, § 10 SGB VI).

Leistungen der medizinischen Rehabilitation sind – wie andere Teilhabeleistungen auch – in aller Regel Leistungen, die auf Antrag erbracht werden. Dazu gehören Anschlussrehabilitationen für Menschen, die nach einem Krankenhausaufenthalt, beispielsweise einem komplexeren operativen Eingriff, eine Rehabilitation direkt (im Allgemeinen bis zu zwei Monate) nach dem Krankenhausaufenthalt benötigen, um die oben genannten Ziele erreichen zu können. Andere Formen der medizinischen Rehabilitation (früher z. T.: Heilverfahren) richten sich dagegen an Personen mit einer chronischen Erkrankung, die eine Einschränkung der Teilhabe erwarten lässt oder bereits bewirkt hat.

Die medizinische Rehabilitation wird in Deutschland teils ambulant, teils stationär, auch teilstationär oder mobil erbracht (vgl. § 40 Abs. 1 und 2 SGB V). Im stationären Fall geschieht dies in besonderen, dafür zugelassenen Einrichtungen als i. d. R. ganztägige, multimodale Kompaktleistung, die sich über mehrere Wochen erstreckt und von einem multiprofessionellen Team begleitet wird. Aktuell üblich ist eine Dauer von drei bis vier Wochen im überwiegend stationären, teilweise auch ambulanten Setting. Insbesondere bei psychischen Erkrankungen und Abhängigkeitserkrankungen existieren längere Verweildauervereinbarungen.

Die wichtigsten Leistungsträger sind die Rentenversicherungsträger über das SGB VI sowie die Krankenkassen über das SGB V. Charakteristisch für die medizinische Rehabilitation in Deutschland ist die Einordnung in Indikationsgruppen. Diese folgen grundsätzlich den Kapiteln der ICD-10 und kategorisieren die medizinische Rehabilitation damit nicht anhand der Funktionsfähigkeit, sondern anhand von Diagnosen. Dies trägt dem Umstand Rechnung, dass die Leistungsträger im Allgemeinen die Leitung der jeweiligen Rehabilitationsabteilung durch eine Fachärztin oder einen Facharzt der entsprechenden Fachrichtung verlangen.

Im Nachgang einer medizinischen Rehabilitation kann, um den Reha-Erfolg weiter zu festigen, eine Leistung zur Reha-Nachsorge erbracht werden. Nur für die Rentenversicherung gibt es dafür mit § 17 SGB VI eine eindeutige Rechtsgrundlage. Auch wenn diese – wie der Name bereits deutlich macht – konzeptionell unter dem Begriff der medizinischen Rehabilitation im Sinne von § 42 SGB IX subsumiert werden kann, ist diese Einordnung rechtlich umstritten.

Für Kinder und Jugendliche bestehen spezifische stationäre und ambulante Rehabilitationseinrichtungen. Beteiligt sind an der Kinder- und Jugendrehabilitation darüber hinaus auch niedergelassene Interdisziplinäre Frühförderzentren, Sozialpädiatrische Zentren und spezialisierte Ambulanzen an den Kinder- und Jugendkliniken, auch wenn deren Angebote rechtlich keine Leistungen zur Teilhabe darstellen.

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Um „die Erwerbsfähigkeit von Menschen mit Behinderungen oder von Behinderung bedrohter Menschen entsprechend ihrer Leistungsfähigkeit zu erhalten, zu verbessern, herzustellen oder wiederherzustellen und ihre Teilhabe am Arbeitsleben möglichst auf Dauer zu sichern“ (§ 49 Absatz 1 SGB IX), werden Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA), zum Teil bekannt unter dem Begriff der „beruflichen Rehabilitation“, erbracht. Darunter fallen Leistungen zur Erst- und Wiedereingliederung und zum Verbleib im Berufs- und Arbeitsleben. Die Leistungen sind sehr vielfältig. In §§ 49ff. SGB IX werden beispielsweise genannt:

- Hilfen zur „Erhaltung oder Erlangung eines Arbeitsplatzes einschließlich Leistungen zur Aktivierung und beruflichen Eingliederung“
- Hilfen für „eine Berufsvorbereitung einschließlich einer wegen der Behinderung erforderlichen Grundausbildung“
- „die individuelle betriebliche Qualifizierung im Rahmen Unterstützter Beschäftigung“
- Zuschüsse an Arbeitgeber (Eingliederungszuschüsse, Zuschüsse für technische Hilfsmittel und zur technischen Veränderung des Arbeitsplatzes) sowie
- Hilfen zur beruflichen Selbstständigkeit (Gründungszuschuss).

Anträge werden von den Betroffenen selbst gestellt, oft angeregt über die Rehabilitationsträger oder andere Einrichtungen, auch betriebliche Akteure. LTA können sich häufig aus einer medizinischen Rehabilitation ergeben.

Erbringer der LTA sind ambulante Anbieter (beispielsweise in der Bundesarbeitsgemeinschaft ambulante berufliche Rehabilitation e. V. organisiert) oder Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation wie Berufsbildungswerke, Berufsförderungswerke und vergleichbare Einrichtungen. Besonders geregelt sind Leistungen in Werkstätten für behinderte Menschen in §§ 56ff. SGB IX. Arbeitsmarkt- und Betriebsnähe sind bei den Erbringern gefordert.

Leistungen zur sozialen Teilhabe

Die Leistungen zur sozialen Teilhabe „werden erbracht, um eine gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen oder zu erleichtern“. Ziel ist es dabei, die Leistungsberechtigten „zu einer selbstbestimmten und eigenverantwortlichen Lebensführung im eigenen Wohnraum sowie in ihrem Sozialraum zu befähigen“ (§ 76 SGB IX). Zu den Leistungen zur sozialen Teilhabe gehören etwa:

- Leistungen für Wohnraum
- Assistenzleistungen
- heilpädagogische Leistungen
- Leistungen zur Betreuung in einer Pflegefamilie
- Leistungen zum Erwerb und Erhalt praktischer Kenntnisse und Fähigkeiten
- Leistungen zur Förderung der Verständigung sowie
- Leistungen zur Mobilität und Hilfsmittel.

Assistenzleistungen werden zur selbstbestimmten und eigenständigen Bewältigung des Alltags erbracht und umfassen insbesondere Leistungen für die Haushaltsführung, die Gestaltung sozialer Beziehungen, die persönliche Lebensplanung, die Teilhabe am gemeinschaftlichen und kulturellen Leben, die Freizeitgestaltung einschließlich sportlicher Aktivitäten, die Verständigung mit der Umwelt und die Sicherstellung der Wirksamkeit der ärztlichen und ärztlich verordneten Leistungen. Dazu gehören auch Leistungen an Mütter und Väter mit Behinderungen bei der Versorgung und Betreuung ihrer Kinder oder die Erstattung von Aufwendungen für die Ausübung eines Ehrenamts. Für Kinder werden besondere heilpädagogische Leistungen erbracht, die mit Leistungen der medizinischen Rehabilitation zusammen Komplexleistungen der Frühförderung bilden können. Wichtigster Leistungsträger der Leistungen zur sozialen Teilhabe ist die Eingliederungshilfe, für Kinder und Jugendliche mit seelischen Behinderungen auch die Kinder- und Jugendhilfe.

Leistungen zur Teilhabe an Bildung

Eine weitere Leistungsgruppe bezeichnet Leistungen, welche die Teilhabe an Bildung stärken (§ 75 SGB IX). Bildung und Qualifikation ermöglichen die Teilhabe am Arbeitsleben und anderen gesellschaftlichen Bereichen. Teilhabe an Bildung wird – außerhalb des Sozialleistungssystems – zu einem erheblichen Teil durch Bildungsinstitutionen von der Kindertageseinrichtung über die Primarschule, die allgemeinbildende und berufliche Sekundarschule bis zu den Hochschulen und den Weiterbildungsinstitutionen vermittelt. Auch Betriebe sind wichtige Lernorte der beruflichen Bildung.

Innerhalb dieser Institutionen ist Teilhabe von Menschen mit Behinderungen überwiegend Teil der pädagogischen Aufgabe, auch im Rahmen von Spezialisierungen (Sonder-, Förder-, Rehabilitations- oder Inklusionspädagogik). Teilweise sind die Bildungsinstitutionen selbst besondere Einrichtungen (Inklusionskindergärten, Sonderschulen, Förderschulen).

Dies alles wird in der Bundesrepublik Deutschland traditionell trotz rehabilitativer Aufgaben nicht zur Rehabilitation im engeren Sinne gezählt. Innerhalb des Rehabilitationssystems gibt es Einrichtungen der Erstausbildung (Berufsbildungsbereich der Werkstätten für behinderte Menschen, Berufsbildungswerke) und der Weiterbildung (Berufsförderungswerke), die wegen ihrer Zielsetzung den LTA (berufliche Rehabilitation) zugeordnet werden.

Die Leistungen zur Teilhabe an Bildung wurden erst 2018 mit dem Bundesteilhabegesetz (BTHG) als eigene Leistungsgruppe eingeführt. Es handelt sich um Leistungen, die fast immer in Trägerschaft der Eingliederungshilfe oder des Jugendamts erbracht werden, um den Kindergarten-, Schul- oder Hochschulbesuch zu unterstützen. Diese Leistungen gehören nicht zum pädagogischen Kernbereich, sondern sollen die Teilhabe am Angebot der Regelschulen und Hochschulen ermöglichen. Meist handelt es sich um qualifizierte Assistenz, die professionell der Heilpädagogik oder Sozialen Arbeit zugeordnet ist, oder um einfache Assistenzleistungen der Schulbegleitung. Zu den Leistungen zur Teilhabe an Bildung gehören auch technische Hilfsmittel.

Ergänzende und unterhaltssichernde Leistungen

Eine weitere Leistungsgruppe nach § 5 SGB IX stellen die unterhaltssichernden und anderen ergänzenden Leistungen dar, die in § 64 SGB IX genauer definiert werden. Sie werden auch als „Nebenleistungen zur Hauptleistung“ bezeichnet, weil sie für die Wahrnehmung der eigentlichen Leistung zur Teilhabe notwendig sind.

Durch das Krankengeld, das Übergangsgeld und andere Formen der Entgeltersatzleistung wird gewährleistet, dass für die Zeit der Leistungen zur Teilhabe Betroffene finanziell abgesichert sind und weniger finanzielle Nachteile haben. In diesem Zusammenhang werden auch die Beiträge zur Kranken-, Pflege-, Renten- und/oder Arbeitslosenversicherung erbracht.

Zuständig für diese Leistungen ist fast immer der Rehabilitationsträger, der die Kosten der Leistungen zur Teilhabe zu tragen hat. Trägt also beispielsweise die gesetzliche Rentenversicherung die Kosten für eine medizinische Rehabilitation, hat sie auch die Kosten für die entsprechende Entgeltersatzleistung, die notwendige Kranken-, Pflege- und Arbeitslosenversicherung sowie die Fahrt-/Transport- bzw. Reisekosten, die im Zusammenhang mit der Rehabilitation anfallen, zu tragen.

Zu den ergänzenden Leistungen nach § 64 SGB IX gehören auch der Rehabilitationssport (Rehasport) und das Funktionstraining. Beide Leistungsformen werden ärztlich verordnet und finden in Gruppen in dafür vorgesehenen Sportstätten, Therapieräumen und Bewegungsbädern statt. Während Rehasport mit den Mitteln des Sports und sportlich ausgerichteter Spiele Ausdauer, Kraft, Koordination, Flexibilität und das Selbstbewusstsein fördern soll, wird im Funktionstraining mit den Mitteln der Krankengymnastik und Ergotherapie krankheitsspezifisch, funktionsorientiert und alltagsbezogen trainiert.

III. Wissenschaftliches Verständnis von Wirksamkeit

Wirksamkeit kann aus wissenschaftlicher Sicht definiert werden als die Fähigkeit einer Intervention, spezifische, im Voraus festgelegte Ziele kausal zu erreichen. Der Grad der Wirksamkeit ist das Ausmaß, in dem Interventionen in der Lage sind, diese Ziele mit hoher Wahrscheinlichkeit zu erreichen. Wirksamkeit kann in dreifacher Hinsicht immer nur relativ beurteilt werden. Erstens bezieht sich Wirksamkeit immer auf das jeweils untersuchte Outcome: Eine Intervention kann in Bezug auf ein Zielkriterium wirksam, in Bezug auf ein anderes jedoch unwirksam sein. Zweitens wird die Wirksamkeit einer Intervention immer im Vergleich zu einem alternativen Szenario beurteilt, in dem keine oder eine andere Intervention durchgeführt wird. Drittens hängt die Wirksamkeit von der erreichten Zielgruppe ab. Weicht diese von der adressierten Gruppe ab, können Effekte verschleiert werden. In dieser klassischen Betrachtung von Wirksamkeit müssen deshalb immer drei Bedingungen erfüllt sein: Erstens muss definiert sein, in Bezug auf welches Ziel oder Outcome, zweitens im Vergleich zu welchem Alternativszenario und drittens für welche Zielgruppe die Wirksamkeit festgestellt wird.

Es kann, je nach Wahl des alternativen Szenarios, zwischen absoluter und relativer Wirksamkeit unterschieden werden (Raspe & Hüppe 2014). Erstere prüft eine Intervention im Vergleich zu einem Alternativszenario, in dem keine Form von Intervention angeboten wird. Alternativ dazu können verschiedene Interventionen mit demselben Ziel oder verschiedene Durchführungsarten derselben Intervention miteinander verglichen werden. Allerdings steht dann die relative Wirksamkeit einer Intervention oder einer besonderen Durchführungsform im Vordergrund der Betrachtung.

Wirksamkeit kann nach dieser Lesart nur in Bezug zu Populationen, also auf Gruppenebene, bestimmt werden. Dies unterscheidet die Wirksamkeit von der Wirkung einer Intervention auf Ebene der einzelnen Person und resultiert aus den begründeten Annahmen, dass erstens zwischen einer Intervention und deren Zielerreichung keine deterministische Beziehung angenommen wird, also das Ziel nicht in jedem Einzelfall zu 100 Prozent erreichbar ist, und zweitens, dass die Wirkung im Einzelfall im Regelfall nicht mit der durchschnittlichen Wirksamkeit identisch ist. Vielmehr ist davon auszugehen, dass eine Intervention die *Wahrscheinlichkeit der Zielerreichung* erhöht. Dies wird im Konzept der „Number needed to treat“ (NNT) berücksichtigt, das eine Information dazu gibt, wie viele Personen behandelt werden müssen, um im Vergleich zur Kontrollbedingung bei einer Person mehr ein positives Outcome zu erreichen. Damit sind Aussagen zur Wirksamkeit immer orientiert an der *durchschnittlichen Wirkung in der betrachteten Gruppe* und damit an gruppenbezogenen Wahrscheinlichkeiten. Es ist die Aufgabe der im jeweiligen Fachgebiet tätigen professionellen Person, u. a. auf Basis probabilistischer Aussagen zur Wirksamkeit, eine Anwendung für den jeweiligen Einzelfall im Sinne einer individuellen Wirkung vorzuschlagen („interne Evidenz“, vgl. (Behrens 2019)). Diese professionelle

Anwendung im Einzelfall wird in der Medizin und anderen Disziplinen als evidenzbasiertes Handeln beschrieben und geht über das klassisch wissenschaftliche Verständnis des Begriffs der Wirksamkeit hinaus.

Eine zentrale Frage ist zudem die Übertragbarkeit von Studienergebnissen auf andere Populationen oder Kontexte, die sogenannte externe Validität. Eine Intervention kann in einem definierten Kontext wirksam sein, in einem anderen Kontext oder unter anderen Bedingungen jedoch zu schlechteren (oder auch besseren) Resultaten führen (Behrens 2015, 2019). Daher ist es wichtig, genau zu definieren, unter welchen Bedingungen die Intervention durchgeführt wird. In der medizinischen Wirksamkeitsforschung werden zudem zwei grundlegende Perspektiven auf Wirksamkeit unterschieden (vgl. Singal et al. 2014):

Efficacy beschreibt die Wirksamkeit einer Intervention unter idealen, kontrollierten Bedingungen, wie sie insbesondere in randomisierten kontrollierten Studien (RCT) vorherrschen. Efficacy-Studien zeichnen sich durch eine hohe interne Validität aus, da sie strenge Kriterien für die Auswahl der Patientinnen und Patienten anwenden, um eine homogene Studienpopulation zu schaffen. Zudem wird die Intervention standardisiert und in einer idealen Umgebung von geschultem Personal durchgeführt. Efficacy-Studien blenden bewusst die Variabilität der „realen Welt“ aus, um alle potenziell störenden Faktoren zu minimieren. Auf diese Weise wird sichergestellt, dass eine beobachtete Wirkung ursächlich auf die Intervention zurückgeführt werden kann. Diese Studien geben somit Auskunft über die grundsätzliche Wirksamkeit bzw. das unter Idealbedingungen erwartbare Maß der Wirksamkeit einer Intervention (vgl. Windeler et al. 2008), sagen aber aufgrund der geringen externen Validität wenig über die Anwendung in der Routinepraxis aus.

Effectiveness hingegen bezeichnet die Wirksamkeit einer Intervention unter realen Alltagsbedingungen. Die Studienbedingungen sind zwar kontrolliert, jedoch nicht zwingend experimentell hergestellt, um die tatsächlichen Bedingungen in der Routineversorgung abzubilden (eine Mischvariante stellen sogenannte pragmatic trials dar). Das betrifft die Vielfalt der Patientinnen und Patienten, die Einhaltung der Intervention durch die Patientinnen und Patienten und die konkrete Anwendung durch das professionelle Personal. Dies erhöht die externe Validität, kann aber die interne Validität beeinträchtigen. Effectiveness-Studien spiegeln somit die tatsächliche oder auch realistische Wirksamkeit einer Intervention in der Routineversorgung wider. Sie können die reine, also nicht durch Kontextfaktoren beeinflusste Wirkung einer Intervention nicht zeigen (Windeler et al. 2008).

Interventionen sind unterschiedlich komplex in ihrer Anlage, Durchführung und in ihren Abhängigkeiten von der Umwelt. Komplexe Interventionen unterscheiden sich in mehreren Merkmalen von sogenannten einfachen Interventionen⁵. Zu diesen Merkmalen gehören die Anzahl der beteiligten Komponenten, die Vielfalt und Komplexität der durch die Intervention angestrebten Veränderungen, die Expertise der Beteiligten, die für die Durchführung der Intervention erforderlich ist, usw. (Skivington et al. 2021). Bei komplexen Interventionen lässt sich die klassische Wirkungsprüfung wie oben beschrieben nicht ohne Weiteres auf alle Leistungen und Interventionen übertragen (Skivington et al. 2021). Neben der reinen Betrachtung der Wirksamkeit in Bezug auf ein definiertes Outcome, im Vergleich zu einem Alternativszenario und auf der Basis einer definierten Population sind weitere Punkte zu berücksichtigen.

Skivington et al. (2021) haben aus diesem Grund im Auftrag des Medical Research Council (MRC) und des National Institute for Health and Care Research (NIHR) einen Leitfaden für die Entwicklung und Bewertung komplexer Interventionen entwickelt. Das zentrale Argument des Leitfadens ist, dass unverzerrte Schätzungen der Interventionseffekte aus einer Efficacy-Studie für die Bewertung der Wirksamkeit nicht ausreichen. Vielmehr sollte die zugrunde liegende

⁵ Es existieren Strömungen, die eine Differenzierung in einfache und komplexe Interventionen ablehnen. Nichtsdestotrotz unterscheiden sich Interventionen in ihrer Komplexität.

Theorie verstanden und aus ihr abgeleitet werden, wie die Intervention mit dem Kontext, in dem sie durchgeführt wird, interagiert und das System beeinflusst. Über die zuvor dargestellten „klassischen“ oder idealtypischen Perspektiven auf Wirksamkeit hinaus erweitert dieser Ansatz damit den Wirksamkeitsbegriff und betont die Bedeutung theoriegeleiteter Ansätze und systemischer Perspektiven.

Theoriegeleitete Ansätze betonen die Bedeutung eines theoretischen Verständnisses von Interventionen. Sie zielen darauf ab, ein Verständnis dafür zu entwickeln, warum und wie eine Intervention wirkt. Anstatt nur zu untersuchen, ob eine Intervention die gewünschte Wirkung erzielt, wird gefragt, durch welche Mechanismen und unter welchen Bedingungen sie ihre Wirkung entfaltet. Im Gegensatz zur klassischen Perspektive, die das „ob“ der Wirksamkeit in den Mittelpunkt der Betrachtung stellt, stellen theoriegeleitete Ansätze in den Mittelpunkt, wie und warum eine Intervention wirksam ist. Diese theoretische Fundierung kann dabei helfen, die Verallgemeinerung und Übertragbarkeit von Wirksamkeitsergebnissen auf andere Kontexte zu beurteilen (Skivington et al. 2021; Behrens 2025).

Systemische Perspektiven legen den Fokus auf die Betrachtung von Interventionen als Bestandteil eines übergreifenden und sie umspannenden Systems. Besonderes Augenmerk wird daraufgelegt, wie die jeweilige Intervention in das vorherrschende System eingebettet ist und welche Wechselwirkungen mit anderen Elementen des Systems bestehen. Solche Wechselwirkungen können die Wirksamkeit hemmen, jedoch auch fördern.

Das übergeordnete Ziel besteht darin, die Wechselwirkung zwischen der Intervention und dem breiten sozialen Kontext, in dem sie durchgeführt wird, zu verstehen und daraus eine Aussage in Bezug auf die Wirksamkeit abzuleiten (Skivington et al. 2021).

IV. Die Wirksamkeitsforschung im Kontext der Leistungen nach dem SGB IX

Es sollte deutlich geworden sein: Die Ableitung von Wirksamkeit ist aus methodologischer Sicht komplex, hoch voraussetzungsvoll und immer eine relativierende Aussage. In Bezug auf die Betrachtung von Leistungen des SGB IX treffen zudem die oben dargestellten Bedingungen für komplexe Interventionen zu, was Aussagen zur Wirksamkeit noch schwieriger gestaltet.

Die Verwendung des oben beschriebenen Wirksamkeitsbegriffs erfordert im Zusammenspiel mit der Charakterisierung der Leistungen nach SGB IX als komplexe Interventionen eine genauere Betrachtung der Besonderheiten im Vergleich zur klassischen Verwendung kontrollierter Studien (wie beispielsweise RCT in der Medikamentenforschung). Folgende Punkte sollten berücksichtigt werden:

Bedeutung der Theoriebasierung

Unter Theoriebasierung ist die Betrachtung des Wirkmodells und seiner Komponenten und Einflussfaktoren „ex ante“, also im Vorfeld der Wirksamkeitsmessung, zu verstehen. Es geht darum, aus bestehenden Erklärungsmodellen abzuleiten, warum und wie eine Intervention wahrscheinlich wirkt. Dies ist eine notwendige Basis, um zu sinnvollen und praktisch nutzbaren empirischen Erkenntnissen zu kommen. Das ergibt sich direkt aus der Komplexität der Interventionen. Wichtig ist aber auch: Nicht nur die Interventionen sind komplex. Sie sind eingebettet in ein nicht weniger komplexes System aus rechtlich-normativen Vorgaben, einer spezifischen Leistungssteuerung und der Rahmung der Leistungsdurchführung selbst. Dieses System entfaltet teilweise erhebliche Einflüsse auf die Wirkungen einer Intervention bzw. hat eigene Wirkungen auf das definierte Outcome. Ziel muss sein, ein Verständnis der Wechselwirkung zwischen der Intervention und dem sie umgebenden sozialen System zu bekommen (Behrens 2015, 2019; Cronbach 1982).

Mögliche Einflüsse werden auf der Makro-, der Meso- und der Mikro-Ebene diskutiert. Während auf der Makro-Ebene insbesondere gesellschaftliche oder auch regionale Strukturen betrachtet

werden können und die Mikro-Ebene klassische, das Individuum betreffende Einflussfaktoren umfasst, wird den Merkmalen der Meso-Ebene eine ganz besondere Bedeutung für die Entfaltung der Wirksamkeit einer Intervention zugeschrieben (z. B. Kleineke et al. 2015). Darunter sind vor allem die konkreten Rahmenbedingungen der Leistungserbringung zu verstehen, also beispielsweise verfügbare Strukturen bei den Einrichtungen und Anbietern, die Qualifikationen und Kompetenzen der Personen, die die Intervention durchführen, aber auch eher informelle Merkmale wie gelebte Routinen, Arbeitskulturen oder auch die direkte Beziehung zwischen den Betroffenen und den professionellen Akteuren.

Das ursprünglich angestrebte Ziel und damit die (vom Gesetzgeber, Leistungsträger etc.) definierte Wirkungsrichtung einer Intervention entfaltet sich demnach allenfalls indirekt, weil die Idee der Wirkung den Filter der Leistungsbringung in einem konkreten Kontext durchläuft. Im Umkehrschluss bedeutet das aber auch, dass man in der Wirksamkeitsbetrachtung zusätzlich zu der eigentlichen Frage des „ob“ auch das „wie“ einer Interventionswirkung beantworten muss.

Einen Eindruck von der Komplexität liefern Programmtheorien personenbezogener Dienstleistungen, wie sie – u. a. im Anschluss an Gross & Badura (1977) – von Japp (1986), Beck (1994) und Schaarschuch (1999) vorgelegt wurden. Weiterentwicklungen, auch unter explizitem Bezug auf die Implementation und Evaluation im Bereich der Teilhabeforschung, definieren die Wirkung einer Intervention als Zusammenspiel aus der eigentlichen Leistungssteuerung, der Professionalisierung und Professionalität der Akteure, den Spannungsfeldern der Interaktion mit den Betroffenen (z. B. Hilfe/Kontrolle, Nähe/Distanz etc.), komplexen Bedarfslagen bei gleichzeitigem Technologiedefizit und hohen Unsicherheiten sowie dem Erfordernis reflexiver Organisationsstrukturen (Beck 2022 zur Begründung von Mehrebenen-Untersuchungsmodellen; Beck et al. 2025; Knoop et al. 2024 zu Wirkungen sozialer Arbeit in der Rehabilitation). Eine solche theoriegeleitete Herangehensweise führt dazu, dass ein tieferes Verständnis von möglichen und vor allem theoretisch begründbaren Wirkfaktoren und Wirkmechanismen erarbeitet wird, die einerseits eine sinnvolle Basis für die eigentliche empirische Ausgestaltung der Wirksamkeitsanalyse sind, andererseits aber auch die Basis dafür bilden, empirisch beobachtete Zusammenhänge so zu plausibilisieren, dass eine adäquate Weiterentwicklung der herrschenden Praxis stattfinden kann.

Ein gutes Beispiel für ein solches Wirkmodell ist das sogenannte SWIMMER-Modell, ein Modell zu den Wirkungen Sozialer Arbeit im Kontext der medizinischen Rehabilitation von Knoop et al. (2024). Beschrieben und strukturiert wird das komplexe System, in dem Soziale Arbeit in der Rehabilitation angesiedelt ist. Es definiert Einflussfaktoren auf der System-, Einrichtungs- und individuellen Ebene der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden sowie die professionellen Bedingungen und rahmt so relevante Strukturen und Prozesse der Leistungserbringung an sich (Aufgaben, Arbeitsformen und Interaktionssettings), die einen direkten Output erzeugen (etwa Erarbeitung von Handlungs- und Entscheidungsoptionen), der wiederum indirekt zu einem übergreifenden Outcome, etwa der beruflichen Wiedereingliederung, beiträgt. Das SWIMMER-Modell kann sowohl als Basis für weiterführende empirische Untersuchungen zur Wirksamkeit einzelner Elemente dienen als auch begründete Informationen liefern für die Herstellung optimaler Bedingungen für eine effektive Soziale Arbeit in der medizinischen Rehabilitation.

Festzuhalten bleibt also: Wirksamkeit ergibt sich schließlich nicht nur durch die Konstruktion der Intervention an sich, sondern zusätzlich durch die Rahmung ihrer Erbringung.

Möglichkeiten und Grenzen der Kontrollierbarkeit einer Intervention

Auf die Relevanz eines alternativen Szenarios zur validen Bewertung von Wirksamkeit wurde bereits hingewiesen. Offen ist, welche Kontrollbedingung im jeweiligen Fall geeignet erscheint. Üblich ist der Vergleich zu „usual care“ bzw. zu „keine Intervention“ zur Beurteilung der absoluten Wirksamkeit.

Einzelne Arten von Leistungen entziehen sich einer klassischen Wirksamkeitsbetrachtung. Dies betrifft beispielsweise Leistungen, die als „an sich“ wirksam angesehen werden können. Ein Beispiel wäre der Umbau eines Fahrzeuges für Menschen mit Beeinträchtigung, der es ihnen erst ermöglicht, ihren Arbeitsplatz zu erreichen und am ersten Arbeitsmarkt teilzuhaben. Hier ist offensichtlich, dass der Umbau an sich die Mobilität der Betroffenen, mithin ihre Teilhabe erhöht. Somit kann die Leistung „an sich“ im Sinne der absoluten Wirksamkeit als wirksam angesehen werden. Allerdings ist die Voraussetzung einer solchen Bewertung, dass es einen Bedarf für diese Leistung gibt und dass sie richtig umgesetzt bzw. angewendet wird. Zudem kann die Frage der relativen Wirksamkeit, d. h. wie der Fahrzeugumbau gestaltet wird und welche Variante für die jeweilige Konstellation am besten geeignet ist, weiterhin Gegenstand empirischer Untersuchungen sein.

Eine weitere Herausforderung stellen Leistungen dar, die Menschen aus ethischen Gründen nicht vorenthalten werden dürfen und daher keine Kontrollbedingung für die Bewertung der absoluten Wirksamkeit zulassen. Ein Beispiel wären Hilfsmittel oder Leistungen, die eine Person rund um die Uhr zum Leben benötigt (z. B. eine Assistenzleistung). Die Wirksamkeit an sich müsste im Sinne einer „face validity“ oder Augenscheinvalidität per se angenommen werden. Beispiele für eine solche Wirksamkeit „prima facie“ sind bei Leistungen zur Teilhabe jedoch äußerst schwierig zu finden. Das Konzept ist daher mit Vorsicht anzuwenden. An diesen Beispielen wird die enge Verzahnung von empirischen und normativen Aspekten im SGB IX deutlich: Wenn Menschen nur bei Erhalt einer Leistung selbstbestimmt an Teilhabebereichen teilnehmen können, könnte diese Leistung aufgrund des normativen Anspruchs des SGB IX „per se“ als wirksam definiert werden. Aus wissenschaftlicher Perspektive wäre allerdings zu belegen, dass die Teilhabe tatsächlich nur durch Erhalt dieser Leistung möglich ist und mit dieser Leistung auch wirklich erreicht wird. Dies schränkt das Argument der Wirksamkeit „an sich“ sehr stark ein.

In bestimmten Konstellationen ist die Konstruktion einer Kontrollbedingung zur Beurteilung der absoluten Wirksamkeit nicht möglich, weil es einen Rechtsanspruch auf eine Leistung gibt und der/dem Leistungsberechtigten die Leistung zur Realisierung einer Kontrollbedingung nicht vorenthalten werden kann. Im Zentrum könnte aber beispielsweise die Frage stehen, in welcher Durchführungsform eine solche Leistung mit Rechtsanspruch (mehr oder weniger) wirksam ist. Der Fokus verlagert sich damit auf die Messung der relativen Wirksamkeit von Formen der Leistungserbringung und weg von einer empirisch begründeten Aussage zur absoluten Wirksamkeit. Nachteil der Messung der relativen Wirksamkeit ist, dass letztlich keine finale Aussage zur Wirksamkeit der Leistung an sich erfolgt. Eine mögliche Lösung dieses Dilemmas könnte sein, spezialisierte oder auch intensiviertere Formen der Leistungen im Vergleich zu einem Standardmodell der Leistung zu untersuchen. Zeigen sich positive Effekte, so kann angenommen werden, dass die Leistung in dieser speziellen Form auch im Vergleich zu „nichts tun“ wirksam ist (sofern die Standardleistung keinen Schaden anrichtet). Ein Beispiel hierfür ist die Forschung zur Wirksamkeit einer speziellen beruflichen Orientierung in der medizinischen Rehabilitation im Vergleich zu einer herkömmlichen medizinischen Rehabilitation (MBOR; Bethge et al. 2019). Aus den zitierten Arbeiten wird ersichtlich, dass eine MBOR wirksamer ist als eine herkömmliche medizinische Rehabilitation. Damit ist streng genommen nur die relative Wirksamkeit einer beruflichen Orientierung in der medizinischen Rehabilitation nachgewiesen. Unter der Annahme, dass die medizinische Rehabilitation (also die Kontrollbedingung in den RCT) keine negativen Effekte verursacht, kann auf Basis dieser Ergebnisse aber plausibel argumentiert werden, dass die medizinische Rehabilitation, wenn sie im Sinne einer MBOR durchgeführt wird, auch signifikant bessere Ergebnisse im Vergleich zu „nichts tun“ haben wird.

Eine Interpretation des Vergleichs von Leistungsarten wird dadurch erschwert, dass sie sich in weiteren strukturellen und prozessualen Aspekten unterscheiden können. Valide Aussagen zur relativen Wirksamkeit setzen daher eine ceteris paribus-Bedingung voraus, d. h. die Leistungsarten sollten sich idealerweise nur in einem klar definierten Aspekt unterscheiden und

ansonsten völlig identisch sein. Dieses Ideal ist in der Versorgungsrealität kaum zu erreichen. Häufig unterscheiden sich verschiedene Leistungsformen in mehreren Aspekten. Im Ergebnis kann dann nur beobachtet werden, dass eine veränderte Leistung im Vergleich zum Standardmodell wirksam ist, nicht jedoch, warum dies so ist. Auch hier kann das oben bereits zitierte Beispiel der Wirksamkeitsuntersuchung der MBOR in der medizinischen Rehabilitation herangezogen werden: Da eine MBOR sich in vielen Merkmalen von einer herkömmlichen medizinischen Rehabilitation unterscheidet, ist kausal nicht zu ermitteln, welcher Wirkfaktor genau für den Benefit verantwortlich ist. Man weiß nur, dass die MBOR wirksamer ist.

Die Wirksamkeitsanalyse einzelner Leistungsaspekte ist zudem umso schwieriger zu bestimmen, je komplexer die Leistung ist. Insbesondere bei der Betrachtung übergreifender und komplexer Versorgungsstrategien (etwa der Wirkung von Entgeltersatzleistungen im Rahmen von Leistungen zur Teilhabe) könnte es sinnvoll sein, die Wirksamkeit nicht auf der Ebene individueller Messungen, sondern anhand von beispielsweise Systemvergleichen auf einer aggregierten Ebene zu plausibilisieren.

Einfluss von Kontextbedingungen auf die Validität der Wirksamkeitsaussage

Der Einfluss der handelnden professionellen Akteure ist bei Leistungen nach dem SGB IX einerseits geringer als in der klassischen Medizin (etwa bei Operationen) oder auch bei therapeutischen Interventionen (etwa der Physiotherapie), da die Zielerreichung stärker von anderen, externen Rahmenbedingungen und Akteuren abhängt (z. B. im Falle der beruflichen Wiedereingliederung von betrieblichen Akteuren). Andererseits besitzt die individuelle Form der Durchführung eine hohe Bedeutung, da es oft keine vorgeschriebenen Prozeduren gibt. Oft fehlt eine klare Handlungsanleitung (ähnlich einer Leitlinie oder einem Manual). Allenfalls folgt die Durchführung der Leistung „üblichen“ Behandlungsroutinen in der Organisation des Leistungserbringers. Außerdem ergibt sich die konkrete Ausgestaltung der Intervention häufig erst durch die Interaktion mit der betroffenen Person (analog einer „Therapiebeziehung“; Behrens 2019, 2025), verstärkt durch die erwünschte Selbstbestimmung der betroffenen Menschen im Rahmen des Wunsch- und Wahlrechts nach § 8 SGB IX. Dieselben Leistungen sind damit in verschiedenen Kontexten nur schwer vergleichbar. Dies birgt eine besondere Herausforderung in der Wirksamkeitsmessung.

Die Bedeutung solcher Kontextfaktoren bei Leistungen im SGB IX lässt sich durch einen Vergleich mit dem sogenannten Placeboeffekt in der Medikamentenforschung veranschaulichen. Während Placeboeffekte dort als Verzerrung der eigentlichen Interventions- oder Substanzeffekte betrachtet werden und untersucht wird, ob ein Medikament über den Placeboeffekt hinaus einen solchen Substanzeffekt hat,⁶ lässt sich der Effekt bei komplexen Leistungen wie in der Rehabilitation aufgrund des enormen Einflusses von v. a. organisationalen Kontextfaktoren bzw. den Einflüssen der Therapiebeziehung kaum isolieren. Vielmehr erscheint es sinnvoll, solche Kontexteffekte als integralen Bestandteil der Wirksamkeit der Leistung zu betrachten. Demnach besäße das Paradigma in der akutmedizinischen Wirksamkeitsforschung, eine Leistung dann als wirksam zu betrachten, wenn sie über den Placeboeffekt hinaus einen Substanzeffekt besitzt, für Leistungen nach dem SGB IX keine Gültigkeit. Und damit hätten entsprechende Wirksamkeitsuntersuchungen eine hohe interne, jedoch eine eher geringe externe Validität, da die Wirksamkeit ganz entscheidend vom organisationalen Kontext abhängt, in den die Intervention eingebettet ist.⁷ Das bedeutet nicht, dass keine über bestimmte Einrichtungskontexte hinausgehenden verallgemeinernden Aussagen zur Evidenz möglich sind. Empirische Untersuchungen könnten vielmehr Aufschluss darüber geben, unter welchen Kontextbedingungen eine

⁶ Die Anerkennung finanzierbarer Leistungen im SGB V durch den Gemeinsamen Bundesausschuss ist gar an die isolierte Messung des „Substanzeffektes“ gebunden.

⁷ Diese Aussage gilt aber nur, wenn Kontexteffekte als Teil der Interventionen angesehen werden. Andernfalls ist auch die interne Validität gering.

Leistung effektiver oder weniger effektiv umgesetzt wird. Während also absolute Aussagen zur „reinen“ Wirkung einer Leistung schwer möglich sind, könnten dennoch robuste relative Aussagen zur Wirkung unter verschiedenen Kontextbedingungen getroffen werden.

Definition und Messung des Outcomes

Das SGB IX nennt die Selbstbestimmung und die volle, wirksame und gleichberechtigte Teilhabe als zentrale normative Triebfeder für die Inanspruchnahme und Durchführung von Leistungen des SGB IX. Daraus ist abzuleiten, dass Leistungen des SGB IX in Bezug auf diese normative Zielsetzung hin empirisch überprüft werden müssen. Es erscheint jedoch sinnvoll, die Wirksamkeitsbetrachtung der einzelnen Leistungen hinsichtlich ihrer Zielerreichung zu differenzieren. Es darf nicht außer Acht gelassen werden, dass einzelne Interventionen einen spezifischen Output adressieren und damit nur einen Anteil an der Zielerreichung des generellen Outcomes besitzen. Dies stellt besondere Herausforderungen an die Operationalisierbarkeit des Outcomes.

Die Wirksamkeit von Leistungen nach dem SGB IX sollte sowohl an objektiven als auch an subjektiven Indikatoren orientiert sein. Im Gesetz wird die gewünschte Wirkung an den Dimensionen der gleichberechtigten Teilhabe und der Selbstbestimmung festgemacht (§ 1 SGB IX). Es stellt sich die Frage, inwieweit diese beiden Ziele (vgl. § 4 Abs. 1, §§ 13, 25 SGB IX) operationalisierbar sind. Eine Möglichkeit wäre, zu prüfen, ob und wie Teilhabe bislang gemessen wurde, beispielsweise im Teilhabesurvey des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (BMAS), den Teilhabeberichten der Bundesregierung und den Instrumenten nach § 13 SGB IX. Dies können jedoch nur vorläufige Lösungen sein.

Letztlich fehlt ein einheitliches theoretisches und empirisches Verständnis der Zielkonstrukte des SGB IX. Der Begriff „Teilhabe“ ist nicht klar definiert (für Operationalisierungen, siehe Behrens 2019). Es bleibt unbestimmt, auf welche Lebensbereiche er sich bezieht. Hier könnte die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) ein Referenzmodell für die Outcome-Messung darstellen, da sie ein Konzept für die Dokumentation des Outcomes bietet (allerdings noch nicht für dessen Messung). Sie könnte daher als Grundlage für die Entwicklung von Erhebungsinstrumenten dienen. Problematisch ist allerdings einerseits, dass es der ICF noch immer an einer geeigneten theoretischen Basis fehlt, zentrale Begriffe und Konstrukte also aus einer theoretischen Perspektive unbestimmt sind. Es existieren interessante Versuche hierzu (z. B. der handlungstheoretische Ansatz von Nordenfelt (2003)), deren Rezeption zu einer besseren Messbarkeit der teilweise komplexen Konstrukte wie der Teilhabe führen können. Andererseits listet die ICF zwar umfassend Lebensbereiche auf, diese werden aber nicht in ihrer Bedeutung für die betroffene Person gewichtet. So könnte es z. B. fragwürdig sein, die Teilhabe von Menschen ohne Behinderungen als Vergleichsmaßstab für gleichberechtigte Teilhabe zu wählen und zu prüfen, inwiefern die Teilhabe von Menschen mit Behinderungen davon abweicht. Stattdessen könnten und sollten die Indikatoren für Teilhabe an den Lebenslagen und Bedürfnissen der betroffenen Menschen festgemacht werden.

Teilhabe kann als Outcome anhand subjektiver und objektiver Indikatoren untersucht werden. Eine subjektive Messung bietet den Vorteil, dass Betroffene eine subjektiv gewichtete Bewertung ihrer Teilhabemöglichkeiten vornehmen können. Über eine solche Messung können auch die individuellen Bedürfnisse und Präferenzen der Betroffenen einbezogen werden. Eine objektivierte Messung bietet wiederum den Vorteil, dass sie unabhängig von der subjektiven Bewertung ist und damit eine höhere externe Validität besitzt. Die Operationalisierung und Messung der Selbstbestimmung erscheint schwieriger. Hier gibt es derzeit nur wenige Ansätze zu subjektiven oder objektiven Indikatoren. Man könnte versucht sein, für die Erhebung des Grads der Selbstbestimmung subjektive Indikatoren vorzuziehen.

Der § 4 Abs. 1 SGB IX nennt – über Teilhabe und Selbstbestimmung hinaus – weitere Ziele der Leistungen zur Teilhabe, die sich teils auch an den jeweiligen spezialrechtlichen Zielstellungen

der Reha-Träger orientieren. Sie adressieren etwa die Behinderung selbst, die Pflegebedürftigkeit, die eingeschränkte Erwerbsfähigkeit oder auch die ganzheitliche persönliche Förderung. Zumindest einige dieser Ziele der Leistungen zur Teilhabe dürften leichter operationalisierbar sein als Teilhabe und Selbstbestimmung.

Subjektive und objektive Indikatoren führen nicht zwangsläufig zum gleichen Ergebnis in Bezug auf die Wirksamkeit von Leistungen. Ein Beispiel ist die Teilhabewirkung von Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM). Das objektive Ziel der Teilhabe am allgemeinen Arbeitsmarkt wird bei 100 Prozent der Beschäftigten in Werkstätten verfehlt, das Ziel einer alternativen Art der Teilhabe am Arbeitsleben zu 100 Prozent erreicht.⁸ Ein Teil der Beschäftigten gibt in Befragungen an, dass sie in der WfbM zufrieden sind und dies als adäquate Alternative zum allgemeinen Arbeitsmarkt sehen. Ein Grund dafür könnte sein, dass die Bewertung von der Kenntnis der Alternativen abhängt oder dass die strukturellen Chancen, diese zu erreichen, gering sind. Empirische Instrumente müssen daher an die jeweilige Gruppe angepasst werden, bei der die Wirksamkeit einer Leistung beurteilt werden soll. Dies kann im Rahmen vorgelagerter Validitäts- und Reliabilitätsprüfungen erfolgen.

Zudem könnte es gerade bei komplexen Interventionen sinnvoll sein, sehr genau über den Zeitpunkt der Outcome-Messung nachzudenken. Allgemein erscheint eine Unterscheidung zwischen proximalen (unmittelbaren) und distalen (langfristigen) Effekten sinnvoll zu sein. Distale Effekte betreffen beispielsweise die berufliche Teilhabe, also u. a. die rechtlichen Begründungen zur Durchführung und Finanzierung einer Leistung. Proximale Effekte adressieren dagegen die eigentliche Funktion und damit das konkrete Ziel der Intervention (z. B. das Wissen zu gesundheitsförderlichen Aktivitäten in einer Bewegungsschulung). Diese Unterscheidung ist relevant, da vor allem langfristige Wirkungen durch Kontextfaktoren konfundiert sind und damit den Nachweis einer kausalen Beziehung zwischen Intervention und Outcome schwieriger machen.

Eine besondere Herausforderung in der Messung der Effekte ergibt sich bei Interventionen, die grundsätzlich in ihrer Dauer nicht begrenzt oder längerfristig angelegt sind, da dann keine klassisch-katamnestic Betrachtung (Zielerreichung nach der Intervention) erfolgen kann. Alternativen könnten Messungen zu bestimmten Zeitpunkten sein, um die Wirksamkeit solcher Leistungen nach einer definierten Zeitspanne seit Beginn zu analysieren. Hier bieten sich Designs an, die einen Behandlungswechsel ermöglichen oder schrittweise einführen.

Zielgruppen

Wirksamkeitsuntersuchungen erfordern eine spezifische Betrachtung der adressierten und erreichten, aber auch erreichbaren Zielgruppe. Gerade weil der Zugang zur Intervention teilweise durch externe Akteure gesteuert wird und damit nicht immer in der Hand der direkt involvierten Betroffenen und der professionellen Akteure liegt, sollte erstens die adressierte Zielgruppe sehr genau ex ante definiert und zweitens mit der tatsächlich erreichten Zielgruppe verglichen werden, um zu keinen falschen Aussagen zu kommen (etwa der fälschliche Nachweis der Nichtwirksamkeit auf Basis einer nicht adäquaten Stichprobe).

Hinsichtlich der Messung der Wirksamkeit spielen zudem die Präferenzen der Betroffenen eine entscheidende Rolle. Präferenzen können beeinflussen, welches Teilhabeziel und welche Form der Leistung von den Betroffenen bevorzugt werden. Sie können relevant für die Ausgestaltung und Auswahl von Leistungen und sogar für deren Wirksamkeit sein. Dies wirft die Frage auf, bei wem welche Leistung wirksam ist, da eine Präferenz für oder gegen eine Leistung deren Wirkung

⁸ Bundesministerium für Arbeit und Soziales: Studie zu einem transparenten und zukunftsfähigen Entgeltsystem für Menschen mit Behinderungen in Werkstätten für behinderte Menschen und deren Perspektiven auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt. Forschungsbericht 626.

Link: https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/Publikationen/Forschungsberichte/f626-entgeltsystem-wfbm.pdf?__blob=publicationFile&v=3, Download am 15.01.2026

moderieren, im Zweifel gar vollständig determinieren kann. Allerdings spricht dies nicht gegen die Anwendung eines engen Verständnisses von Wirksamkeit, da unterschiedliche Präferenzen sowohl in der betrachteten Interventionsgruppe als auch in der Kontrollgruppe vorhanden sind und somit als Moderator in beispielsweise Subgruppenanalysen verwendet werden können.

Weiterhin wäre zu diskutieren, ob sich Probleme ergeben, wenn Personen einer experimentellen Bedingung zugewiesen werden, die nicht ihren Präferenzen entspricht. Dann könnte die nicht erfüllte Präferenz einen Einfluss auf die Messung der Wirksamkeit entfalten. Man kann aber davon ausgehen, dass gerade im Kontext von Leistungen nach SGB IX die Präferenz der betroffenen Menschen für eine bestimmte Leistung Teil der Bedarfsfeststellung ist und damit den Zugang zur Leistung beeinflusst oder sogar determiniert. Daraus könnte geschlossen werden, dass per se nur Personen in die Leistung und damit in die Wirksamkeitsbetrachtung kommen, die zur Inanspruchnahme der Leistung bereit sind. Im Ergebnis ist die Präferenz für oder gegen eine Leistung jedenfalls eine wichtige Information, die in Wirksamkeitsstudien immer mit erhoben werden sollte.

Aktive Beteiligung betroffener Akteure

Die aktive Einbeziehung betroffener Akteure in die Forschung sollte primär aus ethisch-normativen Gründen erfolgen. Forschung muss mit ihnen und nicht über Betroffene hinweg erfolgen (Kirschning et al. 2012; Farin-Glattacker et al. 2014). Nur so ist sichergestellt, dass die Ergebnisse die herrschende Praxis inklusive der Vorstellungen, Bewertungen und Erfahrungen aller einbezogenen Akteure abbilden. Dies betrifft nicht nur die Zielgruppe der untersuchten Interventionen und Programme, also die Menschen mit einer Behinderung, sondern auch Anbieter solcher Leistungen und die Leistungsträger. Ihre Mitwirkung kann sich auf verschiedene Aspekte einer Wirksamkeitsanalyse erstrecken und reicht von der Datenerhebung über eine Beteiligung bei der Auswahl der zu messenden Zielgrößen, einer Definition der Zielgruppe bis hin zur Beteiligung an der finalen Nutzeneinschätzung.

In Bezug auf die Analyse der Wirksamkeit zeigen sich verschiedene Herausforderungen. So wird angenommen, dass nur bei ausreichender Mitwirkung aller direkt beteiligten Akteure (hier insbesondere der Zielgruppe sowie der Leistungsanbieter) eine valide Schätzung der Wirksamkeit erfolgen kann, da nur dann von einer „manualtreuen“ Leistungserbringung auszugehen ist. Zudem ist zu berücksichtigen, dass alle beteiligten Gruppen jeweils spezifische Interessen in Bezug zur Wirksamkeitsprüfung der jeweiligen Leistung haben können. So könnte es betroffenen Menschen wichtig sein, die Leistung unabhängig von ihrer definierten Wirksamkeit zu erhalten; analog könnten Leistungsanbieter ein (in der Regel ökonomisch induziertes) Interesse daran haben, die Leistung im eigenen Leistungskatalog anbieten zu können. Dies könnte eine objektivierte, also unabhängige Wirksamkeitsanalyse beeinflussen, da in beiden Fallgestaltungen von einem erheblichen Legitimationsinteresse auszugehen ist. Es ist daher anzuraten, das Legitimationsinteresse der Stakeholder sorgfältig zu erfassen und in die abschließende Bewertung der Wirksamkeit einzubeziehen.

Eine weitere Herausforderung ist die Identifikation und adäquate Beteiligung betroffener Akteure. Es ist ein Unterschied, ob die Vertretung einer Selbsthilfegruppe, die selbst bereits in politische Diskurse eingebunden ist und ihrerseits bereits einen „Professionals“-Status erreicht hat, oder direkt in der Studie involvierte Personen als Vertretung der betroffenen Zielgruppe einbezogen werden. Gleichmaßen wird es einen Unterschied machen, ob Therapeutinnen und Therapeuten, die die Leistung direkt durchführen, oder die Geschäftsführung eines Leistungsanbieters, der die grundsätzliche Legitimation des Unternehmensprogramms wichtig ist, an der Studie partizipieren. Daher ist eine gut durchdachte Stakeholderanalyse zu Beginn unabdingbar, um so wenig wie möglich politisch oder anderweitig motivierte Verzerrungen in der Wahrnehmung der Studienergebnisse zu induzieren.

Final und unabhängig von diesen Herausforderungen lohnt sich die aktive Beteiligung betroffener Akteure jedoch über die gesamte Strecke der Wirksamkeitsanalyse, da hiermit zusätzliche Erkenntnisperspektiven involviert sind, die neue Perspektiven auf die Ergebnisse eröffnen. Zudem können nur so sinnvolle Wirkmechanismen, also Erklärungen der ermittelten Kausalzusammenhänge zwischen Leistungserbringung und Zielerreichung, erarbeitet werden.

V. Diskussion

Das vorliegende Papier prüft den Begriff der Wirksamkeit auf seine institutionelle Funktion und rechtliche Verortung im SGB IX. Hierbei konzentriert sich das Papier auf das wissenschaftliche Verständnis von Wirksamkeit im Sinne einer durchschnittlichen Wahrscheinlichkeitsaussage für definierte Populationen unter definierten Rahmenbedingungen. Damit findet eine klare Abgrenzung zur Messung von Qualität im Sinne der Qualitätssicherung einerseits und der Ermittlung der optimalen Leistung(-skombination) in der Einzelfallsteuerung im Sinne einer Wirkungsbeziehung andererseits statt.

Unter dem Begriff der Wirksamkeit sollte auch im Kontext des SGB IX der Nettonutzen einer Intervention verstanden werden, also die Chancensteigerung einer Gruppe zur Erreichung eines definierten Ziels bei Teilnahme an einer Intervention im Vergleich zu einer alternativen Bedingung. Das bedeutet, dass auch bei der Wirksamkeitsbetrachtung von Leistungen gem. SGB IX grundsätzlich die Nutzung kontrollierter Studiendesigns angestrebt werden sollte.

In Kapitel III. wurde bereits darauf verwiesen: Informationen über Wirksamkeit sind immer relativ. Es ist nicht möglich, die Aussage „Intervention X ist wirksam“ zu tätigen. Vielmehr muss aus der Aussage klar hervorgehen, a) in Bezug zu welchem Outcome, b) im Vergleich zu welcher Kontrollbedingung und c) bei welcher Zielgruppe eine Intervention X wirksam ist. Dazu kommt: Aufgrund der hohen Relevanz der Bedarfsfeststellung und Auswahl der geeigneten Form der Intervention – im Rahmen von Leistungen zur Teilhabe dürfte dies üblicherweise eine Verknüpfung mehrerer Leistungen und Leistungsarten etwa im Rahmen einer Teilhabeplanung gem. § 19 SGB IX oder einer Gesamtplanung gem. § 117 SGB IX sein – sollte selbige ebenfalls Gegenstand der Wirksamkeitsforschung sein. Gute Beispiele lassen sich beispielsweise im Rahmen der Forschung zur Wirksamkeit von Fallmanagement finden (Löcherbach et al. 2018; Prehn et al. 2025). Damit bekommt die eigentliche Einzelfallsteuerung den Charakter einer eigenen Intervention.

Diese hohe Relativität, aber auch Komplexität von Wirksamkeitsaussagen über Leistungen gem. SGB IX wird dadurch weiter verstärkt, dass deren Erfolg in erheblichem Maße von den jeweiligen Rahmenbedingungen, also ihrer konkreten Durchführung, abhängt. Aktuelle Übersichten der Verlaufseffekte der medizinischen Rehabilitation beispielsweise zeigen eine hohe Heterogenität der Effekte zwischen verschiedenen Studien, die sich nicht durch studienspezifische Informationen aufklären lässt (Schuler et al. submitted). Offensichtlich sind einrichtungsspezifische Merkmale von höherer Relevanz als bislang angenommen. Eine exakte Schätzung des Nettonutzens ist daher nur in homogenen und künstlich herbeigeführten Settings möglich, die wiederum eine reduzierte externe Validität haben. Verallgemeinernde Ableitungen aus einzelnen und unizentrischen Studien sind vor diesem Hintergrund schwierig.

Leistungen zur Teilhabe entfalten ihre Wirkung in der Regel im Zusammenspiel. Sie sind Teil einer Leistungskette, die in einem Teilhabeplan koordiniert ist. Die Wirksamkeit eines solchen komplexen Prozesses kann nicht auf der Basis der Betrachtung der jeweils beteiligten Einzelleistungen erfolgen, denn es ist davon auszugehen, dass die Wirkung nicht die Summe der einzelnen Teilwirkungen ist. Der Nachweis der Wirksamkeit einer Einzelleistung kann demnach kaum auf ihre Wirksamkeit im Zusammenwirken mit anderen Leistungen angewendet werden. Die Analyse der Wirkmechanismen, mithin einer guten Theoriebasierung bei Leistungsketten, wird dadurch komplexer, aber auch wichtiger.

Die Wirksamkeitsprüfung findet in einem etablierten institutionellen System statt und hängt von vielfältigen Interessenlagen einzelner Akteure dieses Systems ab: von den Betroffenen, die eine Leistung nach ihrem Wunsch wahrnehmen und daraus den für sie größtmöglichen Nutzen ziehen wollen; von den Leistungserbringern, bei denen die Leistungen in ihr Portfolio und ihre Philosophie passen müssen; von den Leistungsträgern bei der Interpretation ihrer gesetzlichen Spielräume oder Begrenzungen. Aus diesem Spannungsfeld erwachsen Interpretationsspielräume in der Verwendung des Wirksamkeitsbegriffs, da Betroffene und auch Therapeutinnen und Therapeuten die individuelle Wirkung einer Leistung in den Vordergrund stellen, während Leistungserbringer und auch Leistungsträger in dem bestehenden Legitimationsdruck von Zulassungen und Vergütungsverhandlungen ihr Augenmerk verstärkt auf das „Wirkungscontrolling“, mithin also die Ergebnisse der Qualitätssicherung lenken.

Beides ist aus einem konsequent wissenschaftlichen Verständnis nicht mit der Wirksamkeit einer Intervention gleichzusetzen. Die Erreichung eines individuell gesetzten Ziels (im Sinne der individuellen Wirkung) könnte auch durch die Anwendung alternativer Leistungen (oder auch keiner Leistung) erfolgen. Dies gilt auf Gruppenebene genauso für die Perspektive der Qualitätssicherung: Eine substanzielle Verbesserung bestimmter Qualitätsparameter oder auch eine Zielerreichungsquote von 100 Prozent kann nicht zwangsläufig mit einer Aussage zur Wirksamkeit einer Leistung gleichgesetzt werden, da der kausale Schluss fehlt, dass die betrachtete Leistung für diese Zielerreichung vollumfänglich verantwortlich ist. Allerdings: Wenn Aussagen zur Wirksamkeit einer Leistung fehlen – und dies dürfte aktuell noch relativ häufig der Fall sein – müssen solche alternativen Informationen im Rahmen aktueller Aushandlungsprozesse als Äquivalent oder „second best“ genutzt werden.

In der rechtswissenschaftlichen Rezeption wird im Gegensatz dazu und unter Verweis auf die Gesetzesbegründung des BTHG geschlossen, dass der Gesetzgeber mit der ausdrücklichen Erwähnung der Wirksamkeit zum Ausdruck bringt, dass auch die Ergebnisqualität angesprochen werden muss.⁹ Auch im Recht der Pflegeversicherung wird angenommen, dass durch die Messung der Ergebnisqualität, etwa im Rahmen von internen QS-Programmen, Aussagen zur Wirksamkeit getroffen werden.¹⁰ Dies wird aus der empirisch-wissenschaftlichen Perspektive sehr kritisch bewertet, da das Risiko von Fehlschlüssen aufgrund des Fehlens notwendiger Bedingungen der Wirksamkeitsmessung (Kontrollbedingung, basierende Programmtheorie) zu hoch ist. Zudem eröffnen sich durch die Verwendung von Ergebnissen der Qualitätssicherung für Wirksamkeitsaussagen große Interpretationsspielräume und damit die Gefahren interesselagerter Schlussfolgerungen.

Insgesamt bleibt festzuhalten: Bei Leistungen zur Teilhabe ist die direkt kausale Rückführung einer Wirkung auf eine Intervention und damit eine verallgemeinernde Bewertung der Wirksamkeit schwerer möglich als in der „klassisch medizinischen“ Betrachtungsweise. Es kann immer sein, dass der gemessene Effekt auf andere Faktoren als nur die Intervention zurückzuführen ist. Gleichmaßen kann es sein, dass bestimmte Rahmenbedingungen den „wahren“ Effekt verschleiern. Eine abgesicherte und valide Aussage zur Wirksamkeit wird nach unserem Verständnis deshalb dann wahrscheinlicher, wenn:

- eine sorgfältige Überlegung zur einzubeziehenden Zielgruppe angestellt und diese definiert wird,
- genaue Vorüberlegungen bei der Konstruktion der kontrollierenden Bedingung angestellt werden sowie eine sorgfältige Prüfung der Möglichkeit der Randomisierung erfolgt,

⁹ BT-Drs. 18/9522, S. 296.; vgl. auch BeckOGK/Winkler, 1.7.2025, SGB IX § 125 Rn. 6, beck-online; Grube/Wahrendorf/Flint/Streichsbier, 8. Aufl. 2024, SGB IX § 125 Rn. 2, beck-online; LPK-SGB IX/von Boetticher/Bieritz-Harder, 7. Aufl. 2026, SGB IX § 125 Rn. 5, beck-online

¹⁰ Im 11. Kapitel des SGB XI findet sich für Qualitätsprüfungen folgende Regelung (§ 114 Abs. 2 S. 5 SGB XI): „Die Regelprüfung erfasst insbesondere wesentliche Aspekte des Pflegezustandes und die Wirksamkeit der Pflege- und Betreuungsmaßnahmen (Ergebnisqualität).“

- eine genaue Analyse der Meso-Ebene, also der Organisationsebene, sowie der interaktionellen Beziehungen während der Leistungserbringung erfolgt und
- die Studie auf möglichst großen, multizentrischen Stichproben fußt.

Spannend und eine sinnvolle Ergänzung dürften alternative Zugänge zu der Thematik wie Analysen auf der Ebene des Versorgungssystems mithilfe von Routine- oder Registerdaten (Dannenmaier et al. 2020) oder auch eine strukturierte Evidenzgenerierung qualitativer Studien unter Nutzung von Meta-Synthesen (Baasner et al. 2025, Schwarz et al. 2018) sein.

Schlussfolgerungen und Empfehlungen für die Praxis

Verallgemeinernde Aussagen zur Wirksamkeit sind bei Leistungen zur Teilhabe schwer zu begründen und liegen aktuell nur rudimentär vor. Auf politischer Ebene stellt sich damit die Frage, wer das Definitionsrecht zur Wirksamkeit von Leistungen besitzt, wenn keine Evidenz vorliegt. Auf Länderebene geben die Landesrahmenverträge bislang Grundsätze und Maßstäbe für die Wirtschaftlichkeit und Qualität einschließlich der Wirksamkeit speziell in der Eingliederungshilfe und Langzeitpflege vor und vermischen damit Wirksamkeit und Qualitätsbetrachtung. Gerade in Bereichen, in denen die Wirksamkeit der Leistungen nicht umfassend wissenschaftlich erforscht und gesetzlich geregelt ist, klären sie viele Wirksamkeits- und Qualitätsfragen. Dies kann eine allenfalls unzureichende Alternative zur notwendigen wissenschaftlichen Auseinandersetzung sein und sollte durch einen strukturierten Prozess der Wissensermittlung und -bewertung ersetzt werden. Erst auf der Basis einer breiten wissenschaftlichen Auseinandersetzung können zusammenfassende Bewertungen, wie sie etwa im Gutachten zur Wirksamkeit von Rehabilitation bei pflegebedürftigen Personen erfolgten, valide und bewährte Informationen liefern.¹¹

Eine solchermaßen strukturiert aufbereitete Synthese der verfügbaren wissenschaftlichen Evidenz wäre eine geeignete Basis, auf der die benannten Aushandlungsprozesse, untermauert durch spezifische Erkenntnisse in Fachkonzepten auf der Einrichtungs- oder Anbieterebene, erfolgen können.

Häufig dürfte das nötige Wissen zur Wirksamkeit noch nicht vorliegen. Die Forschung steht, gemessen an anderen Versorgungssystemen, ganz am Anfang. Ein wichtiges Teilziel wäre die Festlegung des Prozesses zur Produktion evidenzbasierter Wirksamkeitsaussagen. Die genauen methodischen Bedingungen, Dos and Don'ts sowie Empfehlungen zur Wirksamkeitsbewertung könnten in einem „Methodenpapier“, wie es etwa im SGB V zu finden ist, als Grundlage für den weiteren wissenschaftlichen Diskurs festgelegt werden.

Es bedarf einer großen (auch finanziellen) Anstrengung, verallgemeinernde Aussagen zur Wirksamkeit von Leistungen zur Teilhabe zu ermitteln. Letztlich ist hierfür ein komplexer, professionell wissenschaftlicher Diskurs zur Bewertung von Leistungen in möglichst unterschiedlichen Settings und Kombinationen notwendig, um zu einer immer weiter gestärkten „bewährten Aussage“ über ihre Wirksamkeit zu kommen. Dies kann nur in einem Gesamtprozess initiiert, koordiniert und begleitet werden, der im Feld der Wissenschaft stattfindet und von geeigneten politischen Initiativen flankiert wird.

Heidelberg, 25. Februar 2026

¹¹ Lübke, N.: Explorative Analyse vorliegender Evidenz zu Wirksamkeit und Nutzen von rehabilitativen Maßnahmen bei Pflegebedürftigen im Hinblick auf eine mögliche Anwendbarkeit im Rahmen der Feststellung des Rehabilitationsbedarfes bei der Pflegebegutachtung. G3-Gutachten. Link: https://md-bund.de/fileadmin/dokumente/Publikationen/GKV/Rehabilitation/Gutachten_Reha_bei_Pflegebeduerftigkeit_KCG.pdf, Download am 19.12.2025

An der Erstellung des Papiers haben folgende Personen mitgewirkt:

- Prof. Dr. Iris Beck, Universität Hamburg
- Prof. Dr. Johann Behrens, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg
- Michael Beyerlein, Universität Kassel
- Dr. Rolf Buschmann-Steinhage, Deutsche Vereinigung für Rehabilitation, Heidelberg
- Dr. Claudia Matthies, Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin
- Priv.-Doz. Dr. med. Max Liebl, Deutsche Gesellschaft für Physikalische und Rehabilitative Medizin, Dresden
- Prof. Dr. Dr. Mathilde Niehaus, Universität zu Köln
- Prof. Dr. Gregor Renner, Katholische Hochschule Freiburg
- Prof. Dr. med. Eckhard Schönau, Universitätsklinikum Köln
- Dr. Nico Seifert, Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin
- Dr. Marco Streibelt, Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin
- Prof. Dr. Felix Welti, Universität Kassel

Über die DGRW

Seit ihrer Gründung im Jahr 2000 ist die Deutsche Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften e. V. (DGRW) die Fachgesellschaft für Wissenschaftler*innen und Praktiker*innen in der Rehabilitation. Die DGRW zielt mit ihrer Arbeit auf eine inklusive Gesellschaft, in der durch Rehabilitation Teilhabe gefördert wird. In der DGRW sind Personen sowie Organisationen vereinigt, die sich für die Rehabilitationswissenschaften engagieren. Sie verpflichtet sich zu unabhängiger wissenschaftlicher Erkenntnis und unabhängigen Stellungnahmen und widmet sich aktuellen gesellschaftlichen Entwicklungen in ihrer Bedeutung für die Rehabilitation und die Rehabilitationswissenschaften.

Über die DVfR

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

VI. Literatur

- Baasner, A.-L., S. Petrak, L. Albersmann, S. Gröhl, S. Lemke & S. Bethge, 2025: A Meta-synthesis of Qualitative Research on Effective Return to Work Counseling for Individuals with Work Participation Restrictions - A Systematic Review. *J Occup Rehab* 35(4): 725-740.
- Beck, I., 1994: Neuorientierung in der Organisation pädagogisch-sozialer Dienstleistungen. Frankfurt am Main, Bern: Peter Lang.
- Beck, I., 2022: Teilhabe als konstitutiver Begriff für die Forschung: Hinweise zur konzeptionellen Begründung von Mehrebenen-Untersuchungsdesigns. S. 35–66 in: G. Wansing, M. Schäfers & S. Köbsell (Hrsg.), *Teilhabe-forschung – Konturen eines neuen Forschungsfeldes*. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden.
- Beck, I., D. Franz, M. Birnbacher, N. Franke, H. Karten, J. Meyn & K. Sipsis, 2025: Lebenslagen von Menschen mit komplexen Beeinträchtigungen. Handlungsspielräume für eine individuelle Lebensführung in Wohnangeboten. Stuttgart: Kohlhammer Verlag.
- Behrens, J., 2015: „Natürlichkeit“ und „Generalisierbarkeit“ sozialwissenschaftlicher Feldexperimente. S. 251–272 in: M. Keuschnigg & T. Wolbring (Hrsg.), *Experimente in den Sozialwissenschaften*. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft.
- Behrens, J., 2019: Theorie der Pflege und der Therapie. Grundlagen für Pflege- und Therapieberufe. Bern: Hogrefe.
- Behrens, J., 2025: Der EbM+Theory Ansatz. *Monitor Versorgungsforschung* 18: 79–88.
- Bethge, M., M. Markus, M. Streibelt, C. Gerlich & M. Schuler, 2019: Effects of nationwide implementation of work-related medical rehabilitation in Germany: propensity score matched analysis. *Occupational and Environmental Medicine* 76: 913–919.
- Beyerlein, M., 2019: Wirkung und Wirksamkeit im Recht der Eingliederungshilfe. *Nachrichtendienst des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge* 99: 251–259.
- Beyerlein, M., 2021: Kurzgutachten zur Umsetzung des Bundesteilhabegesetzes in den Bundesländern - Analyse von Regelungen zur Teilhabe von Menschen mit Behinderung in Landesrahmenverträgen nach § 131 SGB IX. https://www.behindertenbeauftragter.bremen.de/sixcms/media.php/13/2021-08-17%20-%20Beyerlein_Kurzgutachten_final.pdf (28.10.2025).
- Bibisidis, T., 2018: Die aktuelle Debatte um die Wirkung (in) der Freien Wohlfahrtspflege. *Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit* 3: 38–45.
- Boecker, M. & M. Weber, 2018: Bedarf, Steuerung, Wirkung - zur Gestaltbarkeit sozialer Leistungserbringung im Dreiecksverhältnis. *Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit* 3: 4–17.
- Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und der Eingliederungshilfe, 2021: Orientierungshilfe zur Durchführung von Prüfungen der Wirtschaftlichkeit und Qualität einschließlich der Wirksamkeit nach § 128 SGB IX. https://www.lwl.org/spur-download/bag/Orientierungshilfe_Wirtschaftlichkeitspruefungen.pdf (28.10.2025).
- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e. V. (BAR), 2023: Teilhabeverfahrensbericht 2023. Frankfurt am Main.
- Cronbach, L. J., 1982: *Designing evaluations of educational and social programs*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Dannenmaier, J., L. Tepohl, D. Immel, U. Hartschuh, R. Kaluscha, G. Krischak, 2020: Effekt der Rehabilitation auf den verzögerten Eintritt in die Berentung aufgrund von Erwerbsminderung. *Die Rehabilitation* 59: 10–16.

- Deutsche Vereinigung für Rehabilitation, 2019: Stellungnahme der DVfR zur Bedeutung der Begriffe Wirkung und Wirksamkeit im Recht der Eingliederungshilfe.
https://www.dvfr.de/fileadmin/user_upload/DVfR/Downloads/Stellungnahmen/DVfR_Stellungnahme_BTHG_Wirkung_u_Wirksamkeit_bf.pdf (28.10.2025).
- Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V., 2022: Eckpunkte des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge e.V. zu Wirkung und Wirksamkeit in der Eingliederungshilfe.
https://www.deutscher-verein.de/fileadmin/user_upload/dv/pdfs/Empfehlungen_Stellungnahmen/2022/dv-26-20_eckpunkte-wirksamkeit-in-der-eingliederungshilfe.pdf (28.10.2025).
- Farin-Glattacker, E., S. Kirschning, T. Meyer & R. Buschmann-Steinhage, 2014: Partizipation an der Forschung – eine Matrix zur Orientierung.
[https://www.dvfr.de/fileadmin/user_upload/DVfR/Downloads/Fachausschüsse/Forschung/Partizipation an der Forschung – eine Matrix zur Orientierung.pdf](https://www.dvfr.de/fileadmin/user_upload/DVfR/Downloads/Fachausschüsse/Forschung/Partizipation_an_der_Forschung_-_eine_Matrix_zur_Orientierung.pdf) (05.02.2026).
- Gerlach, F. & K. Hinrichs, 2019: Die Einführung von Instrumenten der Wirkungssteuerung durch das Bundesteilhabegesetz und ihre rechtlichen Implikationen. Teil 1. Nachrichtendienst des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge 99: 413–417.
- Gromann, P., 2019: Zur Bedeutung selbstbestimmter Ziele bei der Gesamt- und Teilhabepflicht und für die sogenannte „Wirkungsorientierung“ im Bundesteilhabegesetz. Nachrichtendienst des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge 99: 326–329.
- Gross, P. & B. Badura, 1977: Sozialpolitik und soziale Dienste: Entwurf einer Theorie personenbezogener Dienstleistungen. S. 361–385 in: C. von Ferber & F.-X. Kaufmann (Hrsg.), Sozialologie und Sozialpolitik. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Japp, K. P., 1986: Wie psychosoziale Dienste organisiert werden. Widersprüche und Auswege. Frankfurt am Main, New York: Campus.
- Kirschning, S., V. Pimmer, J. Matzat, S. Brüggemann & R. Buschmann-Steinhage, 2012: Beteiligung Betroffener an der Forschung. Die Rehabilitation 51 Suppl 1: 12–20.
- Kleineke, V., M. Stamer, M. Zeisberger, I. Brandes & T. Meyer, 2015: Interdisziplinäre Zusammenarbeit als ein Merkmal erfolgreicher Rehabilitationseinrichtungen - Ergebnisse aus dem MeeR-Projekt. Die Rehabilitation 54: 266–272.
- Knoop, T., N. Scheiblich, S. Dettmers & T. Meyer-Feil, 2024: Praxis der Sozialen Arbeit in der medizinischen Rehabilitation – Entwicklung einer empirisch fundierten Programmtheorie. Die Rehabilitation 63: 161–168.
- Löcherbach, P., W. Klug, R. Remmel-Faßbender & W. R. Wendt (Hrsg.), 2018: Case Management. Fall- und Systemsteuerung in der Sozialen Arbeit. München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Michell-Auli, P., 2022: Implementierung einer wirksamkeitsorientierten Steuerung sozialer Dienstleistungen: eine notwendige und machbare Aufgabe für die Leistungsträger. Nachrichtendienst des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge: 102–110.
- Nordenfelt, L., 2003: Action theory, disability and ICF. Disability and Rehabilitation 25: 1075–1079.
- Ottmann, S., J. König & C. Gander, 2021: Wirkungsmodelle in der Eingliederungshilfe. Zeitschrift für Evaluation 20: 317–331.
- Prehn, J., L. Remus, M. Grope, M. Bethge & V. Kleineke, 2025: Wirksamkeit einer multimodalen Teilhabestrategie zur Verbesserung der Rehabilitationsinanspruchnahme bei erhöhtem Erwerbsminderungsrisiko: Ergebnisse einer randomisierten kontrollierten Studie. S. 264–266 in: Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.), DRV-Schriften, Band 131: Deutsche Rentenversicherung Bund.

- Raspe, H. & A. Hüppe, 2014: Evidenzbasierung in der medizinischen Rehabilitation: eine systematische Literaturübersicht am Beispiel der Indikation chronischer Rückenschmerz. Bericht an den Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (im Bundesministerium für Gesundheit). https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten_2014/Evidenzbasierung2014.pdf (28.10.2025).
- Schaarschuch, A., 1999: Theoretische Grundelemente Sozialer Arbeit als Dienstleistung. Ein analytischer Zugang zur Neuorientierung Sozialer Arbeit. *Neue Praxis* 6: 543–560.
- Schuler M., H. Faller, K. Murauer, K. Gabriel, P. U. Heuschmann, N. Seifert, M. Streibelt: Meta-Analyse zu Prä-Post-Effekten nach medizinischer Rehabilitation in Deutschland auf der Basis von patient reported outcomes. *Die Rehabilitation*. Artikel eingereicht.
- Schwarz, B., D. Claros-Salinas, M. Streibelt, 2018: Meta-Synthesis of Qualitative Research on Facilitators and Barriers of Return to Work After Stroke. *J Occup Rehab* 28(1): 28-44.
- Singal, A. G., P. D. R. Higgins & A. K. Waljee, 2014: A primer on effectiveness and efficacy trials. *Clinical and Translational Gastroenterology* 5: e45.
- Skivington, K., L. Matthews, S. A. Simpson, P. Craig, J. Baird, J. M. Blazeby, K. A. Boyd, N. Craig, D. P. French, E. McIntosh, M. Petticrew, J. Rycroft-Malone, M. White & L. Moore, 2021: A new framework for developing and evaluating complex interventions: update of Medical Research Council guidance. *BMJ (Clinical research ed.)* 374: n2061.
- Tornow, H., 2019: Wirkungskontrolle und Wirksamkeitsprüfung in der Eingliederungshilfe - messtheoretische Betrachtungen. *Nachrichtendienst des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge* 99: 367–371.
- Windeler, J., G. Antes, J. Behrens, N. Donner-Banzhoff & M. Lelgemann, 2008: Randomisierte kontrollierte Studien: Kritische Evaluation ist ein Wesensmerkmal ärztlichen Handelns. *Deutsches Ärzteblatt International* 105: A565-570.