

# Erfahrungsbericht 2020/2021

zu Gemeinsamen Empfehlungen  
nach § 26 Abs. 8 SGB IX

Herausgeber: Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) e. V.  
Solmsstraße 18  
60486 Frankfurt am Main  
Telefon 069/605018-0  
Telefax 069/605018-29  
[info@bar-frankfurt.de](mailto:info@bar-frankfurt.de)  
[www.bar-frankfurt.de](http://www.bar-frankfurt.de)

Frankfurt am Main – Mai 2022

## Inhaltsverzeichnis

<b>1. Vorbemerkungen</b> .....	<b>4</b>
<b>2. Weiterentwicklung des Berichts seit dem Berichtszeitraum 2018/2019</b> .....	<b>7</b>
<b>3. Erläuterungen zur Auswertung</b> .....	<b>7</b>
<b>4. Zusammenfassung, übergreifende Aussagen</b> .....	<b>10</b>
<b>5. Schwerpunktberichte zu Erfahrungen mit den Gemeinsamen Empfehlungen</b> .....	<b>14</b>
5.1. Gemeinsame Empfehlung „Prävention“ nach § 3 SGB IX .....	14
5.2. Gemeinsame Empfehlung „Qualitätssicherung nach § 37 Abs. 1 SGB IX“ .....	32
<b>6. Kompakte Berichte zu Erfahrungen mit den Gemeinsamen Empfehlungen..</b>	<b>45</b>
6.1. Gemeinsame Empfehlung „Begutachtung“ nach § 26 Abs. 1 i.V.m. § 25 Abs. 1 Nr. 4 SGB IX .....	45
6.2. Gemeinsame Empfehlung „Beteiligung der Bundesagentur für Arbeit“ nach § 54 SGB IX .....	51
6.3. Gemeinsame Empfehlung „Einrichtungen für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben“ nach § 51 SGB IX.....	58
6.4. Gemeinsame Empfehlung „Förderung der Selbsthilfe“ nach § 26 Abs. 2 Nr. 6 SGB IX.....	65
6.5. Gemeinsame Empfehlung „Integrationsfachdienste“ nach § 196 Abs. 3 SGB IX...71	
6.6. Gemeinsame Empfehlung „Reha-Prozess“ nach § 26 Abs. 1 i.V.m. § 25 Abs. 1 Nr. 1 bis 3 und 6 gemäß § 26 Abs. 2, 5, 7 bis 9 SGB IX .....	79
6.7. Gemeinsame Empfehlung „Sozialdienste“ nach § 26 Abs. 2 Nr. 10 SGB IX.....	89
6.8. Gemeinsame Empfehlung „Unterstützte Beschäftigung nach § 55 SGB IX.....	95
<b>7. Ausblick</b> .....	<b>101</b>
<b>8. Abkürzungsverzeichnis</b> .....	<b>104</b>
<b>9. Anlagen</b> .....	<b>105</b>

### 1. Vorbemerkungen

Nach § 26 Abs. 8 SGB IX teilen die Rehabilitationsträger der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) alle zwei Jahre ihre Erfahrungen mit den Gemeinsamen Empfehlungen (nachfolgend auch abgekürzt mit „GE“) mit. Dabei berichten die Träger der Renten-, Kranken- und Unfallversicherung sowie die Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau über ihre Spitzenorganisationen. Die BAR stellt dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales und den Ländern eine Zusammenfassung zur Verfügung.

Nach der „Verfahrensordnung für die Erstellung des Zwei-Jahresberichtes über die Erfahrungen der Rehabilitationsträger mit den Gemeinsamen Empfehlungen nach § 26 Abs. 8 SGB IX“ (Anlage 3 der Verfahrensgrundsätze für Gemeinsame Empfehlungen) werden die Erfahrungen auch bei den Integrationsämtern über die Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen (BIH) abgefragt. Ein Erfahrungsbericht zu einer neuen oder überarbeiteten Gemeinsamen Empfehlung soll nicht vor Ablauf von sechs Monaten seit Inkrafttreten einer Gemeinsamen Empfehlung abgegeben werden.

Als Schwerpunkte für die aktuelle Berichtsperiode 2020/2021 hat der Ausschuss Gemeinsame Empfehlungen auf seiner 31. Sitzung am 9. November 2021 die Gemeinsamen Empfehlungen „Prävention“ und „Qualitätssicherung“ festgelegt.

Darüber hinaus werden die Erfahrungen zu den weiteren Gemeinsamen Empfehlungen in Form von Kompaktberichten erfasst und zusammengestellt.

#### **Weiterentwicklung des Berichts für den Berichtszeitraum 2020/2021**

Die mit dem Bericht für den Berichtszeitraum 2018/2019 eingeleitete stärkere Digitalisierung der Berichtserstellung (vgl. den Erfahrungsbericht Gemeinsame Empfehlungen 2018/2019, Pkt. 1) wurde für den vorliegenden Bericht 2020/2021 fortgesetzt, Einzelheiten vgl. Pkt. 2.

#### **Überblick über den Berichtsgegenstand**

Im Ergebnis enthält der vorliegende Bericht für den Zeitraum 2020/2021:

- Schwerpunktberichte zu den Gemeinsamen Empfehlungen
  - o „Prävention“ nach § 3 SGB IX
  - o „Qualitätssicherung“ nach § 37 Abs. 1 SGB IX
- Folgeberichte zu den Gemeinsamen Empfehlungen
  - o „Begutachtung“ nach § 26 Abs. 1 i. V. m. § 25 Abs. 1 Nr. 4 SGB IX
  - o „Beteiligung der Bundesagentur für Arbeit“ nach § 54 SGB IX
  - o „Einrichtungen für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben“ nach § 51 SGB IX
  - o „Förderung der Selbsthilfe“ gemäß § 26 Abs. 2 Nr. 6 SGB IX
  - o „Integrationsfachdienste“ nach § 196 Abs. 3 SGB IX
  - o „Reha-Prozess“- gemäß § 26 Abs. 1 i.V.m. § 25 Abs. 1 Nr. 1 bis 3 und 6 und gemäß § 26 Abs. 2 Nr. 2, 3, 5, 7 bis 9 SGB IX
  - o „Sozialdienste“ nach § 26 Abs. 2 Nr. 10 SGB IX
  - o „Unterstützte Beschäftigung“ nach § 55 SGB IX Abs. 6 SGB IX

## Überblick über eingegangene Rückmeldungen

Folgende Rehabilitations-/Leistungsträger bzw. deren Spitzenorganisationen haben nach einer entsprechenden Anfrage der BAR für den vergangenen Zwei-Jahreszeitraum (2020 und 2021) Rückmeldungen zu ihren Erfahrungen mit den Gemeinsamen Empfehlungen gegeben:

- AOK-Bundesverband (AOK-BV)
- BKK Dachverband (BKK DV)
- IKK e.V.
- Verband der Ersatzkassen (vdek)
- Knappschaft, Abteilung Kranken- und Pflegeversicherung

Die Träger der gesetzlichen Krankenversicherung haben sich für eine gemeinsame Beantwortung der Fragebögen über den vdek entschieden.

- Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV Bund)
- Bundesagentur für Arbeit (BA)
- Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV)
- Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG, für die Landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft (LBG) erfolgte die Beantwortung über die DGUV, für die Landwirtschaftliche Krankenkasse erfolgte die Beantwortung über den vdek)
- Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und der Eingliederungshilfe (BAGüS)
- Bundesländer als Träger der Kriegsopferversorgung und -fürsorge (Mecklenburg-Vorpommern (MV), Niedersachsen (NI), Nordrhein-Westfalen (NW), Sachsen (SN), Sachsen-Anhalt (ST), Schleswig-Holstein (SH), Thüringen (TH)).
- Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen (BIH) bzw. einzelne Integrationsämter (Baden-Württemberg (BW)), Berlin (BE)), Bremen (HB)), Mecklenburg-Vorpommern (MV), Nordrhein-Westfalen (NW, hier LWL-Inklusionsamt), Schleswig-Holstein (SH))
- Deutscher Städtetag bezogen auf die Träger der Eingliederungshilfe/örtlichen Träger der Kinder- und Jugendhilfe
- Deutscher Landkreistag bezogen auf die Träger der Eingliederungshilfe/örtlichen Trägern der öffentlichen Jugendhilfe<sup>1</sup>

Der Ausschuss „Gemeinsame Empfehlungen“ der BAR hat in seiner 15. Sitzung am 25.06.2009 vereinbart, auch die Verbände von Menschen mit Behinderungen zu deren Einschätzungen und Erfahrungen mit den Gemeinsamen Empfehlungen zu befragen. Die Abfrage erfolgt dabei über den Sachverständigenrat Partizipation der BAR. In diesem Gremium sind vertreten:

- Aktion Psychisch Kranke e. V.
- Allgemeiner Behindertenverband in Deutschland e. V. – ABID
- BDH Bundesverband Rehabilitation

---

<sup>1</sup> Hinweis: Die Rückmeldung des Deutschen Landkreistages war bei der Auswertung des erstmals bei der Befragung eingesetzten Online-Tools (siehe Punkt 2) aus programmieretechnischen Gründen nicht berücksichtigt worden. Sie wurde in der vorliegenden Online-Fassung des Berichts wenige Wochen nach der Ende Mai 2022 erfolgten Publikation des Berichts ergänzt.

- Beauftragte der Hessischen Landesregierung für Menschen mit Behinderungen
- Beauftragter der Bundesregierung für die Belange von Menschen mit Behinderungen
- Blinden- und Sehbehindertenbund in Hessen
- Bundesarbeitsgemeinschaft SELBSTHILFE e. V.
- Bundesverband für Körper- und Mehrfachbehinderte e. V. (BVKM)
- Bundesverband Psychiatrie Erfahrener e. V.
- Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e. V.
- Deutsche ILCO e. V. Vereinigung für Stomaträger und Menschen mit Darmkrebs
- Deutsche Rheumaliga Bundesverband e. V.
- Deutscher Behindertensportverband e. V.
- Deutscher Blinden- und Sehbehindertenverband e. V. (DBSV)
- Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband Gesamtverband e. V.
- Deutscher Schwerhörigenbund e. V.
- Guttempler in Deutschland
- Interessenvertretung Selbstbestimmt Leben in Deutschland e. V.
- Kreuzbund e. V.
- Sozialverband Deutschland e. V. (SoVD)
- Sozialverband VdK Deutschland e. V.
- Verein zur Förderung der Inklusion behinderter Menschen e. V. (fib)
- Weibernetz e. V.
- Zentralwohlfahrtsstelle der Juden in Deutschland e. V.

Für den aktuellen Berichtszeitraum hat der Ausschuss Gemeinsame Empfehlungen auf seiner 31. Sitzung am 9. November 2021 beschlossen, wie auch bereits in vorhergehenden Berichten ergänzend zu dem üblichen Adressatenkreis punktuell auch die Leistungserbringer zu befragen, hier zur GE „Qualitätssicherung“. Die Abfrage erfolgte über die Konferenz der Spitzenverbände der Reha-Leistungserbringer.

Folgende Verbände haben eine Rückmeldung zu ihren Erfahrungen mit dieser und weiteren Gemeinsamen Empfehlungen gegeben:

- DEGEMED
- Fachverband Sucht

Die BAR hat die einzelnen Mitteilungen der Rehabilitations-/Leistungssträger sowie der Leistungserbringer zusammengefasst und aufbereitet (Punkte 4 bis 7). Die Schwerpunkt-GE sind unter Punkt 5 aufgegriffen. Die Kompaktberichte zu den übrigen GE (Punkt 6) erfolgen in alphabetischer Reihenfolge. Vorangestellt sind Ausführungen zur Berichtsmethodik (Punkt 2 und 3).

## 2. Weiterentwicklung des Berichts seit dem Berichtszeitraum 2018/2019

Die mit dem Bericht für den Berichtszeitraum 2018/2019 eingeleitete stärkere Digitalisierung der Berichtserstellung (vgl. den Erfahrungsbericht Gemeinsame Empfehlungen 2018/2019, Pkt. 2 und 3) wurde für den vorliegenden Bericht 2020/2021 fortgesetzt. Auf Beschluss des Ausschusses Gemeinsame Empfehlungen wurde für die der Berichtserstellung zugrunde liegende Abfrage bei den Rehabilitationsträgern zusätzlich das Online-Tool SoSci Survey eingesetzt. Vorausgegangen war eine Prüfung möglicher Alternativen stärkerer Digitalisierung und eine Testphase zur it-technischen Einsetzbarkeit des Tools bei den Befragungsadressaten aus dem Bereich der Rehabilitationsträger. Um sicherzugehen, dass in der Testphase möglicherweise nicht erfasste technische Herausforderungen im Einzelfall ggf. die Übermittlung von Angaben zu den Erfahrungen mit Gemeinsamen Empfehlungen verhindern, blieb die Übermittlung ausgefüllter Word-Dateien zu den einzelnen Fragebögen (verfügbar unter [www.bar-frankfurt.de](http://www.bar-frankfurt.de) > Themen > Gemeinsame Empfehlungen > Erfahrungsberichte) bzw. daraus generierter PDF-Dateien per E-Mail weiterhin möglich. Diese Möglichkeit wurde auch in nicht unerheblichem Umfang genutzt, teils wurden beide Übermittlungswege parallel genutzt. Der Versand der Abfrage erfolgte wie üblich am Ende des Berichtszeitraums ausschließlich per E-Mail (im vorherigen Bericht noch zusätzlich per postalischem Rundschreiben). Zum Ende der vorgesehenen Rückmeldezeitschiene von gut 2 Monaten zeigte sich, dass die entsprechenden Informationen nicht bei allen bei den angeschriebenen Stellen zuständigen Personen angekommen waren.

## 3. Erläuterungen zur Auswertung

### Grafische Darstellung zu den allgemeinen Fragen

Die nachfolgende Auswertung der allgemeinen Fragen zu den einzelnen Gemeinsamen Empfehlungen (GE) (vgl. Punkte 5. und 6. dieses Berichts) stellt die Rückmeldungen der einzelnen Trägerbereiche zu den jeweiligen Teilfragen grundsätzlich in jeweils einem Balkendiagramm gegenüber. Die Darstellung der Diagramme basiert auf folgenden Grundlagen:

- Wenn zu einer Teilfrage kein Verbesserungsbedarf angekreuzt wurde („1“), wird aus technischen Gründen der Wert 1,1 angezeigt, um Unklarheiten bei der Rezeption der Diagramme vorzubeugen. Liegt aus einem Trägerbereich überhaupt keine Rückmeldung zu einer GE vor, wird der Trägerbereich in der Ordinate der Diagramme zu dieser GE nicht aufgeführt. Hat ein Trägerbereich nur zu einzelnen Teilfragen keine Rückmeldung bzw. Fehlanzeige mitgeteilt, wird er in der Ordinate mit „0“ aufgeführt.
- Korridorangaben (Ankreuzen zweier Zahlen auf der Skala) waren möglich und sind durch farbliche Gestaltung der Balken in den Diagrammen zu den einzelnen Fragen kenntlich gemacht.
- Minimal/Maximalangaben (Angaben in den Freitextfeldern) wurden von der BA benannt. Die entsprechenden Angaben sind unter den jeweiligen Diagrammen vermerkt.
- Sofern Rückmeldungen aus einem Trägerbereich i.S. des § 6 Abs. 1 SGB IX nicht gebündelt wurden, sondern von den einzelnen Trägern der BAR-Geschäftsstelle unmittelbar mitgeteilt wurden (SER, Integrationsämter) wurden insoweit für die grafische komprimierte Darstellung jeweils Mittelwerte aus den eingegangenen Rückmeldungen gebildet.

Die eingegangenen Freitextangaben sind im Text unter den Diagrammen aufgeführt. Sie sind nach Trägerbereichen untergliedert. Bei inhaltlich vergleichbaren Aussagen erfolgt teilweise eine redaktionelle Bündelung.

Basierend auf der grafischen Auswertung der allgemeinen Fragestellungen wird zu jeder GE ein Übersichtsdiagramm erstellt, in dem aus den Rückmeldungen aller Träger zu den jeweiligen Teilfragen ein Mittelwert gebildet wird. Bei Korridorangaben wird dabei vom unteren Wert ausgegangen.

Den Auswertungen zu den Schwerpunkt-GE werden zusätzlich jeweils 2 weitere Übersichtsdiagramme vorangestellt. Eines stellt jeweils alle zu den Teilfragen eingegangenen Rückmeldungen der Träger nebeneinander dar. Ein anderes Diagramm bildet einen Mittelwert – bezogen auf die zu den einzelnen Teilfragen eingegangenen Rückmeldungen – nach Trägerbereichen ab.

Bei Bezugnahmen auf die skalierten Antworten wird unterschieden zwischen keinem (=1), geringem (=2), moderatem (=3), erheblichen (=4) und hohem (=5) Verbesserungsbedarf.

### **Bündelung von Rückmeldungen**

Mitunter sind mehrfache Rückmeldungen zu ähnlichen Themenstellungen aus demselben Trägerbereich oder inhaltlich vergleichbare Rückmeldungen mehrerer Trägerbereiche zur gleichen Frage eingegangen, hier erfolgte eine redaktionelle Verdichtung. In wenigen Fällen sind für das Verständnis einzelner Rückmeldungen ergänzende Informationen erforderlich, diese wurden in eckigen Klammern ergänzt.

### **Besonderheiten der Rückmeldungen einzelner Trägerbereiche**

Die Rückmeldung der **gesetzlichen Krankenkassen (GKV)** erfolgte gebündelt über den vdek.

Die **SVLFG** hat mitgeteilt, dass sie als landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft über die DGUV zurückmeldet. Die Perspektive der landwirtschaftlichen Krankenkasse wird über die gebündelte Rückmeldung des vdek mit abgebildet. Hinsichtlich der landwirtschaftlichen Alterskasse ergeben sich laut SVLFG keine nennenswerten Besonderheiten.

Die in § 6 Abs. 1 Nr. 5 SGB IX als Rehabilitationsträger benannten **Träger der Kriegsopferversorgung (KOV) und Kriegsopferfürsorge (KOF) im Rahmen des Rechts der sozialen Entschädigung bei Gesundheitsschäden (SER)** werden abhängig vom Bundesland unterschiedlich bezeichnet und sind an unterschiedlichen Stellen des jeweiligen Staatsaufbaus angesiedelt. Teils nehmen die entsprechenden Stellen auch zugleich andere Aufgaben wahr, wie z. B. die des Integrationsamts. Aus Gründen der Übersichtlichkeit und mit Blick auf die anstehende Neuordnung des sozialen Entschädigungsrechts durch das neue SGB XIV wird im nachfolgenden Bericht eine einheitliche Nomenklatur gewählt:

- Die vorgenannten Rehabilitationsträger werden zusammenfassend als SER-Träger bezeichnet.
- Es wird unterscheiden zwischen Trägern der Kriegsopferversorgung (KOV) und Trägern der Kriegsopferfürsorge (KOF), soweit dies aus den vorliegenden Rückmeldungen hervorgeht.
- Die Rückmeldungen werden nach Bundesländern geordnet dargestellt. Haben aus einem Bundesland Stellen geantwortet, die die Funktion eines SER-Trägers nur bezogen



auf eine Region des Bundeslandes wahrnehmen, werden sie benannt (z. B. in NW: LWL als KOF-Träger).

- In verschiedenen Bundesländern führen die mit den Aufgaben des Integrationsamtes nach dem SGB IX betrauten Stellen die Bezeichnung „Inklusionsamt“. Als Abkürzung wird im Bericht jeweils IntA bzw. IntÄ verwendet.
- Die im Bericht verwendeten konkreten Bezeichnungen der einzelnen SER-Träger bzw. Stellen, die zurückgemeldet haben, sind in **Anlage 3** zusammengestellt. Hierbei werden die Länderkürzel nach ISO 3166-2:DE verwendet.

Der **Deutsche Städtetag** hat, wie bereits in den vergangenen Jahren, zusammenfassend mitgeteilt, dass den kreisfreien Städten als Trägern der Eingliederungshilfe/örtlichen Trägern der öffentlichen Kinder- und Jugendhilfe keine anderen Erfahrungen als bisher vorlägen. Nach wie vor sei der praktische Nutzen der Gemeinsamen Empfehlungen für die Städte gering.

Zu den Erfahrungen der Landkreise mit den gemeinsamen Empfehlungen nach dem SGB IX verweist der **Deutsche Landkreistag** auf die in den vergangenen Jahren abgegebenen Stellungnahmen. Den Landkreisen als Trägern der Eingliederungshilfe/örtlichen Trägern der öffentlichen Jugendhilfe lägen keine anderen Erfahrungen vor. Nach wie vor sei der praktische Nutzen der gemeinsamen Empfehlungen für die Landkreise gering, und kein Landkreis sei bislang einer Empfehlung beigetreten.<sup>2</sup>

### **Zusätzliche Rückmeldungen von Leistungserbringerverbänden**

Im Berichtszeitraum 2020/2021 wurden auch die Leistungserbringer zur GE Qualitätssicherung befragt. Zurückgemeldet haben die DEGEMED und der Fachverband Sucht. Die Rückmeldungen sind in allen Grafiken zur GE Qualitätssicherung enthalten. Darüber hinaus haben die vorgenannten Leistungserbringerverbände auch zu weiteren GE zurückgemeldet. Diese weiteren Rückmeldungen sind in den Diagrammen zu den einzelnen Fragen der jeweiligen GE berücksichtigt, nicht jedoch in der der jeweiligen Auswertung vorangestellten Gesamtübersicht zu den Verbesserungsbedarfen einer GE.

---

<sup>2</sup> Hinweis: Die Rückmeldung des Deutschen Landkreistages war bei der Auswertung des erstmals bei der Befragung eingesetzten Online-Tools (siehe Punkt 2) aus programmieretechnischen Gründen nicht berücksichtigt worden. Sie wurde in der vorliegenden Online-Fassung des Berichts wenige Wochen nach der Ende Mai 2022 erfolgten Publikation des Berichts ergänzt.

## 4. Zusammenfassung, übergreifende Aussagen

### Berichtsschwerpunkte

#### GE Prävention

Zusammenfassend wird bei der GE kein bis geringer Verbesserungsbedarf gesehen. Demgegenüber werden als Verbesserungsansätze u.a. genannt:

- mehr Best-practice-Beispiele und Überlegungen zur Umsetzbarkeit und Umsetzung in der Praxis
- Übersicht über konkrete Präventionsangebote und die (spezial-)gesetzliche Verankerung von Präventionsleistungen einzelner Träger
- stärkere Verknüpfung zur nationalen Präventionsstrategie, den Bundes- und Landesrahmenempfehlungen sowie zum Leitfaden Prävention
- stärkere Berücksichtigung von KMU
- stärkere Bezugnahme auf spezialgesetzliche Regelungen zur Prävention
- Konkretisierungen bei den Aufgaben der Ansprechstellen und beim BEM-Bonus
- Eingehen auf die technischen Beratungsdienste der IntÄ und der BA als wichtige Akteure der Prävention
- Fokussierung der Belange von Menschen mit psychischen Erkrankungen

Als zentrale Regelungsgegenstände der GE werden die frühzeitige Identifikation von Präventionsbedarf (z.B. § 7), die Information und Unterstützung von Arbeitgebern und Arbeitnehmer:innen (§ 8) sowie das Betriebliche Eingliederungsmanagement (§ 9) gesehen.

Insgesamt halten die meisten Trägerbereiche jeweils trägerspezifische organisierte, aber umfassend ausgerichtet Informations- und Beratungsangebote speziell für Arbeitgeber vor.

Mit Blick auf die Schwerpunktfragen wird betreffend die Koordination von Arbeitsschutz, Betrieblicher Gesundheitsförderung, Prävention, Rehabilitation und Teilhabe innerhalb eines inklusiven Arbeitsmarktes von unterschiedlichen Aktivitäten und Netzwerken berichtet. Zum Teil wird die Zusammenarbeit der Akteure als ausbaufähig beschrieben, ebenso wie die Inanspruchnahme z.B. der Beratungsangebote der BA durch die Arbeitgeber. Andererseits wird teilweise eine Reihe gut funktionierender Kooperationen benannt. Bei der Zusammenarbeit mit Arbeitgebern sind die Erfahrungen grundsätzlich gut, in Kleinbetrieben müsse jedoch weiterhin für das BEM geworben werden und die Beteiligung der BA und die aktive Ansprache der Arbeitgeber sei ausbaufähig. Auf die Bedeutung ärztlicher Unterlagen bzw. des betriebsärztlichen Dienstes wird punktuell hingewiesen. Zur abgestimmten Information und Unterstützung der Arbeitgeber wird u.a. auf eine intensive Zusammenarbeit mit Integrationsfachdiensten und Integrationsämtern, die Lotsenfunktion von Reha-Manager:innen und den Einsatz von Leitfäden, Factsheets und digitalen Angeboten hingewiesen. Berichtet wird auch von gemeinsamen Seminaren und gemeinsamen Workshops mit anderen Trägern. Die Einbringung der im Rahmen der GE gesammelten Erfahrungen in die Nationale Präventionskonferenz und die Steuerungsgremien auf Landesebene erfolgt unterschiedlich, auch im Hinblick auf Form und Intensität von Austauschformaten und Vernetzungsstrukturen. Die Potenziale der Digitalisierung werden von allen Antwortenden in weiten Teilen positiv gesehen. Hingewiesen wird aber auch auf die Notwendigkeit einer Ausgewogenheit von digitalen und Präsenz-Methoden und die Notwendigkeit barrierefreier Ausgestaltung.

## GE Qualitätssicherung

Bei der GE Qualitätssicherung wird von den meisten Reha-Trägerbereichen überwiegend kein Verbesserungsbedarf gesehen, bei der Umsetzung der GE in der Praxis wird von vier Trägerbereichen und den Leistungserbringern moderater Verbesserungsbedarf gesehen. Demgegenüber wird u.a. folgender Verbesserungsbedarf berichtet:

- Umsetzung der Regelungen in der Praxis, auch betreffend die Abstimmung der Träger
- Aufgreifen der seit dem Inkrafttreten der aktuellen GE-Fassung eingetretenen gesetzlichen Veränderungen in SGB V und SGB VI zum public reporting
- Festlegungen zur Ergebnisqualität (Methoden-Mix)
- vertiefte Berücksichtigung der Perspektive von Menschen mit Behinderungen

Als besonders wichtige Regelungsgegenstände werden benannt:

- Zusammenarbeit/Abstimmung (z.B. § 7, § 20)
- einheitliche Begrifflichkeiten und Standards im Bereich der Qualitätssicherung
- Bewertung aus Sicht der Leistungsberechtigten (§ 6)
- Austausch zwischen Reha-Träger und Leistungserbringer (§ 7)
- Sicherung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität (§§ 13 bis 15)
- vergleichende Qualitätsanalysen (§ 17)
- Barrierefreiheit (§ 19)

Bezüglich der Schwerpunktfragen wird zur Vermeidung mehrfacher QS-Maßnahmen beim gleichen Leistungserbringer (§ 7) auf das Hauptbelegerverfahren und verschieden weitere Aktivitäten hingewiesen. Zugleich wird aber auch betont, dass jeder Träger für sich die Qualität nachhalten müsse und Mehrfachprüfungen deshalb nicht gänzlich vermeidbar seien. Die erweiterten Regelungen zur Barrierefreiheit (§ 18) werden teilweise als zentraler Baustein erachtet, dabei aber auch Herausforderungen für die Einrichtungen und Weiterentwicklungsbedarf gesehen. Im Bereich der Ergebnisqualität (§§ 11, 15) werden verschiedene Entwicklungen berichtet. Beispiele: Festlegung der Ergebnisqualität anhand der Erreichung von im Arzt-Patientengespräch gemeinsam festgelegten individuellen Rehabilitationszielen in einem QS-Verfahren im Bereich Geriatrie; Anpassung der Erhebungsinstrumente (Fragestellungen in der Katamnese). Zudem wird auf die Bedeutung von anderen GE für die Qualitätssicherung, wie z.B. die GE Einrichtungen LTA, UB, IFD, hingewiesen. Zu trägerübergreifenden Abstimmungen zur Evaluierung und Weiterentwicklung der Qualitätssicherung in der Rehabilitation (§ 20) berichten die Träger von verschiedenen Austauschformaten auf regionaler und über-regionaler Ebene, insbesondere auch im Bereich der medizinischen Rehabilitation. Eine zunehmende Digitalisierung wird überwiegend als positiv eingeschätzt, insbesondere mit Blick auf Effizienzreserven im Reha-Verfahren und der trägerübergreifenden Abstimmung sowie verbesserte Transparenz. Dabei sollten digitale Angebote (Tele-Angebote, DiGA u.a.) mit ihren Möglichkeiten und Grenzen regelhaft aufgenommen und beschrieben werden. Auch wird das Potenzial gesehen, die bei GKV und DRV gesetzlich vorgesehenen QS-Vergleichsportale perspektivisch zusammenzuführen, sofern die benötigten Voraussetzungen (z.B. inhaltliche Abstimmungen, Klärung datenschutzrechtlicher Aspekte) vorliegen.

## Folgeberichte zu weiteren GE (Auswahl)

### GE Reha-Prozess

(vgl. ergänzend auch den entsprechenden Schwerpunkt im Bericht 2018/2019)

Zur GE Reha-Prozess wurden u.a. folgende Verbesserungsbedarfe gemeldet:

- stärkere Einbeziehung der Eingliederungshilfe und der Jugendhilfe in die Empfehlungen
- Anpassung an aktuelle Rechtslage nach dem Teilhabestärkungsgesetz
- Aufgreifen der in § 89 der GE genannten Themenfelder
- deutlichere Unterscheidung zwischen den Zielgruppen der GE und den weiteren Beteiligten
- Regelungen zum Verfahren bei trägerübergreifendem Rehabilitationsbedarf klarer darstellen
- weitere einheitliche Konkretisierung des Merkmals "fristauslösender Antrag"
- Digitalisierung berücksichtigen z.B. im Austausch zwischen den Reha-Trägern
- Aufnahme eines Leistungskatalogs als Anlage zur GE Reha-Prozess
- Überarbeitung der GE als „Nachschlagewerk“ für Reha-Träger, Aufnahme der Rechtsgrundlagen des SGB IX in die Inhaltsangabe

Insgesamt ist die GE Reha-Prozess für alle Reha-Träger bedeutsam, auch für die Trägerbereiche, die ansonsten weniger Praxiserfahrungen mit GE haben (EGH, SER). wichtige Regelungsgegenstände sind insbesondere die Regelungen in Kapitel 2 zur Zuständigkeitsklärung, Weiterleitung von Anträgen, Turboklärung und Antragsplitting. Darüber hinaus wird die Bedarfserkennung (§§ 10 - 18 GE), das Beteiligungsverfahren (§§ 29 - 31 GE) und insbesondere die Teilhabeplanung (§§ 47 - 66 GE) als wichtige Regelungsgegenstände benannt. Herausforderungen werden insbesondere bei der Zuständigkeitsklärung, der Weiterleitung von Anträgen, dem Antragsplitting, Teilhabeplanverfahren und bei der Zusammenarbeit der Akteure in der Praxis benannt.

Im Berichtszeitraum wurde die GE „**Unterstützte Beschäftigung**“ überarbeitet. Bei der Überarbeitung von GE werden Erkenntnisse aus den vergangenen Erfahrungsberichten ebenso berücksichtigt wie aktuelle gesetzliche Anpassungen wie z.B. die mit dem Teilhabestärkungsgesetz eingeführte Regelung zum Gewaltschutz (§ 37a SGB IX) in der GE **Einrichtungen LTA** (in Kraft seit 1. März 2022).

### **Träger des Sozialen Entschädigungsrechts**

Aus dem Bereich der SER-Träger wird zurückgemeldet, dass die jeweiligen GE bzw. die von diesen aufgegriffenen Handlungsfelder keine oder kaum praktische Bedeutung im Verwaltungsalltag haben. Eine Ausnahme stellt dabei teilweise die GE Reha-Prozess dar. Gestützt wird dies durch die im THVB nach § 41 SGB IX erfassten, vergleichsweise geringen Fallzahlen für diesen Trägerbereich. Im Bereich der Kriegsopferfürsorge stellt sich als ein möglicher Hintergrund dar, dass die Sachbearbeitungen sich überwiegend an den trägerspezifischen Arbeitsanleitungen orientiert, die in den Empfehlungen der Kriegsopferfürsorge (KOF-E) Berücksichtigung finden. Dort finden sich Regelungen, z.B. zur Bedarfsermittlung, Prüfung der Zuständigkeit etc., die auf die konkreten Besonderheiten des Sozialen Entschädigungsrechts ausgerichtet sind. Im Bereich der Kriegsopferversorgung (KOF) wird zudem bei einigen GE darauf hingewiesen, dass dieser Trägerbereich für die in diesen GE aufgegriffenen Leistungen nicht zuständig ist. Vor diesem Hintergrund erfolgen aus dem Bereich der SER-Träger insgesamt eher punktuelle Rückmeldungen und Verbesserungsvorschläge. Teilweise wird allerdings auch darauf hingewiesen, dass sich die praktische Bedeutung von GE mit Inkrafttreten des neuen SGB XIV perspektivisch ändern könnte. Denn dort seien z.T. neue

Entschädigungstatbestände und insbesondere eine noch intensivere Beratung und Begleitung von Antragsteller:innen und Leistungsberechtigten vorgesehen (z.B. Fallmanagement).

### **Reha-Träger die keine Vereinbarungspartner von Gemeinsamen Empfehlungen sind**

Im Bereich der Eingliederungshilfe haben nach Mitteilung der BAGüS die GE für ihre Mitglieder insgesamt nur eine relativ geringe praktische Relevanz. Lediglich die GE Reha-Prozess habe eine (mittelbare) praktische Relevanz.

### **Übergreifende Aussagen**

Als eine Verbesserung bei GE insgesamt wurde die Aufnahme/Verwendung von Praxisbeispielen genannt. Auch verständliche Formulierungen oder die Visualisierung von Prozessabläufen könnten zu einer besseren Anwendbarkeit verschiedener GE führen.

Auch wurde darauf hingewiesen, dass bei Überarbeitungen von GE Änderungshistorien sinnvoll sein könnten, um die im Ergebnis erfolgten Änderungen auf einen Blick nachvollziehen zu können.

An verschiedenen Stellen wurde auf die Änderungen durch das Teilhabestärkungsgesetz und die Notwendigkeit der Anpassungen in den GE hingewiesen.

An mehreren Stellen wird auf die Notwendigkeit der Verbesserung trägerübergreifender Zusammenarbeit in der Praxis und der Bekanntheit von GE hingewiesen. In diesem Zusammenhang wurde auch auf die Wichtigkeit der Benennung und Erreichbarkeit von Ansprechpersonen bei den Trägern hingewiesen.

An verschiedenen Stellen wurde angemerkt, dass eine stärkere Einbeziehung der Eingliederungshilfe und der Jugendhilfe in die GE wünschenswert sei. Dies würde die Akzeptanz erhöhen und eine höhere Verbindlichkeit schaffen.

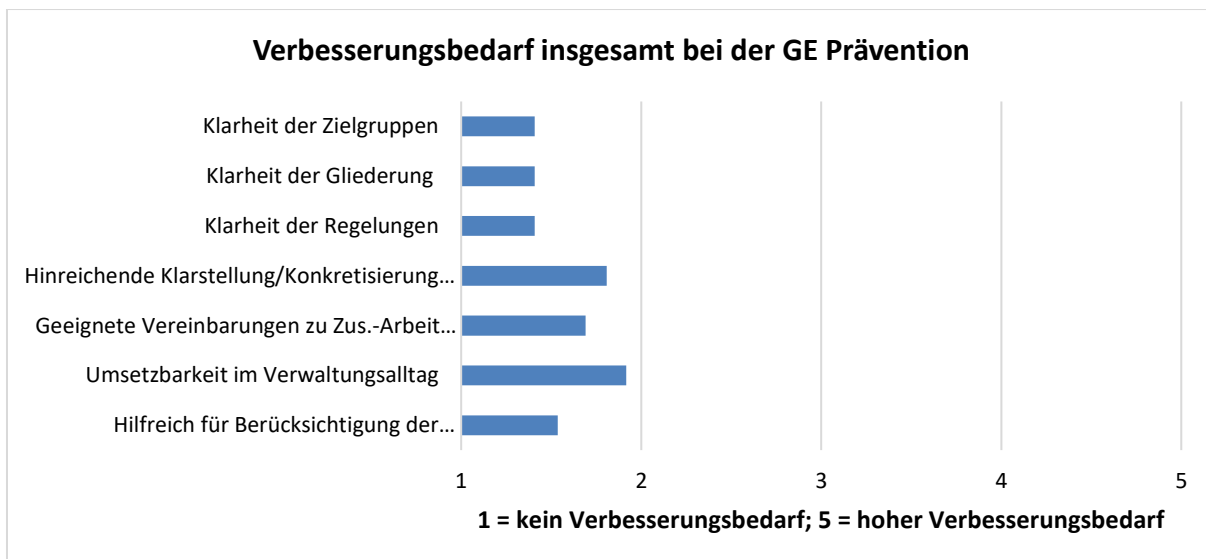
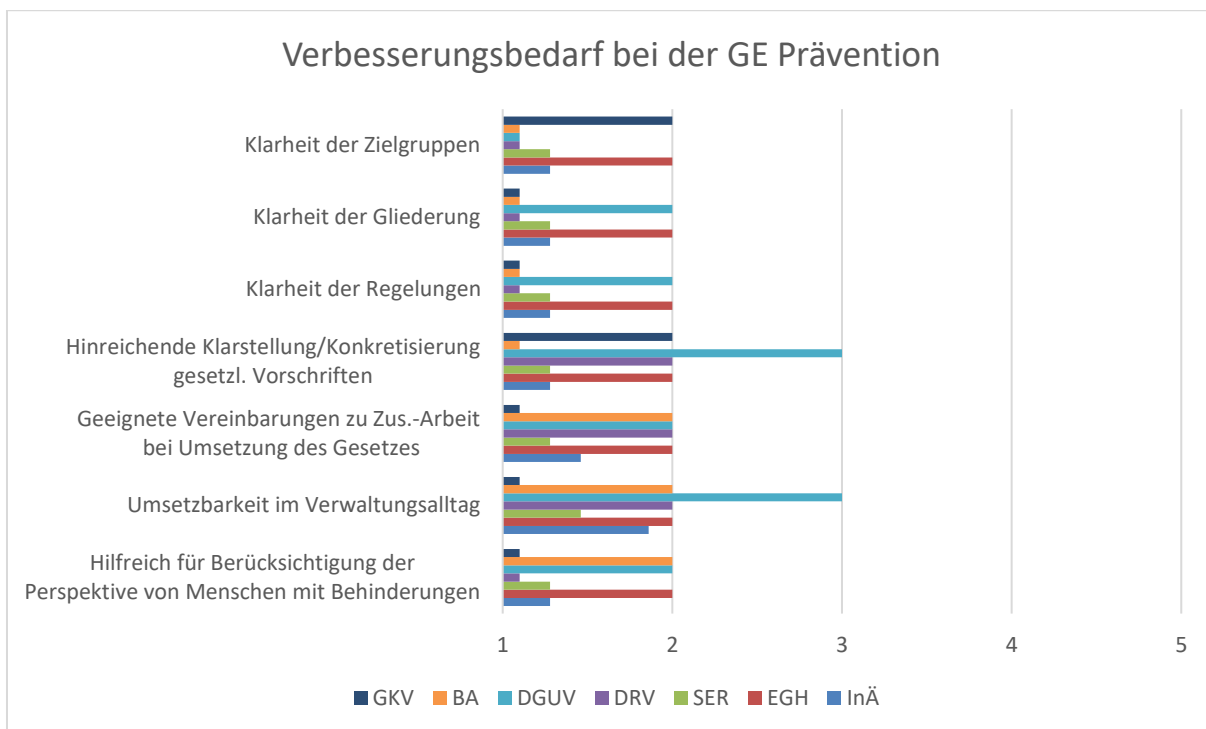
In der Digitalisierung werden Chancen gesehen, die es gilt zu nutzen. Dabei müssten die erforderlichen Voraussetzungen geschaffen und mögliche Risiken beachtet werden.

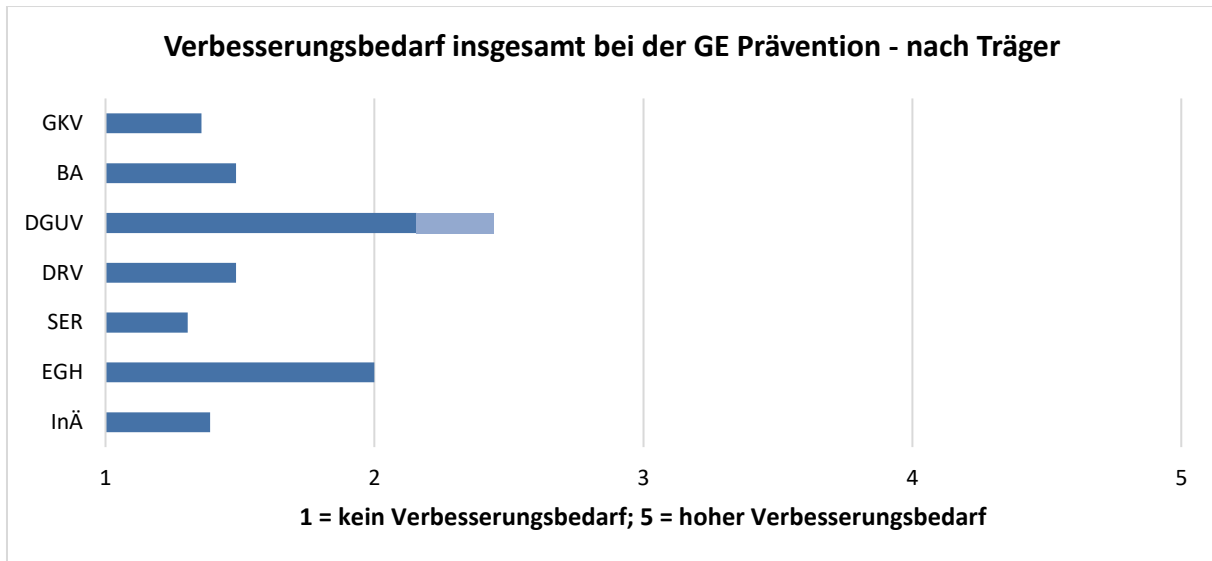
Die Corona-Pandemie hat die Zusammenarbeit und die Umsetzung der Anforderung der Gemeinsamen Empfehlungen erschwert. So konnten z.B. Netzwerkstrukturen nicht weiter ausgebaut werden oder im Bereich der Qualitätssicherung waren keine Vor-Ort-Prüfungen möglich.

## 5. Schwerpunktberichte zu Erfahrungen mit den Gemeinsamen Empfehlungen

### 5.1. Gemeinsame Empfehlung „Prävention“ nach § 3 SGB IX

#### Überblick





### Zusammenfassung

Zusammenfassend wird, mit unterschiedlicher Ausprägung in einzelnen Trägerbereichen, überwiegend kein bis geringer Verbesserungsbedarf gesehen. Die **DGUV** sieht moderaten Verbesserungsbedarf bei der Klarheit der GE-Regelungen, der Klarstellung/Konkretisierung gesetzlicher Vorschriften und bei der Umsetzbarkeit im Verwaltungsalltag. Die Leistungserbringer benennen moderaten Verbesserungsbedarf bei der Klarheit der Zielgruppen, der Klarstellung/Konkretisierung gesetzlicher Regelungen und bei der Berücksichtigung der Perspektive von Menschen mit Behinderungen. Sie sehen zudem erheblichen Verbesserungsbedarf bei der Umsetzung der GE in der Praxis.

Konkret verweist die **GKV** verschiedentlich auf eine noch ausbaufähige Verknüpfung zum Leitfaden Prävention und den Bundesrahmenempfehlungen, für die **BA** sollten KMU noch mehr berücksichtigt werden. Als weitere Verbesserungsansätze regt die GKV – ebenso wie die **DRV Bund** und **DGUV** - u.a. eine stärkere Verankerung von best-practice-Beispielen bzw. konkreten Präventionsangeboten und -leistungen an. Die DRV Bund befürwortet zudem eine stärkere Bezugnahme auf spezialgesetzliche Regelungen zur Prävention an. Die **BA** hält Konkretisierungen bei den Aufgaben der Ansprechstellen und beim BEM-Bonus für zielführend. Das **IntA NW (LWL)** empfiehlt ein Eingehen auf die technischen Beratungsdienste der IntÄ und der BA als wichtige Akteure der Prävention. Der FV Sucht sieht den Bereich der psychischen Erkrankungen als wichtigen Verbesserungsansatz.

Als zentrale Regelungsgegenstände der GE werden überwiegend eingestuft

- frühzeitige Identifikation von Präventionsbedarf (z.B. § 7) (GKV, BA, DRV, IntA MV, IntA NW (LWL))
- Information und Unterstützung von Arbeitgeber und Arbeitnehmer:innen (§ 8) (GKV, BA, DRV, DGUV, IntA MV)
- Betriebliches Eingliederungsmanagement (§ 9) (GKV, BA, DGUV, IntA HB, IntA NW (LWL))

Zu den Schwerpunktfragen wird berichtet, dass die Bekanntgabe der GE bei den Trägern im Wesentlichen über die jeweiligen Verbände erfolgt.

Zur Koordination von Arbeitsschutz, Betrieblicher Gesundheitsförderung, Prävention, Rehabilitation und Teilhabe innerhalb eines inklusiven Arbeitsmarktes wird unterschiedlich berichtet.

Die **GKV** ist hier in breiten Aktivitäten involviert, u.a. in Verbindung mit den BGF-Koordinierungsstellen und Projektvorhaben mit anderen Trägerbereichen. Ein wichtiges Thema sei die teils noch ausbaufähige Transparenz zu Leistungen anderer Träger. Aus Sicht der **BA** ist die Thematik pandemiebedingt etwas in den Hintergrund getreten, grundsätzlich bestünden Netzwerke und die BA würde von anderen Trägern eingeschaltet. Ausbaufähig erscheint die Inanspruchnahme diesbezüglicher Beratungsangebote der BA durch die Arbeitgeber. Die **DRV Bund** unterstreicht die Bedeutung der Beratung von Arbeitgebern und hebt u.a. auf die bündelnde Funktion des Firmenservice der DRV und Kooperationstreffen sowie Modellprojekte zur Zusammenarbeit mit anderen Trägern ab. Sie berichtet zudem von einer stärkeren Resonanz auf Präventionsangebote seitens größerer Arbeitgeber. Die **DGUV** intensiviert derzeit verstärkt die aufgrund ihres übergreifenden gesetzlichen Auftrags ohnehin bestehenden Vernetzungsaktivitäten, hierbei wird das Handlungsfeld Arbeit und Psyche hervorgehoben. Ebenso wie die GKV verweist sie z.B. auf die iga-Initiative. Aus Sicht des **IntA MV** und des **IntA NW (LWL)** ist das Zusammenspiel, ausbaufähig bzw. erfolge eher in Einzelfällen im Rahmen von konkreten Präventionsverfahren. Auch der **FV Sucht** sieht Optimierungspotenziale in der praktischen Zusammenarbeit.

Zur Zusammenarbeit mit Arbeitgebern im Rahmen des BEM schildert die **GKV** gute Erfahrungen z.B., dass das BEM kombiniert mit BGM leichter umsetzbar sei. Die **BA** berichtet von punktuellen Anfragen verschiedener betrieblicher Akteure vor dem Hintergrund insgesamt ausbaufähiger Beteiligung der BA und Potenzialen aktiverer Ansprache der Arbeitgeber. Maßgeblich seien vor allem GKV und DRV. Für die **DRV Bund** sind Auswirkungen der GE insoweit nicht eindeutig einschätzbar. Relevant sei hier u.a. der Umgang mit ärztlichen Unterlagen und mit dem betriebsärztlichen Dienst. Laut **DGUV** würden die dortigen breiten Angebote zwar gut angenommen, überwiegend jedoch von größeren Betrieben, in Kleinbetrieben müsse weiterhin für die Akzeptanz des BEM geworben werden (so auch die Einschätzung des **FV Sucht**). Das **IntA MV** berichtet von einem Modellprojekt „esa M-V – eingliedern statt ausgliedern“ für KMU und verweist auf die Ansprechstellen für Arbeitgeber nach § 185a SGB IX. Beim **IntA NW (LWL)** ist in Westfalen-Lippe die Beteiligung in BEM Verfahren auf die örtlichen Fachstellen übertragen. Bei der **DEGEMED** liegen insoweit keine Erfahrungen vor.

Zur abgestimmten Information und Unterstützung der Arbeitgeber verweist die **GKV** auf ihre zuvor geschilderten Aktivitäten. Die **BA** unterstreicht eine intensive Zusammenarbeit mit Integrationsfachdiensten und Integrationsämtern u.a. auf Grundlage der Vereinbarung BIH-BA sowie auf regionale Absprachen und Netzwerke. Die **DRV Bund** berichtet von positiven Erfahrungen und benennt eine Reihe konkreter Beispiele der Kooperation. Die **DGUV** hebt die Lotsenfunktion von Reha-Manager:innen und sowie den Einsatz von Leitfäden, Factsheets und digitalen Angeboten hervor, z.B. – ebenso wie die GKV – die „Landkarte der Unterstützenden“ (<https://publikationen.dguv.de/widgets/pdf/download/article/3729>). Berichtet wird auch von gemeinsamen Seminaren der Sozialleistungsträger für Arbeitgeber. Als ausbaufähig wird hier die Zusammenarbeit mit den Integrationsämtern eingeschätzt. Das **IntA MV** weist in der Praxis regelmäßig auf die Leistungen anderer Träger hin auf Grundlage u.a. der Verwaltungsvereinbarung Begleitende Hilfe im Arbeitsleben der BAR von 2020. Das **IntA NW (LWL)** berichtet von vereinzelten gemeinsamen Workshops mit anderen Trägern, um Leistungen der anderen Träger kennenzulernen, Bezug genommen wird zudem auf das BIH Papier über Leistungsangebot aller Akteure. Der **FV Sucht** nimmt hier in der Praxis datenschutzrechtliche Hürden wahr.



Auch zur Einbringung der im Rahmen der GE gesammelten Erfahrungen in die Nationale Präventionskonferenz und die Steuerungsgremien auf Landesebene wird unterschiedlich berichtet. Nach Einschätzung der **GKV** erfolge die Berücksichtigung je nach Bundesland unterschiedlich, auch im Hinblick auf Form und Intensität von Austauschformaten und Vernetzungsstrukturen. Von Bedeutung sei dabei, dass alle Partner Ressourcen zur sozialversicherungsträgerübergreifenden Kooperation auf der Landesebene einbringen. Seitens der **BA** gibt es zu dieser Frage keine Rückmeldung. Die **DRV Bund** berichtet von guten Erfahrungen bei der Einbringung ihrer Erkenntnisse in die Steuerungsgremien. Die **DGUV** verweist zur Umsetzung der auch in der GE genannten Handlungsfelder der Bundesrahmenempfehlung auf den ersten Präventionsbericht der NPK. Die **DEGEMED** wurde als Spitzenverband der medizinischen Rehabilitation zur nationalen Präventionskonferenz nicht eingeladen. Der **FV Sucht** bringe sich aktiv bisher nur auf nationaler Ebene ein, nicht auf Länderebene.

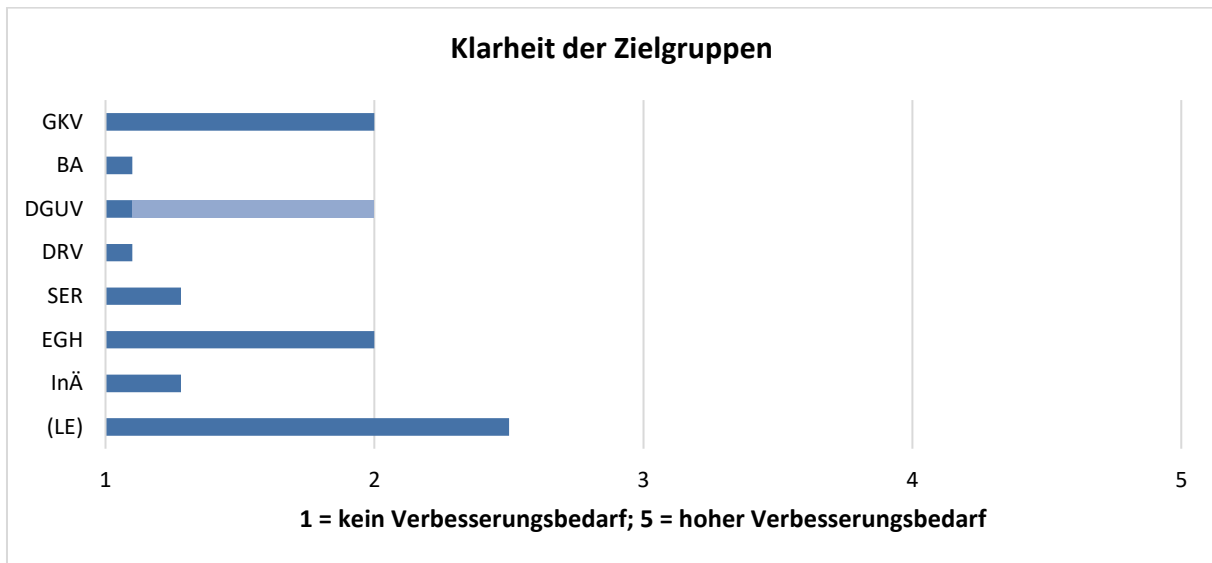
Die Potenziale der Digitalisierung werden von allen Antwortenden in weiten Teilen positiv eingeschätzt. (**GKV, BA, DRV Bund, DGUV, SER-Träger SN, IntA MV, IntA NW (LWL), FV Sucht**), betont werden dabei unter anderem die bessere Niederschwelligkeit, Akzeptanz, Aktualität und potenziell größere Reichweite von Informations- und auch Beratungsangeboten u.a. durch flexiblere und aufwandsärmere Inanspruchnahme. Konkret benannt wird insoweit z.B. die Integration von E-Learning in betriebliche Arbeitsabläufe (**DGUV**) und eine „Leistungsapp“ für Arbeitgeber (**IntA NW (LWL)**). Hingewiesen wird aber auch auf die Notwendigkeit einer Ausgewogenheit von digitalen und Präsenz-Methoden (**GKV, DEGEMED**), dies nicht zuletzt vor dem Hintergrund noch ausbaufähiger Evidenz zu Wirksamkeit digitaler Angebote (**GKV**). Auf die Notwendigkeit barrierefreier Ausgestaltung wird hingewiesen (**DGUV**).

Insgesamt halten die meisten Trägerbereiche jeweils trägerspezifische organisierte, aber umfassend ausgerichtete Informations- und Beratungsangebote speziell für Arbeitgeber vor.

Aus den Rückmeldungen aus dem Bereich der **SER-Träger** ergibt sich, dass – wenn überhaupt – nur punktuelle Erfahrungen mit der GE vorliegen. Dies gilt auch für einzelne Integrationsämter. Überwiegend sind deshalb insbesondere die Schwerpunktfragen von folgenden Trägern nicht oder nur ausnahmsweise beantwortet worden: SER-Träger MV, KOF-Träger NI, KOF-Träger NW (LWL und LVR), SER-Träger SN, SER-Träger ST, IntA BE. Die **BAGüS** verweist allgemein auf eine geringe praktische Bedeutung der GE für ihre Mitglieder, entsprechend werden keine Freitextangaben mitgeteilt.

### 5.1.1. Wo sehen Sie Verbesserungsbedarf bei den Inhalten dieser GE und welchen?

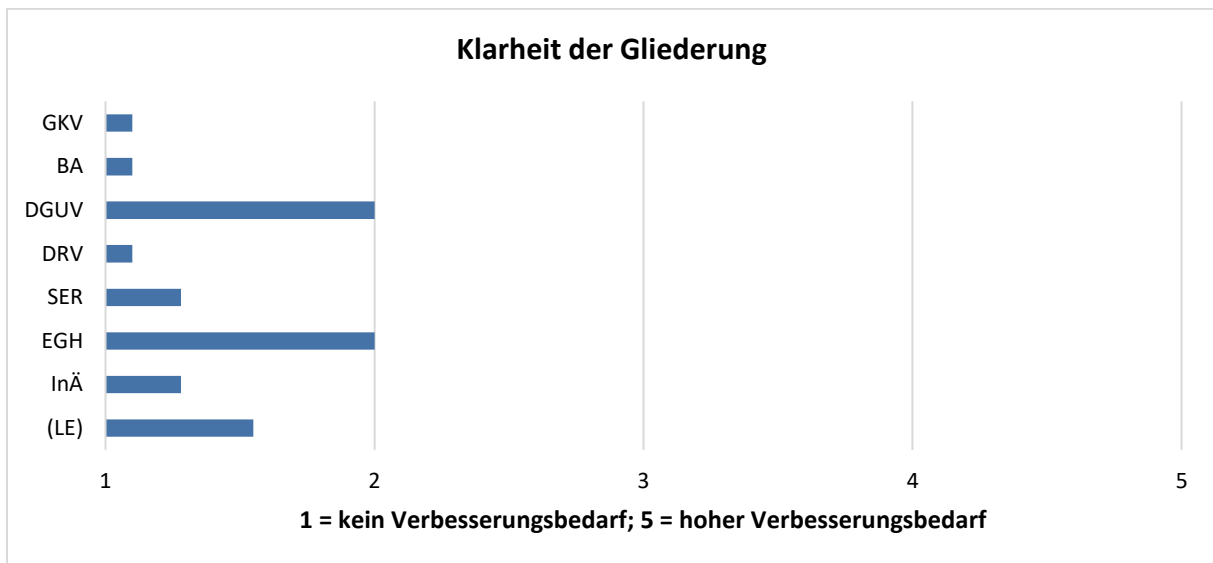
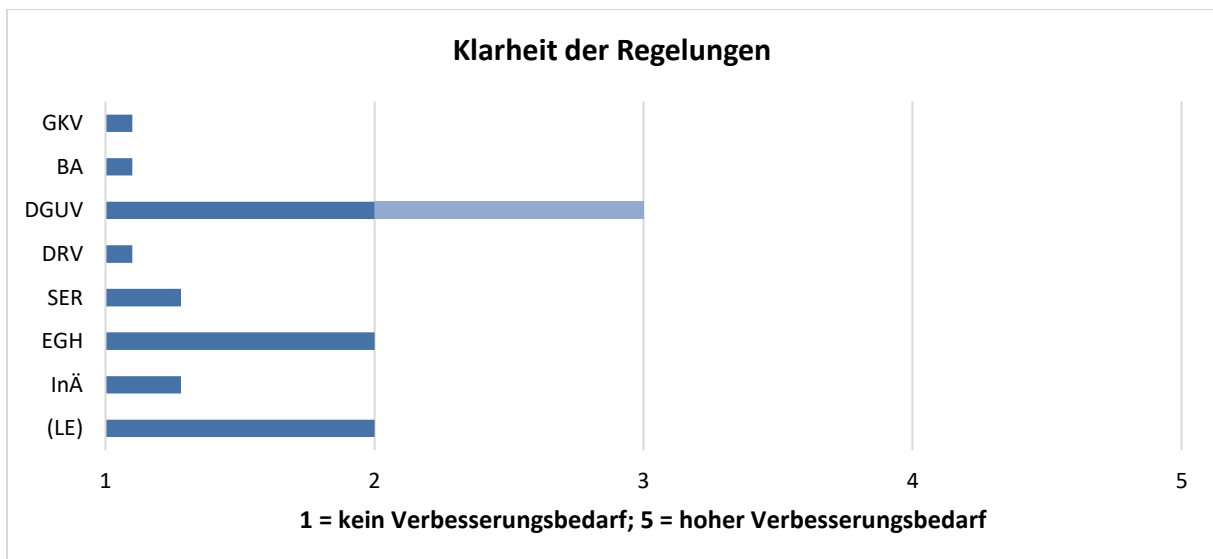
#### 5.1.1.a.: Klarheit der Zielgruppen



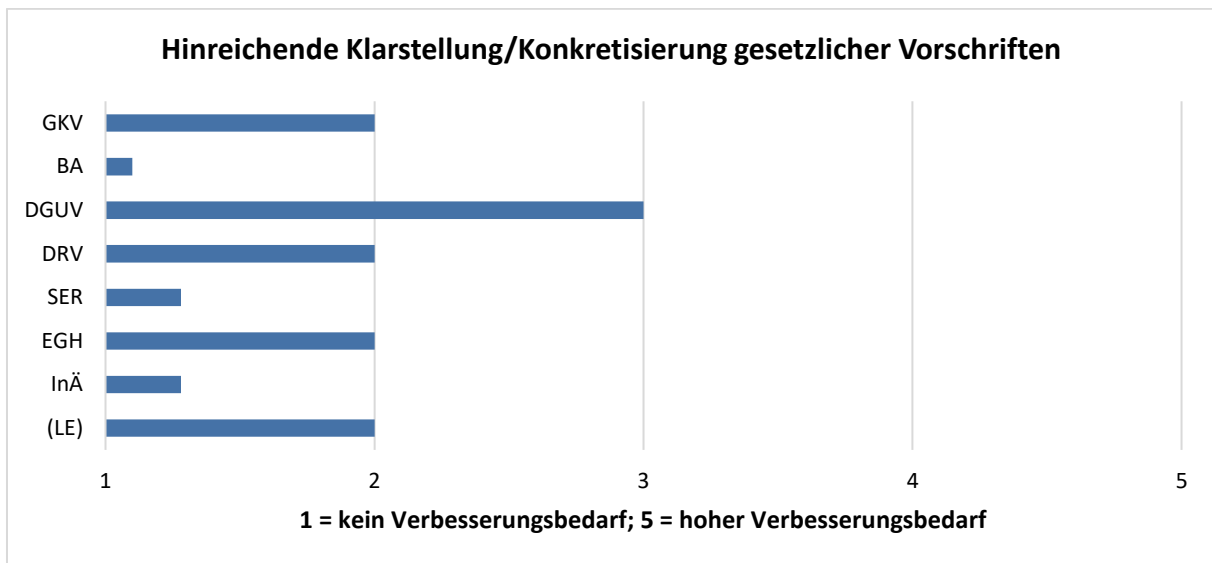
Die **GKV** weist als Verbesserungsbedarf auf die Benennung und Darstellung der adressierten Zielgruppe der GE sowie der adressierten Leistungsempfänger:innen hin.

Laut **BA** sollten vor allem die Interessenlagen der kleineren und mittleren Unternehmen berücksichtigt werden. Dies solle in der GE noch konkreter beschrieben werden.

Der **FV Sucht** appelliert, die Zielgruppen seien noch deutlicher anzusprechen.

**5.1.1.b.: Klarheit der Gliederung****5.1.1.c.: Klarheit der Regelungen**

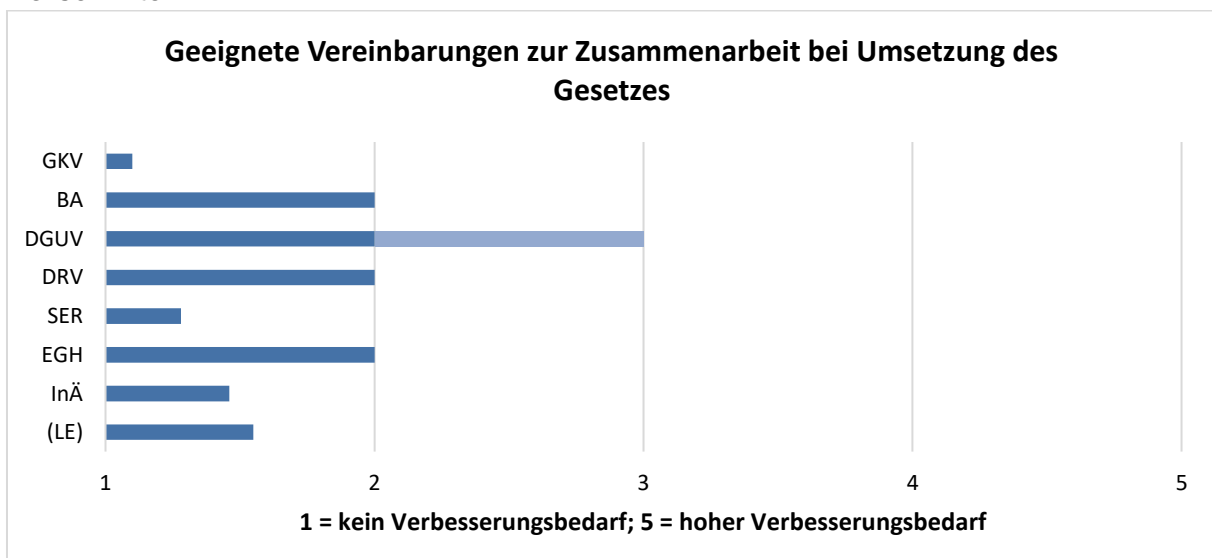
### 5.1.1.d.: Hinreichende Klarstellung/Konkretisierung gesetzlicher Vorschriften



Laut **GKV** wäre eine geeignete Weiterentwicklung für die Konkretisierung und das Anwendungsverständnis der gesetzlichen Vorschriften im Kontext der Nationalen Präventionsstrategie nach § 20d SGB V (vgl. § 8 der GE) i. V. m. der Fragestellung unter Ziffer 2: Ergänzung der Erfahrungen der Rehabilitationsträger nach § 6 Abs. 1. Nr. 1 bis 4 SGB IX und ihrer Verbände im Ziel „Gesund leben und arbeiten“ der Bundesrahmenempfehlungen in der GE.

Der **FV Sucht** regt an, teilweise noch stärker eine adressatenspezifische Sprache zu verwenden.

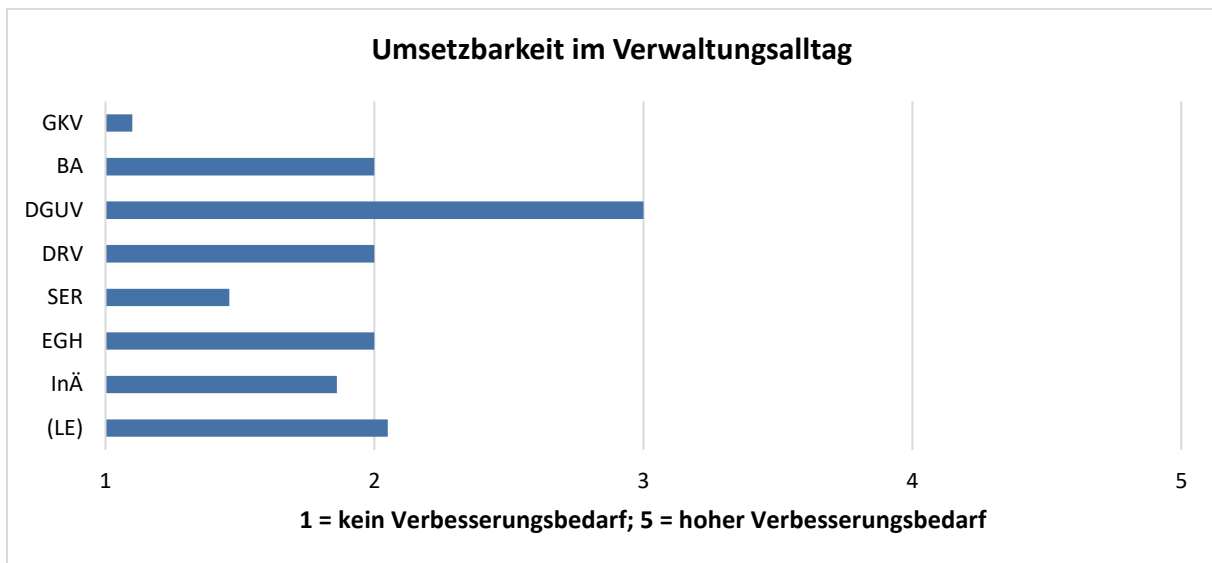
### 5.1.1.e. Geeignete Vereinbarungen zur Zusammenarbeit bei Umsetzung gesetzlicher Vorschriften



Die **GKV** verweist auf ihre Ausführungen zu Frage 5.1.1.d).

Laut **IntA MV** ist die Vereinbarung zu allgemein gehalten. Angeregt wird, konkretere Vereinbarungen/Beispiele zur Zusammenarbeit zu benennen.

### 5.1.1.f.: Umsetzbarkeit im Verwaltungsalltag



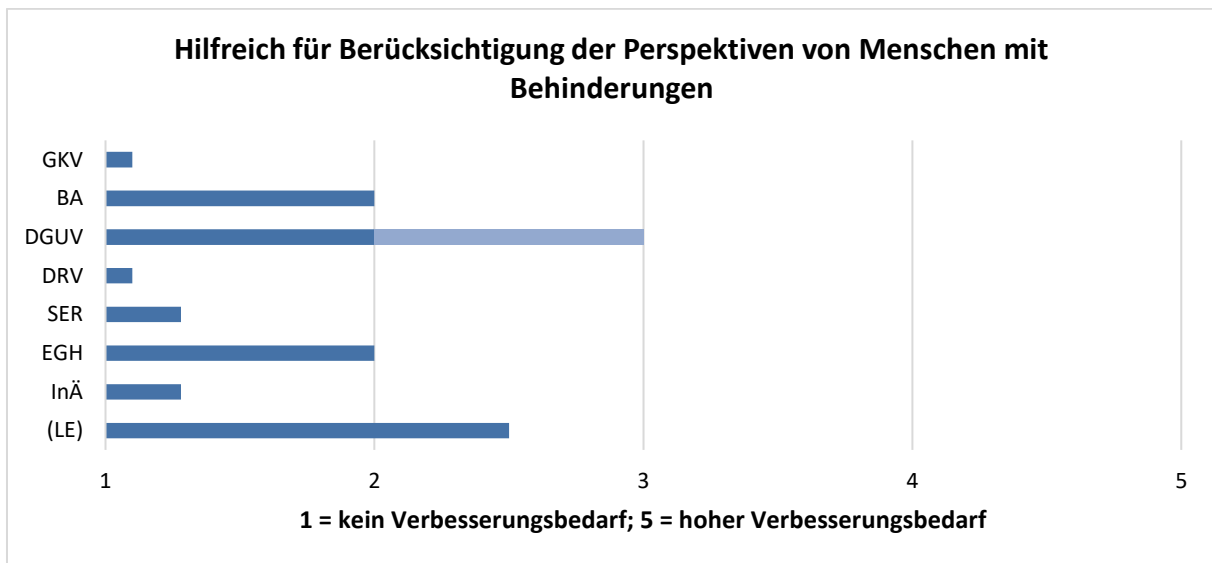
Für die **GKV** ist bei der praktischen Umsetzung im Verwaltungsalltag der Leitfaden Prävention – Handlungsfelder und Kriterien nach § 20 Abs. 2 SGB V – in der jeweils aktuell gültigen Fassung maßgeblich. Die GE finde im Verwaltungsalltag insofern in der projektbezogenen Förderung keine direkte Anwendung. Die Ergänzung der GE um good-/best-practice-Ansätze und Praxisbeispiele der gelebten (trägerübergreifenden) Zusammenarbeit sowie des Schnittstellenmanagements/der Verzahnung der Leistungen gemäß der Prämissen und Handlungsfeldern der nationalen Präventionsstrategie und der Bundesrahmenempfehlungen seien wünschenswert und für eine Anwendung/Nutzung in der Praxis hilfreich. Darüber könne auch erreicht werden, dass die GE Grundlage für die Förderung regionaler Austauschformate wird.

Die **DRV Bund** berichtet, vereinzelt erfolge die Anregung, ob die GE durch Benennung von konkreten Präventionsangeboten (aus Sicht der DRV rvFit) ergänzt werden könne.

Für den **KOF-Träger NW (LWL)** ist diese GE wenig praxisrelevant, da die Teilhabeleistungen in der Regel erst dann beantragt werden (könnten), wenn schon eine entsprechende Schädigung, gesundheitliche Beeinträchtigung oder drohende Behinderung vorliege.

Das **IntA MV** führt aus, die Empfehlung würde den Idealfall benennen, fände im Verwaltungsalltag indes kaum Berücksichtigung.

### 5.1.1.g.: Berücksichtigung der Perspektive von Menschen mit Behinderungen



Laut **FV Sucht** sollten Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen noch stärker angesprochen (motiviert) werden.

### 5.1.1.h.: Weitere Ansatzpunkte für inhaltliche Verbesserungen

Die **GKV** verweist auf die Ausführungen unter Frage 5.1.1.d und 5.1.1.f. Darüber hinaus könne eine Anwendung in der Praxis der trägerübergreifenden Zusammenarbeit und des Zusammenwirkens der Leistungsträger/Sozialversicherungsträger in geeigneter Weise unterstützt werden, indem die GE um konkrete Praxisansätze und Erfahrungen der Umsetzung und Anwendung der GE (Erfolgsfaktoren sowie Barrieren und Hemmnisse der Umsetzung) ergänzt werde.

Die **BA** sieht Ansatzpunkte für Verbesserungen bei der Konkretisierung zur Ausgestaltung der Ansprechstellen (§ 8 der GE) bzw. bei konkreteren Ausführungen zum Bonus (§ 9 Abs. 3 der GE)

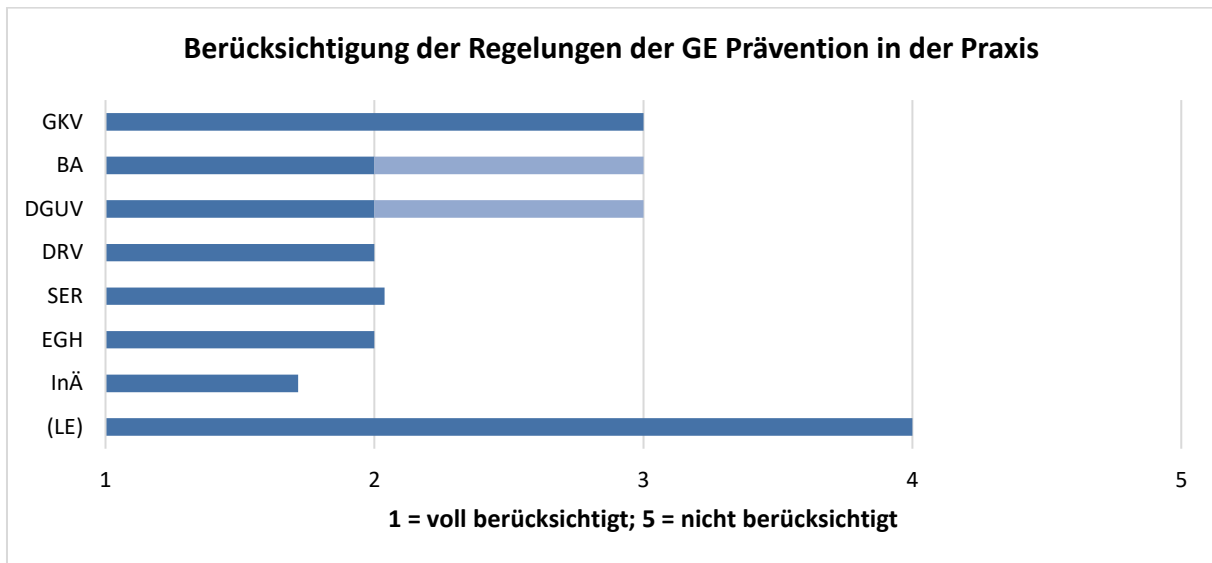
Im Bereich der **DRV Bund** wurde vereinzelt angeregt, bestehende gesetzliche Ausgestaltungen für die Prävention mindestens beispielhaft zu benennen (z.B. Darstellung/Nennung des Ü-45 Checks gem. § 14 Abs.3 S. 2 SGB VI, insbesondere bei § 3 Abs. 3 S. 2 Prinzipien der Prävention – gezielte Ansprache der Versicherten sowie § 7 Abs. 1 – Identifikation des Präventionsbedarfs der GE).

Die **DGUV** regt an, neben den Beispielen in der Anlage noch weitere erfolgreiche Kooperationen aufzuführen, ggf. mit Hinweis auf verfügbare Veröffentlichungen. Eine Übersicht der einzelnen Präventionsleistungen der jeweiligen Träger, um die betroffenen Personen bei Bedarf umfassender beraten und in die „richtigen Hände“ lotsen zu können, wäre als Ergänzung der Anlage hilfreich.

Das **IntA NW (LWL)** weist darauf hin, dass der technische Beratungsdienst (TBD), aber auch die anderen Fachdienste der Integrationsämter, wichtige Akteure in diesem Thema seien. TBDs gebe es auch bei der BA. Ihre Rolle sollte stärker in die GE eingearbeitet werden.

## 5.1.2. Wie bewerten Sie die Umsetzung dieser GE?

### 5.1.2.a.: Berücksichtigung der Regelungen in der Praxis



### 5.1.2.b.: Besonders wichtige Regelungsgegenstände

Laut **GKV** funktioniere das Zusammenwirken der Träger in den arbeits- und tätigkeitsbezogenen Untergremien der jeweiligen Landesrahmenvereinbarungen und habe sich seit Einführung des PräVG kontinuierlich verbessert. Dennoch bleibe die Vernetzung der Sozialversicherungsträger auch perspektivisch ein relevantes Tätigkeitsfeld. Für die gesetzlichen Krankenkassen beziehe sich dies vor allem auf die Vernetzung der Akteure und Angebote im Kontext der betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF). Relevante Regelungsgegenstände und Schnittstellen zu den Angeboten der GKV der GE seien hierbei § 7 Abs. 1 „Präventionsbedarf“, § 8 Abs. 1 der gegenseitige Einbezug der Sozialversicherungsträger bei Informationsveranstaltungen sowie § 9 Abs. 3 „die Verzahnung des Arbeitsschutzes, des BEM und der BGF“ sowie das Zusammenwirken der Rehabilitations-/Sozialversicherungsträger und relevanten Akteure auf Ebene der BGF-Koordinierungsstelle nach § 20b Abs. 3 SGB V.

Die **BA** gibt als besonders wichtige Regelungsgegenstände an:

- frühzeitige Identifikation von Präventionsbedarf (z.B. § 7)
- Motivation der Kunden für eine Veränderung herstellen (z.B. § 3 Abs. 3)
- Eingliederungsmanagement (§ 9): Wesentlich sei die frühestmögliche Identifizierung von Bedarfen und Gesundheitsgefährdungen und zudem die Erhebung von Präventionsbedarfen sowie daraus die Ableitung und Umsetzung konkreter Präventionsmaßnahmen.
- Beratung und Information der Arbeitgeber (§ 8): Eine umfassende Information und Beratung von betroffenen Personen und Arbeitgebern sei hier wesentlich – auch trägerübergreifend. Besonders wichtig sei eine aktive/persönliche Beratung der Arbeitgeber zu möglichen Unterstützungsangeboten durch die Reha-Träger/Integrationsämter. Seien die Unterstützungsleistungen ausreichend bekannt, würden sie auch genutzt.

Wichtig aus Sicht der **DRV Bund** sind:

- Information zur Einbindung der Arbeitgeber und Arbeitnehmer:innen (§ 8 GE)
- allgemeine Orientierung zu Prinzipien und möglichen Zielen von Prävention
- Regelung zur Zusammenarbeit der Akteure

Auch die **DGUV** benennt hier § 8 (Information und Unterstützung von Arbeitgeber und Arbeitnehmer:innen) und § 9 (Betriebliches Eingliederungsmanagement).

Im Bereich der SER-Träger benennt der **KOV-Träger ST** den Grundsatz Reha vor Rente und Pflege (§ 6). Auch für den **KOF-Träger ST** ist zentral das Ziel Menschen in Arbeit zu bringen und ihre Gesundheit und Arbeitskraft zu erhalten.

Das **IntA HB** hält die Verknüpfung mit dem Betrieblichen Eingliederungsmanagement (§ 9 der Empfehlung) für besonders wichtig. Das **IntA MV** weist insoweit hin auf Arbeit und Beschäftigung, Identifikation des Präventionsbedarfs (§ 7) sowie die Information und Unterstützung von Arbeitgebern und Arbeitnehmer:innen (§ 8). Das **IntA NW (LWL)** hebt § 7 und § 9 hervor.

Von Seiten der Leistungserbringer weist die **DEGEMED** auf die Bekanntheit der Leistungen, die Verfügbarkeit und Qualität von Angeboten sowie deren ausreichende Finanzierung hin. Der **FV Sucht** regt an dieser Stelle an, den Bereich der psychischen Gefährdungsbeurteilung stärker zu berücksichtigen.

---

### 5.1.2.c.: Schwierigkeiten bei der Umsetzung

Die **BA** weist auf folgende Herausforderungen hin:

- Trotz aktiver Teilnahme der BA im Modellprojekt „Verzahnung Gesundheit und Arbeitswelt“ bleibe es beispielsweise in der täglichen Arbeit schwierig, potentielle Teilnehmer für Präventionsangebote aufzuschließen.
- Nicht bei allen beteiligten Akteuren seien die Regelungen bekannt.
- Schwierigkeiten ergäben sich im Hinblick auf die Bedarfserkennung durch die Arbeitgeber. Die Reha-Träger/Integrationsämter könnten häufig nur dann tätig werden, wenn der Arbeitgeber die Bedarfe seiner Mitarbeitenden überhaupt erkennt.
- Vor Ort finde wenig Zusammenarbeit statt, die BA werde zu spät eingeschaltet.

Aus Sicht der **DGUV** bleibt die GE an vielen Stellen recht abstrakt und beschreibt eher einen allgemeinen Rahmen und politische Zielsetzungen als konkrete Ansätze für die Verwaltungspraxis. Die Zielsetzungen seien jedoch anschlussfähig bzw. deckten sich mit jenen der Nationalen Präventionskonferenz sowie den operativen und strategischen Schwerpunkten der Unfallversicherungsträger im Bereich der betrieblichen Prävention (z. B. Unterstützung der Arbeitgeber beim BEM; Ausübung der Lotsenfunktion und Kooperation mit anderen SV-Trägern). Schwierigkeiten bei der Zusammenarbeit der Reha-Träger seien insbesondere fehlende oder unbekannte Ansprechpersonen bei den jeweiligen Trägern, Zuständigkeitsfragen bei Antragsleistungen und die oft fehlende Kenntnis über das Leistungsportfolio anderer Träger. Als Ursache hierfür wird weiterhin eine ungenügende Reha-Träger-übergreifende Vernetzung der Beratungsfachkräfte untereinander gesehen.

Bei den Integrationsämtern weist das **IntA MV** auf Schwierigkeiten hin insbesondere bei der Umsetzung der Empfehlungen zur Zusammenarbeit der Rehabilitationsträger mit dem Integrationsamt, wie z.B. in § 6 Abs. 2 und § 7 Abs. 1 aufgeführt. Das **IntA NW (LWL)** benennt fehlende personelle Ressourcen, der TBD der BA komme selten zum Einsatz.

Laut **DEGEMED** sei die Bekanntheit der Leistungen noch viel zu gering. Nach Einschätzung des **FV Sucht** solle angesichts beiderseitiger Hemmungen (sowohl Arbeitgeber, als auch Arbeitnehmer:innen) der Bereich der psychischen Belastungen in der Betrachtung der Präventionsmöglichkeiten noch intensiver hinsichtlich seiner Instrumente, der Reduzierung von Hürden und der Motivationsarbeit unterstützt werden.



### 5.1.3. Schwerpunktfragen

#### 5.1.3.1. *Wie wurde die GE in Ihrem Bereich bekannt gemacht?*

In der **GKV** erfolgte die Bekanntmachung durch Weitergabe an die relevanten betrieblichen Akteure sowie über die jeweiligen Verbandsstrukturen.

Die **DRV Bund** berichtet über mehrere Wege der Bekanntmachung: generelle Veröffentlichung über die gemeinsamen rechtlichen Anweisungen, weitere trägerspezifische Informationswege, Mitarbeiterinformationen, Informationsportale, Dienstbesprechungen, zentrale digitale Ablagen, hausinterne Verfahrensanweisungen, Veröffentlichung im Zuge der fachspezifischen Gremienarbeit, über Firmenservice an die Betriebe, Rundschreiben.

Im Bereich der **DGUV** wurde die GE durch Verbandsrundschreiben bekannt gemacht.

Bei den SER-Trägern teilt der **KOF-Träger NI** mit, eine Bekanntgabe sei über die BIH und die BAR erfolgt. Der **KOF-Träger NW (LVR)** berichtet von interner Weiterleitung, der **KOF-Träger NW (LWL)** von einem Rundschreiben der BIH. Beim **SER-Träger SN** erfolgte die Bekanntmachung per Rundmail an die betreffenden Sachbearbeiter. **KOV-Träger und KOF-Träger ST** erhielten einen Hinweis auf die BAR-Website. Laut **KOF-Träger SH** liegt die GE den Sachbearbeitern vor.

Beim **IntA BE** wurde die Bekanntmachung durch eine Rund-Mail umgesetzt. Das **IntA MV** wurde durch die BIH informiert.

Die **DEGEMED** wurde durch die BAR informiert, beim **FV Sucht** erfolgte die Bekanntmachung über Mitgliederrundschreiben und beigefügte PDF-Formate der Broschüre sowie über Vorträge des Geschäftsführers in Zusammenarbeit mit bestimmten Krankenkassen.

---

#### 5.1.3.2. *Die GE fokussiert u.a. ein ganzheitliches und bedarfsgerechtes Zusammenspiel von Arbeitsschutz, Betrieblicher Gesundheitsförderung, Prävention, Rehabilitation und Teilhabe innerhalb eines inklusiven Arbeitsmarktes. Welche Erfahrungen liegen hierzu vor?*

Die **GKV** teilt mit, dass alle gesetzlichen Krankenkassen beim Auf- und Ausbau eines systematischen und ganzheitlichen BGMs im Rahmen ihrer gesetzlich definierten Zuständigkeiten (dies umfasst die Kombination aus Verhältnis- (gesundheitsförderliche Rahmen- und Arbeitsbedingungen) und Verhaltensprävention (Stärkung des individuellen Gesundheitsverhaltens)) unterstützen. Aus diesem Grund würden auch immer die anderen Player wie der Arbeitsschutz involviert. Speziell bei der Verknüpfung von Arbeitsschutz und Betrieblicher Gesundheitsförderung (BGF) lägen umfangreiche Erfahrungen speziell für KMU vor. Alle Kooperationen zielten auf einen praktischen Nutzen für die Arbeitgeber und Arbeitnehmer:innen. Entsprechend der Bundesrahmenempfehlung würden die eigenen Methoden und Instrumente mit dem Leistungsportfolio der anderen Sozialversicherungsträger verknüpft und anschlussfähig ausgestaltet. Die Lotsenfunktion werde durch gezielten Abgleich der Kernbotschaften und Leistungen konkret fixiert (bspw. Infoblätter mit den wichtigsten Angeboten) und in (regionalen) Austauschformaten der „Praktiker:innen“ an die Basis transportiert. Den Krankenkassen seien die Leistungen der einzelnen Träger durch die inner- und außerbetriebliche Vernetzung sowie (trägerübergreifende) Zusammenarbeit u. a. über die Arbeit der BGF-Koordinierungsstellen ([www.bgf-koordinierungsstelle.de](http://www.bgf-koordinierungsstelle.de)) in der Regel bekannt. Die GE könne über ergänzende Praxisbeispiele die Leistungstransparenz, d. h. eine gegenseitige Information über Leistungen der anderen Träger gezielt unterstützen. Weiterhin sei bei der

praktischen Arbeit festzustellen, dass die Unterstützungsmöglichkeiten, insbesondere der Integrationsämter, den Arbeitgebern weniger bekannt seien. Die Erhöhung der Transparenz zu den Aufgaben und Leistungen in geeigneter Form sei zu prüfen. Die Krankenkassen arbeiteten neben der betrieblichen Ebene auch übergeordnet in Projekten und Austauschformaten, -strukturen und -initiativen zusammen (u. a. auf Ebene der BGF-Koordinierungsstellen, in der Initiative Gesundheit und Arbeit (vgl. [www.iga-info.de](http://www.iga-info.de)). Weiterhin sei beispielhaft die aktive Mitarbeit bei der DGUV-Veröffentlichung „Zusammenarbeit der Sozialleistungsträger bei der Gefährdungsbeurteilung“ (Veröffentlichung März 2022 – vgl. auch „Landkarte der Unterstützenden“) erwähnt. In diesem Duktus sei auch ein Pilot mit der DRV Rheinland umgesetzt worden als regionaler Austausch der BGF-Expert:innen mit den Expert:innen der DRV Rheinland/Bund.

Die **BA** berichtet:

- Pandemiebedingt lägen keine neuen Erkenntnisse seit 2020 vor.
- Die BA werde von beteiligten Trägern frühzeitig eingeschaltet.
- Aus operativer Sicht (BA als Rehabilitationsträger) lägen pandemiebedingt wenig Erfahrungen vor, da dies sowohl bei den Arbeitgebern als auch bei den Rehabilitationsträgern in den Hintergrund getreten sei. Grundsätzlich bestünden bereits zahlreiche regionale Netzwerke zu präventiven Ansätzen mit Akteuren am inklusiven Arbeitsmarkt, insbesondere Arbeitgebern, Trägern der (beruflichen) Rehabilitation, Integrationsämtern und Gutachtern (Technischer Beratungsdienst, Ärztlicher Dienst, Berufspsychologischer Service).
- Der Arbeitgeber-Service der BA – insbesondere die Reha-Spezialisten – informiere und berate Arbeitgeber bedarfsorientiert, u. a. zur Sinnhaftigkeit betrieblicher Gesundheitsförderung, ggfs. zur behindertengerechten Arbeitsplatzgestaltung sowie zum Betrieblichen Eingliederungsmanagement. Allerdings griffen Arbeitgeber diese Beratungsangebote häufig nicht auf.

Die Träger der **DRV** teilen dazu im Wesentlichen folgende Erfahrungen mit: In der Praxis erfolge eine Bündelung und Transformation des Zusammenspiels bei der DRV insbesondere über den Firmenservice der DRV, aber auch über die Fachberater:innen. Es gebe Kooperationstreffen der Rehabilitationsträger, bei denen Veranstaltungen für Arbeitgeber organisiert werden. Modellprojekte und andere Veranstaltungen zur Optimierung der Zusammenarbeit verringern ggf. bestehende Hürden. Andere, themenspezifische Projekte berücksichtigen ebenfalls den ganzheitlichen Ansatz im Sinne der gestellten Frage. Naturgemäß finde das Angebot von Präventionsleistungen bei größeren Arbeitgebern, die einen ausreichenden Ressourcenspielraum haben, mehr Anklang als bei kleineren Betrieben. Aktuelle Rechtsentwicklungen (Teilhabestärkungsgesetz § 14 Abs 1 S. 2 SGBVI) forcieren den übergreifenden Ansatz. Insbesondere Arbeitgeber, die bereits in allen Handlungsfeldern des BGM aktiv sind, benötigen Beratung bei der Koordination einer abgestimmten Zusammenarbeit aller Akteure zur praktischen Umsetzung.

Die **DGUV** teilt mit, dass die Unfallversicherungsträger unabhängig von der GE aufgrund des umfassenden Auftrags des SGB VII (Verhütung von Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren, Rehabilitation nach Eintritt von Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten) seit langem in allen der genannten Bereiche tätig seien. Im Sinne der Ganzheitlichkeit unternähmen die UV-Träger aktuell Anstrengungen, die Arbeit in den Bereichen Prävention und Rehabilitation noch stärker zu vernetzen, u.a. bei der Individualprävention von Berufskrankheiten und im Handlungsfeld Trauma und Psyche. Die gesetzliche Unfallversicherung wirke an der Umsetzung der nationalen Präventionsstrategie und den Landesrahmenvereinbarungen mit und kooperiere mit anderen Trägern in verschiedenen

Netzwerken und Modellprojekten wie z.B. mit den Krankenkassen („Initiative Gesundheit und Arbeit“ - iga) und der Deutschen Rentenversicherung.

Das **IntA MV** weist auf ein mangelhaftes Zusammenspiel hin. Zusammenarbeit erfolge nur in Einzelfällen im Rahmen von konkreten Präventionsverfahren. Auch beim **IntA NW (LWL)** liegen nur wenige Erfahrungen vor und das Zusammenspiel mit den einzelnen Playern sei noch wenig praxiserprobt.

Bei der **DEGEMED** bestehen hierzu keine Erfahrungen. Dem **FV Sucht** zufolge ist der Ansatz gut und wichtig. Allerdings seien die Schnittstellen zwischen den einzelnen Partnern noch ausbaufähig. Als Beispiel wird angeführt, dass während der medizinischen Rehabilitation die Kontaktaufnahmen zu Einrichtungen der Arbeitsverwaltung, um möglichst nahtlose Lösungen zu finden, oft sehr schwierig seien. [Hinweis: vgl. hierzu auch GE Reha-Prozess, Teil 2, Kapitel 6.]

---

**5.1.3.3. Die GE zielt u.a. darauf, im Rahmen des Betrieblichen Eingliederungsmanagements die Zusammenarbeit mit den Arbeitgebern qualitativ zu verbessern. Welche Erfahrungen liegen hierzu vor?**

Im Bereich der **GKV** liegen hierzu überwiegend gute Erfahrungen vor. In vielen Unternehmen sei das BEM mittlerweile fest durch Prozesse verankert. Darüber hinaus sei die Erfahrung, dass das BEM kombiniert mit BGM leichter umsetzbar wird.

Die **BA** teilt mit:

- Es gebe Anfragen von SB-Vertrauensleuten der Arbeitgeber zum Rehaverfahren, diese würden beraten. Auch IFD-Anfragen zu Unterstützungsmöglichkeiten des Arbeitgebers kämen vor.
- Insgesamt lägen (auch der pandemischen Situation geschuldet) nur geringe Erfahrungswerte vor. Bislang sei die BA selten eingeschaltet bzw. mit einbezogen worden. Hier seien weiterhin eher die Krankenkassen und die Rentenversicherungsträger die maßgeblichen Akteure.
- Vereinzelt erfolgten Anfragen von Arbeitgebern, aktives Zugehen sei angezeigt.
- Optimierungsbedarf wird auch in der übergreifenden Zusammenarbeit gesehen (stärkere Sensibilisierung, Identifikation, zeitnahe Beteiligung).

Die Träger der **DRV** teilen hierzu im Wesentlichen folgendes mit: Eine Hauptaufgabe sei, die Arbeitgeber bei der Implementierung des BEM zu unterstützen wo nötig (durch Firmenservice bzw. Arbeitgeberservice). Die Nachfrage danach sei hoch. Für die DRV sei zu berücksichtigen, dass die aktuelle Ausgestaltung des operativen Antragsprozesses eine niedrigschwellige Anmeldung ohne zum Beispiel Einbeziehung von ärztlichen Unterlagen vorsehe. Dies wirke sich auf die Relevanz des betriebsärztlichen Dienstes aus. Auch hier sei die Kontaktaufnahme und die Motivation kleiner und mittelständischer Unternehmen noch eine Aufgabe für die Zukunft. Eine konkrete Aussage, inwiefern speziell die GE im Rahmen des BEM zu einer qualitativ verbesserten Zusammenarbeit mit den Arbeitgebern geführt hat, sei angesichts der ohnedies bestehenden Beratungsstrukturen und -aktivitäten nicht eindeutig zu treffen.

Laut **DGUV** unterstützen die Unfallversicherungsträger die Arbeitgeber insbesondere durch Informationsangebote (Internet, Broschüren, Seminare) und im Einzelfall auch mit persönlicher Beratung durch Präventions- oder Reha-Fachkräfte beim betrieblichen Eingliederungsmanagement. Die Angebote würden zwar gut angenommen, überwiegend jedoch von

größeren Betrieben genutzt. Gerade in Kleinbetrieben müsse weiterhin für die Akzeptanz des BEM geworben werden. Je nach Branche sei eine flächendeckende Bekanntheit und Umsetzung des BEM noch nicht überall in ausreichendem Umfang zu verzeichnen.

Das **IntA MV** berichtet von einem von 2011 bis 2014 vom Integrationsamt geförderten Modellprojekt „esa M-V – eingliedern statt ausgliedern“, mit welchem kleine und Kleinstarbeitgeber bei der Einführung des Betrieblichen Gesundheitsmanagement unterstützt worden seien. Nach den neuen Regelungen des § 185a SGB IX würden durch das Integrationsamt M-V einheitliche Ansprechstellen für Arbeitgeber eingerichtet. Laut **IntA NW (LWL)** ist in Westfalen-Lippe die Beteiligung in BEM Verfahren auf die örtlichen Fachstellen übertragen, daher lägen keine Erfahrungen des IntA vor.

Bei der **DEGEMED** liegen insoweit keine Erfahrungen vor. Der **FV Sucht** berichtet, bei größeren Arbeitgebern funktioniere das in der Regel gut, kleinere hätte oft wenig Ressourcen dafür.

---

**5.1.3.4. *Wie sind Ihre Erfahrungen zu der Regelung des § 8 der GE „Information und Unterstützung von Arbeitgeber und Arbeitnehmer“? Welche Vorkehrungen wurden dafür getroffen, dass Rehabilitationsträger und Integrationsämter den Betrieben gemeinsam gegenüber treten sowie die Erteilung von Auskünften auch über die Leistungen der anderen Vereinbarungspartner erfolgt?***

Die **GKV** verweist auf ihre Antwort zur Frage 5.1.3.2.

Die **BA** gibt an:

- Eine intensive Abstimmung mit dem zuständigen Integrationsfachdienst finde statt.
- Zu den Integrationsämtern pflegten die Agenturen für Arbeit ein gutes Netzwerk mit regelmäßigem Austausch.
- Es bestünden regionale Absprachen und Netzwerk-Veranstaltungen.
- Die Vereinbarung BIH – BA sei eine gute Grundlage für regionale Ansprachen.

Die Träger der **DRV** teilen hierzu im Wesentlichen folgendes mit: Die Erfahrungen seien überwiegend positiv. Es gebe:

- Schulungs- und Informationsveranstaltungen zum gegenseitigen Austausch
- Aufgabe des Firmenservice der DRV (Lotsen- und Wegweiserfunktion im komplexen SV-System) sei mindestens die vermittelnde Information über andere Leistungsträgerbereiche
- Zusammenarbeit auf Länderebene mit anderen Sozialleistungsträger zur gemeinsamen Präsentation von Leistungsangeboten
- Netzwerkarbeiten z.B. von DGUV und DRV Bund (gemeinsame Beratung zum BEM);
- weitere Kooperationen und Veranstaltungen z.B. mit der BGW sowie trägerübergreifende Netzwerktreffen mit der KV, UV und BA auf regionaler Ebene; in NW Kontakte aller Reha-Träger zu dem für die Integrationsämter in NW (Nordrhein) verantwortlichen Landschaftsverband Rheinland
- Unterstützung von Arbeitnehmer:innen insbesondere über das Kundenportal rvFit

Die **DGUV** teilt mit: Um die Zusammenarbeit mit anderen Sozialleistungsträgern zu fördern, seien den Beratungsfachkräften mit Arbeitgeberkontakt verschiedene Informations- und Unterstützungsangebote wie Leitfäden und Factsheets zur Verfügung gestellt worden. Zu nennen seien hier insbesondere die „Landkarte der Unterstützenden“ (<https://publikationen.dguv.de/widgets/pdf/download/article/3729>) und der Leitfaden zur Zusammenarbeit der Sozialleistungsträger bei der Gefährdungsbeurteilung

(<https://publikationen.dguv.de/widgets/pdf/download/article/4416>). Im Rahmen ihrer Lotsenfunktion erteilten Aufsichtspersonen und Reha-Mangerinnen bzw. Manger Betrieben vor Ort Auskünfte über Leistungen anderer Sozialleistungsträger oder zeigten einen Weg zur Kontaktaufnahme auf. Die Kooperation mit anderen Sozialleistungsträgern sei in der Ausbildung der Aufsichtspersonen verankert und in Seminaren und Veranstaltungen für Präventionsfachkräfte, teilweise gemeinsam mit Beratungsfachkräften anderer SV-Zweige, aufgegriffen worden. Einige Träger böten gemeinsam mit anderen Sozialleistungsträgern Seminare für Arbeitgeber an. Insbesondere die Zusammenarbeit mit den Integrationsämtern erscheine jedoch noch ausbaufähig. Zukünftig solle durch regionale Netzwerktreffen bzw. Beratertage die Vernetzung der Beratungsfachkräfte der verschiedenen Akteure weiter gezielt gefördert werden. Von einzelnen Trägern würden zusätzlich Angebote zur Beratung der Arbeitgeber eingerichtet, wobei bei Bedarf auch an andere Träger weitervermittelt werde.

Das **IntA MV** weist darauf hin, dass zu Präventionsgesprächen laut § 167 Abs. 1 SGB IX der Arbeitgeber einlade. Vom Integrationsamt werde dabei regelmäßig auf die Beteiligung der Reha-Träger verwiesen. Gleiches erfolge durch das Integrationsamt im Rahmen der allgemeinen Beratungen und Beratungen im Rahmen der begleitenden Hilfe im Arbeitsleben für Arbeitgeber und Arbeitnehmer:innen, auch hier werde auf die Zuständigkeiten und Leistungen der Reha-Träger gemäß der Verwaltungsvereinbarung Begleitende Hilfe im Arbeitsleben der BAR von 2020 hingewiesen. Das **IntA NW (LWL)** berichtet von vereinzelt gemeinsamen Workshops, um Leistungen der anderen Träger kennenzulernen und verweist auf das BIH Papier über das Leistungsangebot aller Akteure

Der **DEGEMED** liegen keine Erkenntnisse über konkrete Aktivitäten der Reha-Träger vor. Der **FV Sucht** nimmt hier mit die größten Hürden wahr, da oft mit Hinweis auf datenschutzrechtliche Aspekte die Weitergabe von Informationen erschwert sei.

---

**5.1.3.5. Inwieweit konnten Erfahrungswerte zu dieser Gemeinsamen Empfehlung innerhalb der Nationalen Präventionskonferenz und in den auf Landesebene aktiven Steuerungsgremien eingebracht werden (vgl. § 2 der Gemeinsamen Empfehlung)? Welche Erfahrungen liegen hierzu vor?**

Laut **GKV** sind die Erfahrungen je nach Bundesland unterschiedlich. Es griffen die Ausführungen zu Frage 5.1.3.2. Es bestünden bundesweit in unterschiedlicher Form und Intensität Austauschformate und Vernetzungsstrukturen über die einzelnen Krankenkassen und die gemeinsame Initiative der gesetzlichen Krankenkassen der BGF-Koordinierungsstellen. Die Leistungen der anderen Akteure seien den Krankenkassen in der Regel bekannt. Von Bedeutung sei dabei, dass alle Partner Ressourcen zur sozialversicherungsträgerübergreifenden Kooperation auf der Landesebene einbringen.

Seitens der **BA** gibt es zu dieser Frage ausdrücklich keine Rückmeldung.

Die Träger der **DRV** berichten, dass sie ihre Erfahrungen mit der GE Prävention insbesondere in die Steuerungsgremien aktiv einbringen und damit gute Erfahrungen gemacht haben.

Die **DGUV** verweist zur Umsetzung der auch in der GE genannten Handlungsfelder der Bundesrahmenempfehlung auf den ersten Präventionsbericht der NPK.

Die **DEGEMED** teilt mit, dass sie als Spitzenverband der medizinischen Rehabilitation zur nationalen Präventionskonferenz nicht eingeladen worden sei und deshalb dazu nichts sagen könne. Auch der **FV Sucht** kann nach eigenen Angaben hierzu wenig Erfahrungen

einbringen. Bekannt sei, dass es die Gremien gebe, eine aktive Mitarbeit sei bisher jedoch nur auf nationaler Ebene erfolgt, nicht auf Länderebene. Auf nationaler Ebene seien die eigenen Vorstellungen eingebracht worden.

---

#### **5.1.3.6. Welche Entwicklungen bzw. Potenziale sehen Sie in Bezug auf eine stärkere Digitalisierung bei Präventionsangeboten?**

Die **GKV** teilt mit, dass die Rahmenbedingungen und Potentiale der Digitalisierung von Präventionsangeboten für die Krankenkassen in Kapitel 7 des Leitfadens Prävention formuliert seien. Digitalisierung berge viele Chancen und auch Risiken. Über die Möglichkeiten der Digitalisierung (u. a. zeit- und ortsungebunden) könnten Zielgruppen niedrigschwellig angesprochen werden. Hierbei sei neben partizipativen und an den vorliegenden Bedarfen ausgerichteten bzw. zu individualisierenden Interventionen auch die Begleitung und Überführung in die Arbeitsabläufe und Rahmenbedingungen der Unternehmen relevant. Die Erfahrungen der Krankenkassen zeigten, dass eine strukturelle Begleitung der Implementierung digitaler Angebote notwendig sei und oftmals der Methodenmix aus analogem (Präsenz-) und Digitalangebot sinnvoll sei. Standardlösungen und Angeboten, die ohne Beteiligung der Zielgruppen in die Betriebe transferiert werden, seien nicht erfolgsversprechend. Eine partizipative Entwicklung unter Beteiligung der Zielgruppe/Nutzer:innen sowie die Ausrichtung an den vorliegenden Bedarfen, dem technischen Knowhow und Zugangs-/Ausstattungs-möglichkeiten seien die Grundvoraussetzung für die Inanspruchnahme und Effektivität von (digitalen) Gesundheitsförderungs- und Präventionsangeboten. Zudem sei – losgelöst von dem Engagement der Krankenkassen – die wissenschaftliche Ergebnissicherung zur Wirksamkeit von digital gestützter Gesundheitsförderung und Prävention notwendig. Auch wenn Ergebnisse zu Wirksamkeitsvoraussetzungen zunähmen, seien tatsächliche Wirksamkeitsnachweise für digitale Prävention und Gesundheitsförderung noch immer selten.

Die **BA** berichtet hierzu:

- Digitalisierung könne durch ergänzende Angebote ggf. weitere Personen erreichen, ein Ersatz der bestehenden Strukturen werde nicht erwartet.
- Digitale Angebote (Online-Beratung, Online-Kurse), ermöglichten einen einfacheren Austausch, Kunden könnten bedarfsgerechter unterstützt werden.
- Auch das Angebot von präventiven Maßnahmen sei stark auf digitale Angebote umgestellt worden, u.a. Online Trainings; Online Workshops und Online Vorträge – diese ermöglichten vielen Teilnehmenden eine flexible und aufwandsarme Teilnahmemöglichkeit. Es werde eine größere „Zielgruppe“ erreicht und virtuelle und digitalisierte Angebote böten ein Höchstmaß an Flexibilität.

Zu den Entwicklungen und Potenzialen digitalisierter Präventionsangeboten wiesen die Träger der **DRV** auf folgende Aspekte hin: vereinfachter Zugang zu den Präventionsangeboten, orts- und zeitunabhängig sowie einfache und selbständige Information durch die Versicherten; bessere Integration in den Alltag und im Einklang mit beruflichen und familiären Anforderungen; bessere Gewährleistung flächendeckender Versorgung; vielfältigere Leistungsangebote; Ermöglichung einer einfacheren Zusammenarbeit/Vernetzung unter den Trägern; Nachhaltigkeit digitaler Anwendungen; positive Erfahrungen auf dem Nachsorgesektor.

Die **DGUV** hebt hervor, durch eine stärkere Digitalisierung ergäben sich vielfältige Potenziale, wie

- bessere Möglichkeiten, Angebote flächendeckend und flexibel zur Verfügung zu stellen (insb. für KMU)
- höhere Informationsverbreitung und damit auch größere Bekanntheit von Unterstützungsleistungen
- Informationen könnten schneller und damit aktueller zur Verfügung gestellt werden
- Akzeptanz von Maßnahmen bei Arbeitgebern könne gesteigert werden, wenn diese z. B. durch E-Learning besser in die Arbeitsabläufe integriert werden könnten
- bei barrierefreier Aufbereitung (z.B. einfache Sprache) könnten deutlich mehr Personen erreicht werden
- erleichterter Zugang für betroffene Personen; Betroffene könnten niedrigschwellig an Präventionsangeboten teilnehmen
- daneben unterstütze die Digitalisierung auch die Beratung, die dann statt persönlich vor Ort auch in Form von Videokonferenzen durchgeführt werden könne

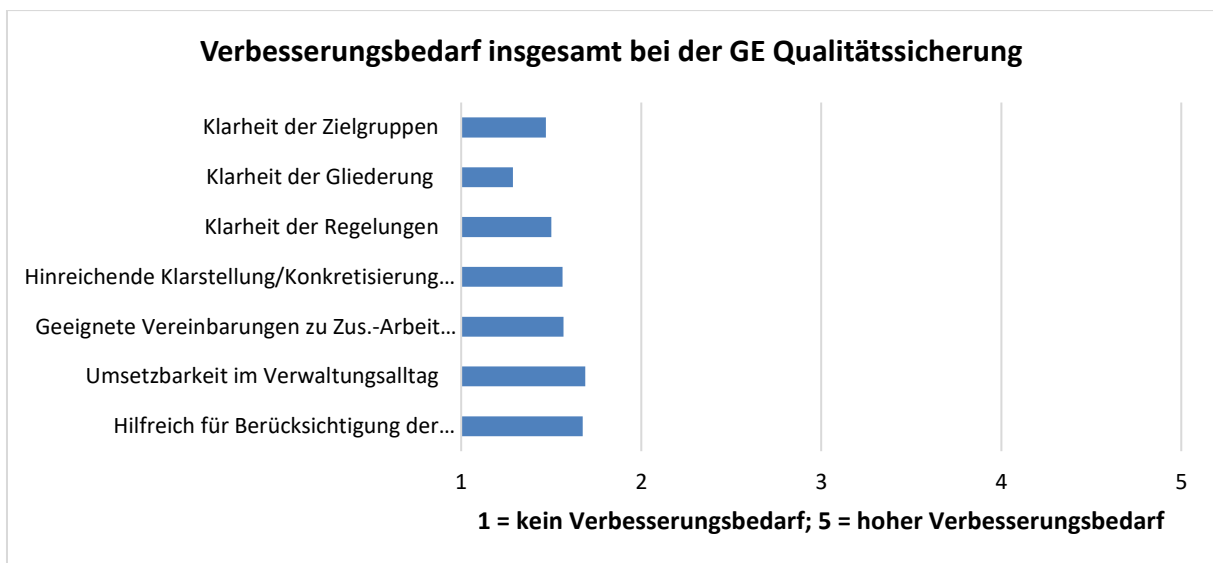
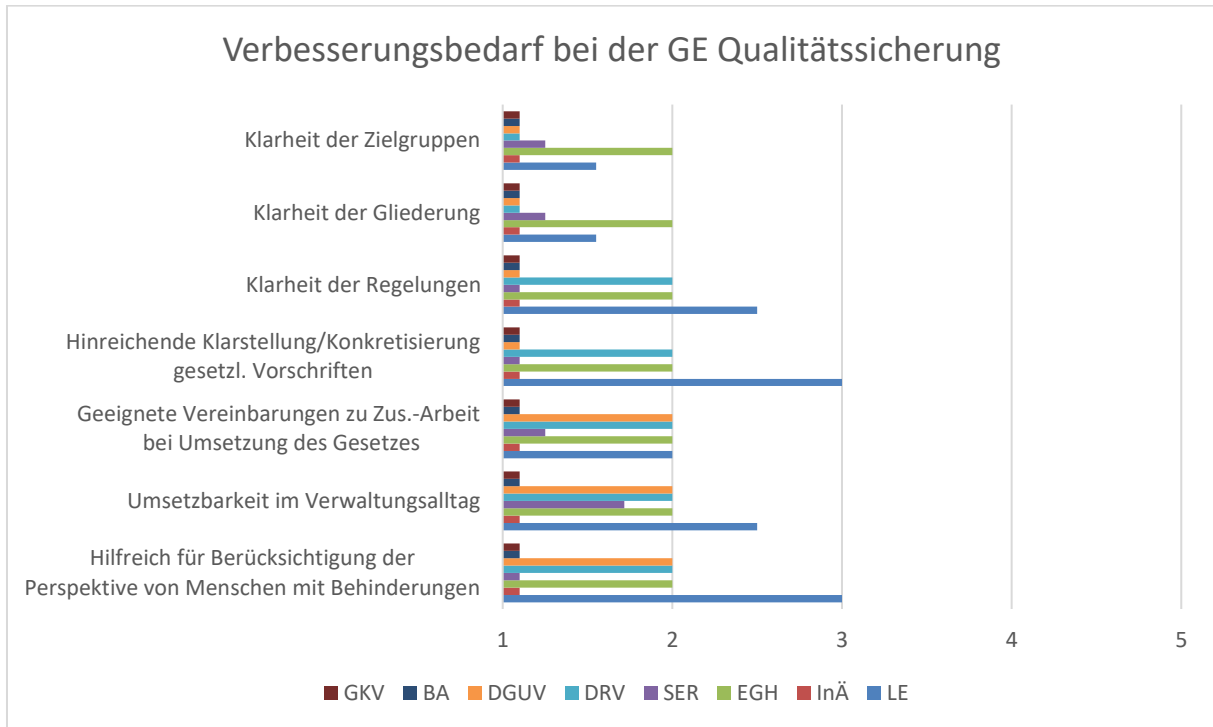
Der **SER-Träger SN** teilt mit, das Angebot einer verstärkten Digitalisierung könne allgemein – behördenübergreifend – generell befürwortet werden.

Dem **IntA MV**: zufolge erleichtert eine stärkere Digitalisierung die Informationsmöglichkeiten und Antragstellungen für die Arbeitgeber. Das **IntA NW (LWL)** hält insoweit beispielsweise eine „Leistungsapp“ o.ä. für Arbeitgeber für wünschenswert, in der die Leistungen der einzelnen Leistungsträger und Ansprechpersonen für den Arbeitgeber leicht zugänglich gemacht würden.

Nach Mitteilung der **DEGEMED** sollte der Anteil digitaler Angebote nicht überwiegen. Die Präventionsleistung solle vielmehr weiterhin vor allem in realer Präsenz und überwiegend in der Gruppe sowie unter Anbindung an eine kompetente Einrichtung stattfinden. Der **FV Sucht** sieht hier das größte Potential. Gerade die Erreichbarkeit von informationsvermittelten Kontakten z.B. über Videoformate oder auch die Antragstellung online mit einer hoffentlich deutlich schnelleren Bearbeitung entsprechender Anträge sei eine wichtige Weiterentwicklung.

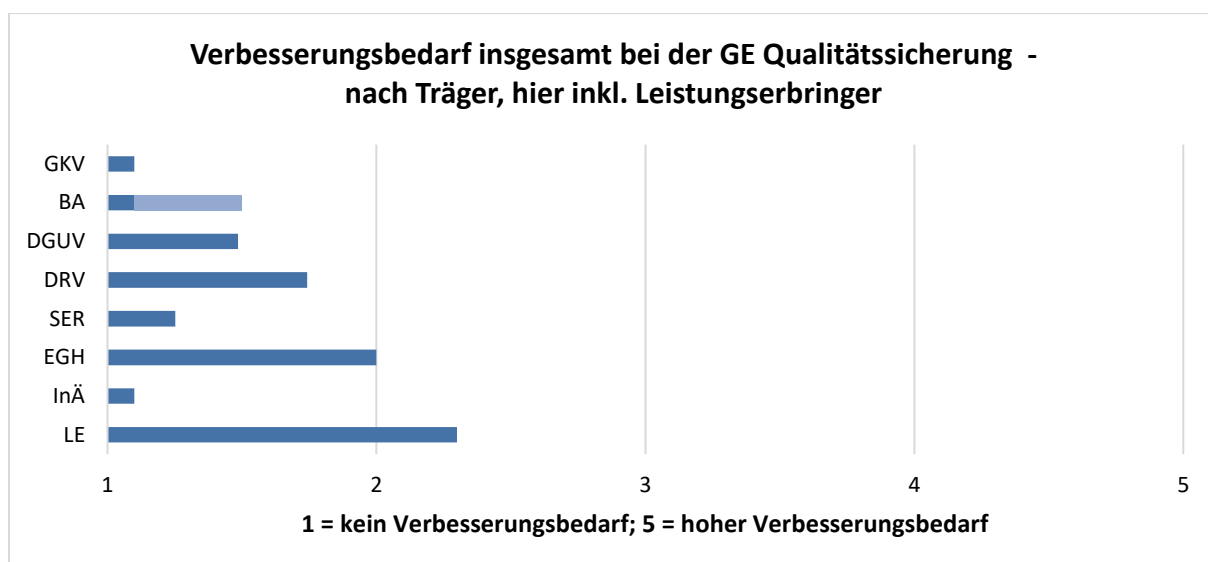
**5.2. Gemeinsame Empfehlung „Qualitätssicherung nach § 37 Abs. 1 SGB IX“**

**Überblick:**



Hinweis: die vorstehende Grafik berücksichtigt bei dieser GE auch die Rückmeldungen der Leistungserbringer





### Zusammenfassung:

Bei der GE wird von den meisten Reha-Trägerbereichen überwiegend kein Verbesserungsbedarf gesehen. Eine Ausnahme bildet die Eingliederungshilfe die bei allen abgefragten Aspekten geringen Verbesserungsbedarf anzeigt. Die **DRV Bund** und die **DGUV** sehen geringen Verbesserungsbedarf bei den Aspekten Geeignete Vereinbarungen zur Zusammenarbeit bei Umsetzung des Gesetzes, Umsetzbarkeit im Verwaltungsalltag und Berücksichtigung der Perspektive von Menschen mit Behinderungen. Die DRV zudem bei der Klarheit der Regelungen, der Konkretisierung gesetzlicher Vorschriften (auch in Bezug auf die neuen gesetzlichen Regelungen) und bei Berücksichtigung in der Praxis. Geringer Verbesserungsbedarf wird zudem aus dem Bereich der **SER-Träger** bei der Umsetzbarkeit im Verwaltungsalltag mitgeteilt. Der **FV Sucht** weist darauf hin, dass in der Praxis die QS-Systeme von GKV und DRV nicht so reibungslos liefen wie in der GE beschrieben. Darüber hinaus seien die GE-Regelungen gut, müssten aber in der Praxis auch umgesetzt werden, auch betreffend die Abstimmung der Träger. Die **DEGEMED** mahnt ein Aufgreifen der seit dem Inkrafttreten der aktuellen GE-Fassung eingetretenen gesetzlichen Veränderungen in SGB V und SGB VI zum public reporting an. Die **DGUV** berichtet, die Umsetzung der GE erfolge vorwiegend auf Verbandsebene und weniger im Verwaltungsalltag einzelner Träger, Verbesserungspotenzial wird hinsichtlich der Festlegungen zur Ergebnisqualität gesehen (Methoden-Mix). Bei der Berücksichtigung der Perspektive von Menschen mit Behinderungen wird aus unterschiedlichen Gründen Verbesserungspotenzial angezeigt (**BA, DGUV, DEGEMED, FV Sucht**).

Betreffend die Umsetzung der GE in der Praxis wird überwiegend moderater Verbesserungsbedarf gesehen. Als besonders wichtige Regelungsgegenstände werden benannt:

- einheitliche Begrifflichkeiten und Standards im Bereich der Qualitätssicherung (**GKV, BA**), z.B. betreffend intern und externe QS
- Bewertung aus Sicht der Leistungsberechtigten (§ 6) (**BA, KOF-Träger NI**)
- Austausch zwischen Reha-Träger und Leistungserbringer (§ 7) (**GKV, BA**)
- Sicherung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität (§§ 13 bis 15) (**GKV, BA**)
- vergleichende Qualitätsanalysen (§ 17) (**GKV**)
- Barrierefreiheit (§ 19) (**BA**)
- Zusammenarbeit/Abstimmung (z.B. § 7, § 20) (**GKV, DGUV, KOF-Träger NI, SER-Träger ST, DEGEMED, FV Sucht**)

Bei den Schwerpunktfragen wird bezüglich der Vermeidung mehrfacher QS-Maßnahmen beim gleichen Leistungserbringer (§ 7) auf das Hauptbelegerverfahren hingewiesen (**GKV, DGUV**). Aus Sicht der **DRV Bund** ist eine Reduktion erfolgt. Zugleich wird trotz Vereinfachungen durch Standardisierungen betont, dass jeder Träger für sich die Qualität nachhalten und Mehrfachprüfungen deshalb nicht gänzlich vermeidbar seien (**BA**). Das korreliert mit entsprechenden Angaben der Leistungserbringer (**DEGEMED, FV Sucht**), wobei dort teilweise Verbesserungen berichtet werden (**FV Sucht**).

Die erweiterten Regelungen zur Barrierefreiheit (§ 18) werden teilweise als zentraler Baustein erachtet (**GKV, BA**). Allerdings werden auch Herausforderungen für die Einrichtungen berichtet (**DRV Bund, DGUV**) und Weiterentwicklungsbedarf gesehen (**BA**). Den rückmeldenden Leistungserbringerverbänden liegen hierzu keine Erkenntnisse vor.

Im Bereich der Ergebnisqualität (§§ 11, 15) werden verschiedene Entwicklungen berichtet. Die **GKV** berichtet von einem QS-Verfahren im Bereich Geriatrie bei dem die Ergebnisqualität anhand der Erreichung von im Arzt-Patientengespräch gemeinsam festgelegten individuellen Rehabilitationszielen gemessen werde. Die **BA** informiert über eine stärkere Personenzentrierung und die Einführung eines einheitlichen Trägermanagements, von Verfahren zur QS der internen Prozesse, individuelle Leistungs- und Verhaltensbeurteilungen in einem standardisierten Format, Auswertungen des THVB nach § 41 SGB IX und weiteren Maßnahmen zur Stärkung der Ergebnisqualität. Die **DRV Bund** berichtet von verschiedenen Weiterentwicklungen im Bereich der medizinischen Rehabilitation. Bei LTA liege der Fokus verstärkt auf der Nachbetreuung der Teilnehmenden und deren Integration. Die **DGUV** verweist allgemein auf erhöhte Aktivitäten im Bereich der medizinischen Rehabilitation und betont zudem betreffend Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben die Bedeutung von anderen GE für die Qualitätssicherung wie z.B. die GE Einrichtungen LTA, UB, IFD. Nach Angaben der **DEGEMED** sind entsprechende Entwicklungen im Bereich der medizinischen Reha nicht bekannt. Der **FV Sucht** weist darauf hin, dass Erhebungsinstrumente angepasst worden seien (Fragestellungen in der Katamnese).

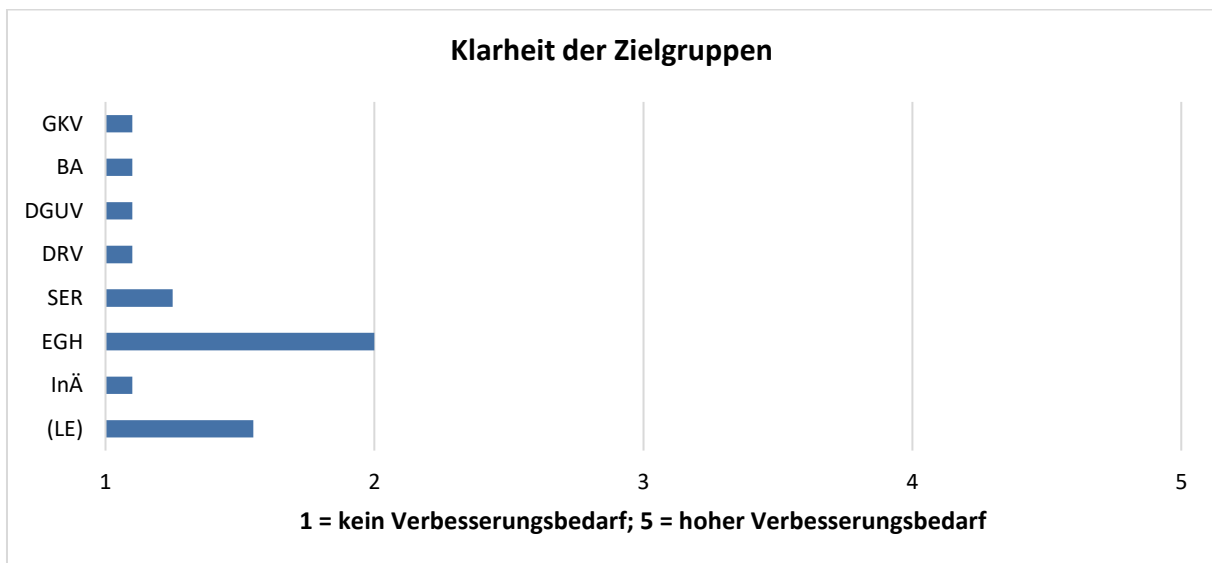
Zu trägerübergreifenden Abstimmungen zur Evaluierung und Weiterentwicklung der Qualitätssicherung in der Rehabilitation (§ 20) berichten die Träger von verschiedenen Austauschformaten auf regionaler und überregionaler Ebene, teils unter Beteiligung von Leistungserbringern (**GKV, BA, DRV Bund, DGUV**), insbesondere auch im Bereich der medizinischen Rehabilitation. Hingewiesen wird auch insoweit auf die jeweiligen gesetzlichen Rahmenbedingungen (**GKV**). Die **DRV Bund** verweist zudem auf verschiedene Weiterentwicklungen bei allen QS-Instrumenten und -Verfahren, z.B. im Bereich des sozialmedizinischen Verlaufs oder des Peer-Review. Bei den Leistungserbringern sind entsprechende Entwicklungen nicht bekannt (**DEGEMED**) bzw. wird hier noch Handlungsbedarf gesehen (**FV Sucht**).

Eine zunehmende Digitalisierung wird überwiegend bereits aktiv angegangen und als positiv eingeschätzt (**GKV, BA, DRV Bund, DGUV, SER-Träger SN, DEGEMED, FV Sucht**). Benannt werden hier Effizienzreserven im Reha-Verfahren und der trägerübergreifenden Abstimmung sowie verbesserte Transparenz (**BA, DGUV, DEGEMED, FV Sucht**). Die **GKV** verweist konkret auf das Potenzial, die neuerdings bei GKV und DRV gesetzlich vorgesehenen QS-Vergleichsportale perspektivisch zusammenzuführen. Hingewiesen wird allerdings auch auf den Aufwand und die Komplexität der Umsetzung sowie auf die für die Realisierung des Potenzials benötigten Voraussetzungen wie notwendige inhaltlichen Abstimmungen im Vorfeld und die Klärung datenschutzrechtlicher Aspekte (**BA, DRV Bund, DGUV**). Zudem sollten digitale Angebote (Tele-Angebote, DiGA u.a.) mit ihren Möglichkeiten und Grenzen regelhaft aufgenommen und beschrieben werden (**DGUV**).

Aus den Rückmeldungen aus dem Bereich der SER-Träger ergibt sich, dass wenn überhaupt nur punktuelle Erfahrungen mit der GE vorliegen. Dies gilt auch für einzelne Integrationsämter. Überwiegend sind deshalb insbesondere die Schwerpunktfragen von folgenden Trägern nicht oder nur ausnahmsweise beantwortet worden: **SER-Träger MV, KOF-Träger NI, KOF-Träger NW, SER-Träger SN, SER-Träger ST, IntA BE**. Die **BAGüS** verweist allgemein auf eine geringe praktische Bedeutung der GE für ihre Mitglieder, entsprechend werden keine Freitextangaben mitgeteilt.

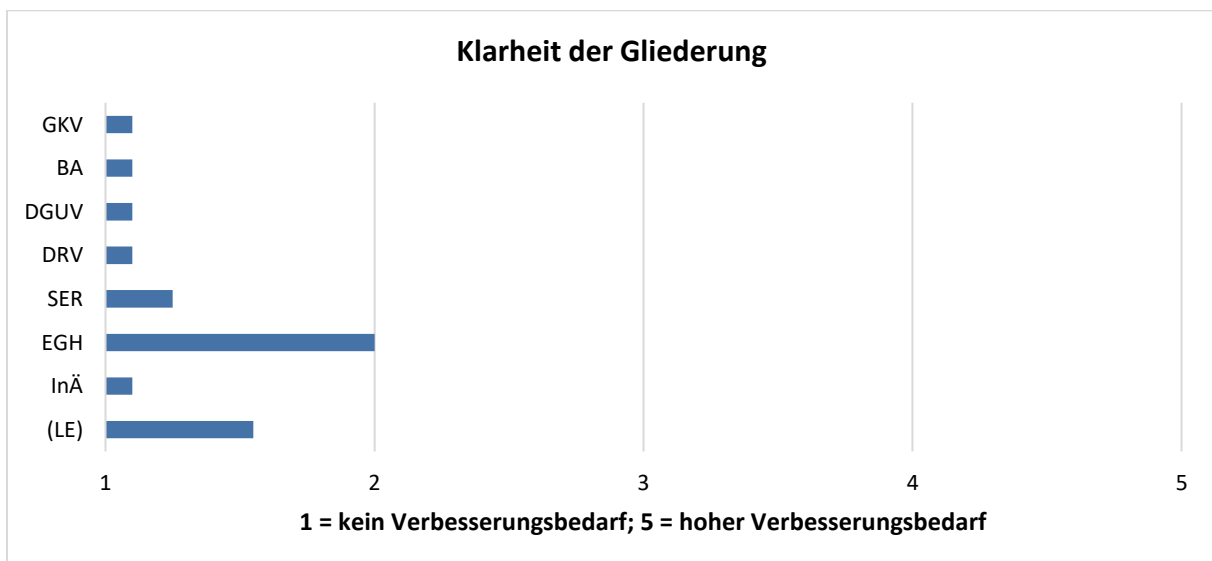
## 5.2.1. Wo sehen Sie Verbesserungsbedarf bei den Inhalten dieser GE und welchen?

### 5.2.1.a.: Klarheit der Zielgruppen



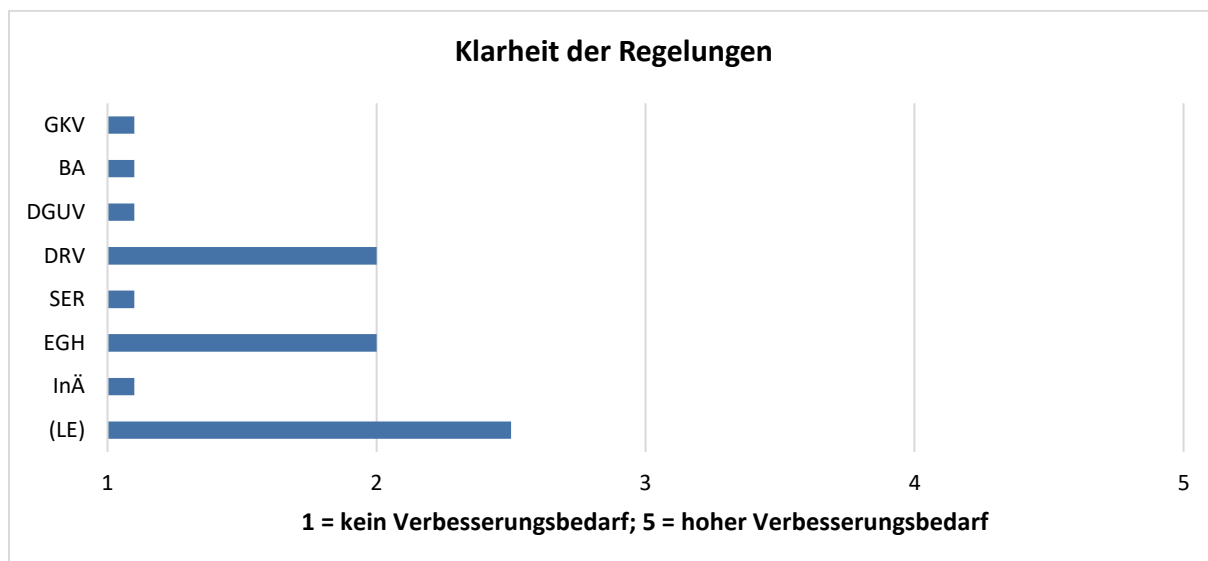
Die **DGUV** erläutert in ihrer Mitteilung, es bestehe kein Verbesserungsbedarf, weil dies in der GE genau formuliert sei.

### 5.2.1.b.: Klarheit der Gliederung



Die **DGUV** meldet auch ausdrücklich keinen Veränderungsbedarf.

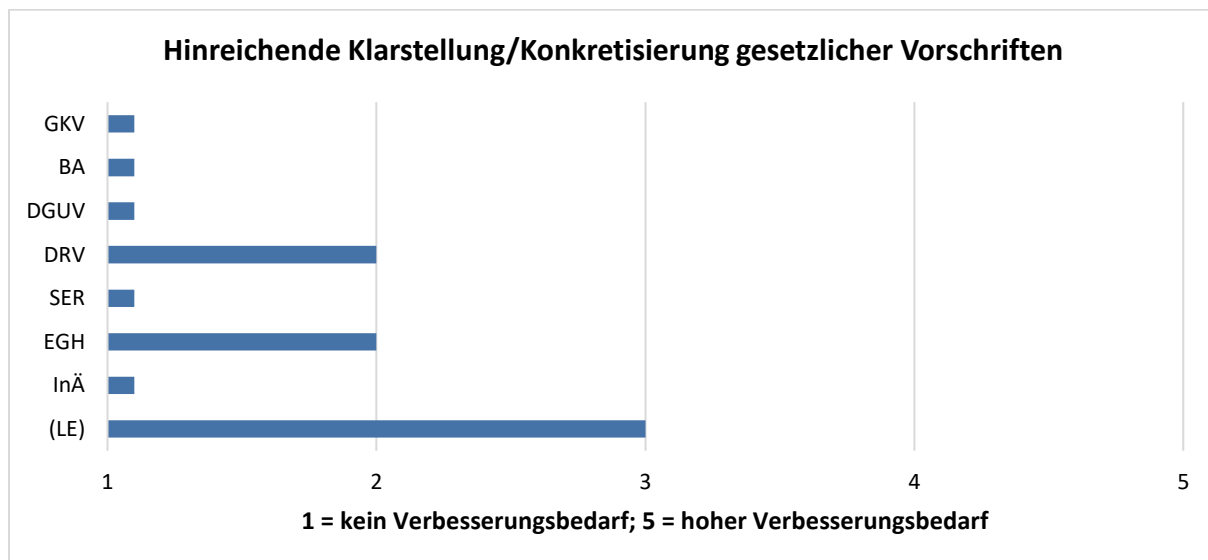
### 5.2.1.c.: Klarheit der Regelungen



Die **DGUV** teilt zu dieser Frage mit, die Regelungen seien eindeutig formuliert, es gebe im Detail noch Weiterentwicklungsbedarf z.B. beim Austausch der Ergebnisse der externen QS (§ 6).

Der **FV Sucht** merkt an, die Systeme der Qualitätssicherung der GKV und der DRV liefen nicht so reibungslos, wie in der Empfehlung beschrieben, bzw. vorgeschlagen. Dies sei jedoch für die Zukunft unbedingt wichtig, um die Instrumente für die Einrichtungen und vor allem auch für die zu Rehabilitierenden auch nutzbar zu machen.

### 5.2.1.d.: Hinreichende Klarstellung/Konkretisierung gesetzlicher Vorschriften



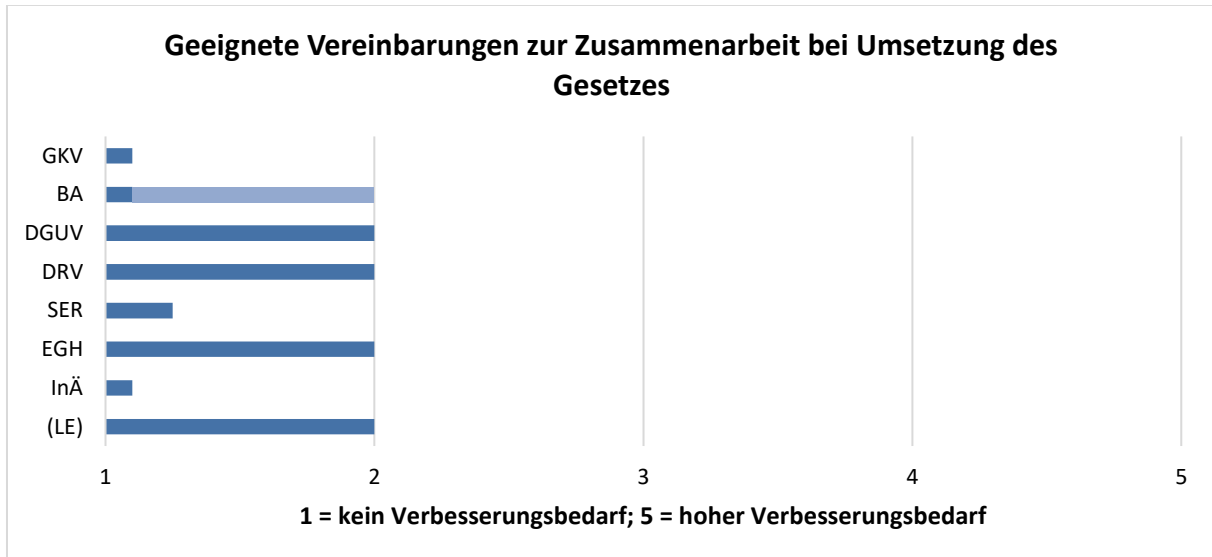
Gesonderte Hinweise: **BA:** Mittelwert 1,3; Minimum 1, Maximum 2;

Die **DRV Bund** regt an, bei der nächsten Überarbeitung der GE die dann neue Rechtslage (ab 1.7.23) und Implikationen für QS zu beschreiben.

Laut **DGUV** ist kein Veränderungsnotwendigkeit vorhanden.

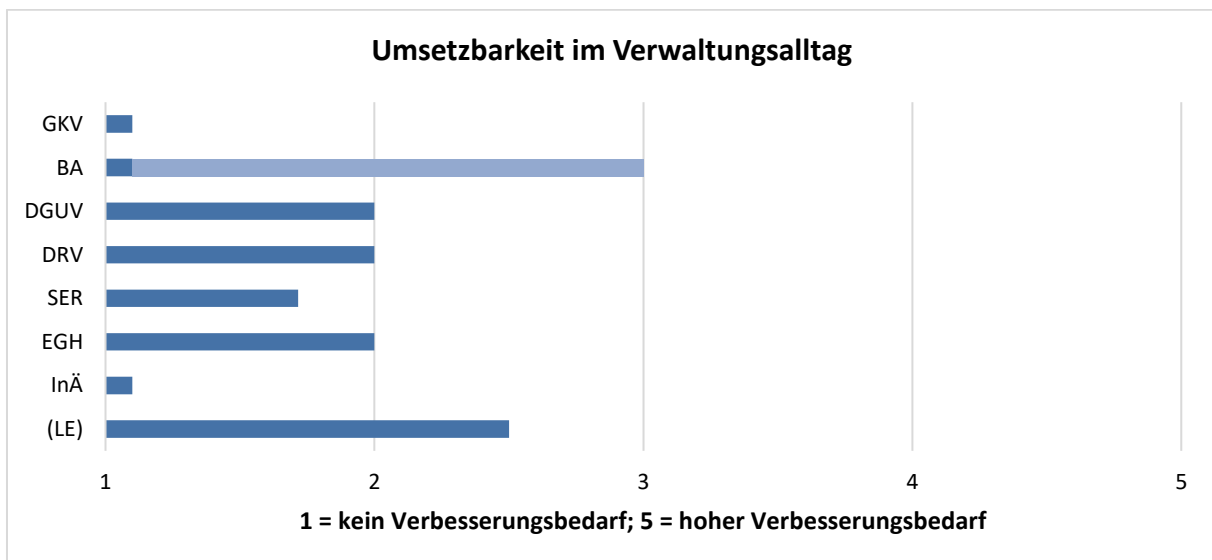
Die **DEGEMED** weist darauf hin, dass Neuregelungen (nach Inkrafttreten der aktuellen GE-Fassung) zu public reporting von einrichtungsbezogenen Qualitätsdaten in § 15 SGB VI und § 137 d SGB V in der GE nachvollzogen werden müssten. Der **FV Sucht** regt an, teilweise "einfachere, leichte Sprache" zu nutzen.

#### 5.2.1.e.: Geeignete Vereinbarungen zur Zusammenarbeit bei Umsetzung des Gesetzes



Dem **FV Sucht** zufolge scheinen die Vereinbarungen zwar geeignet, müssten jedoch auch praktiziert werden.

#### 5.2.1.f.: Umsetzbarkeit im Verwaltungsalltag



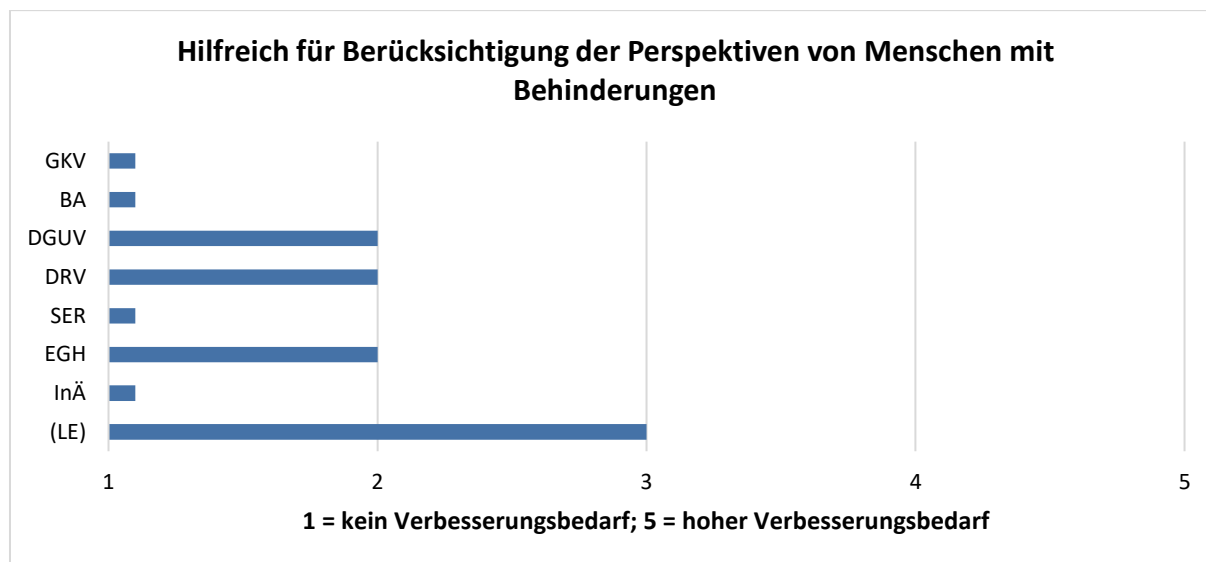
Für die **DRV Bund** ist eine Verbesserung der Kommunikation der QS-Ergebnisse unter den Leistungsträgern wünschenswert. Zudem sollte klargestellt werden, dass Leistungserbringer an einem QS-Verfahren teilnehmen müssen, aber an mehreren QS-Verfahren teilnehmen können.

Laut **DGUV** erfolgen die Aktivitäten zur Koordination und Umsetzung von QS generell auf Spitzenverbandsebene und eher selten auf Ebene der einzelnen Träger.

Der **KOF-Träger NI** weist auf einen hohen Aufwand hin.

Der **FV Sucht** unterstreicht, dass gerade in der Phase der Umsetzung neuer Gesetze (Digitales Rentengesetz, IPReG) nicht nur eine gegenseitige Anerkennung der Systeme erfolgen müsse, die Erhebungsinstrumente und die zu erhebenden Inhalte sollten auch abgestimmt sein.

### 5.2.1.g.: Hilfreich für Berücksichtigung der Perspektive von Menschen mit Behinderungen



Gesonderte Hinweise: BA: Mittelwert 1,3; Minimum 1, Maximum 2;

Die **BA** gibt an, QM führe häufig zu hohem Dokumentationsaufwand, durch den dann Zeit für die Arbeit mit den Menschen mit Behinderungen verloren gehe.

Laut Mitteilung der **DGUV** sollte die Möglichkeit der Art und Weise der Einbindung von Menschen mit Behinderungen in die QS-Entwicklung weiter erörtert werden.

Auch die **DEGEMD** ist der Ansicht, die Bedürfnisse dieser Personengruppe spielten bislang keine Rolle. Das solle sich schleunigst ändern.

Der **FV Sucht** führt hierzu aus, gerade bei der Erhebung der Ergebnisqualität solle adressatenspezifisch gedacht und gehandelt werden. Das beinhalte auch eine kritische Reflektion der Frage: „Was ist ein positives Ergebnis?“.

### 5.2.1.h.: Weitere Ansatzpunkte für Verbesserungen

Nach Mitteilung der **BA** solle als weiterer Punkt die „Berücksichtigung der Ergebnisse von Maßnahmeprüfungen“ in die GE aufgenommen werden.

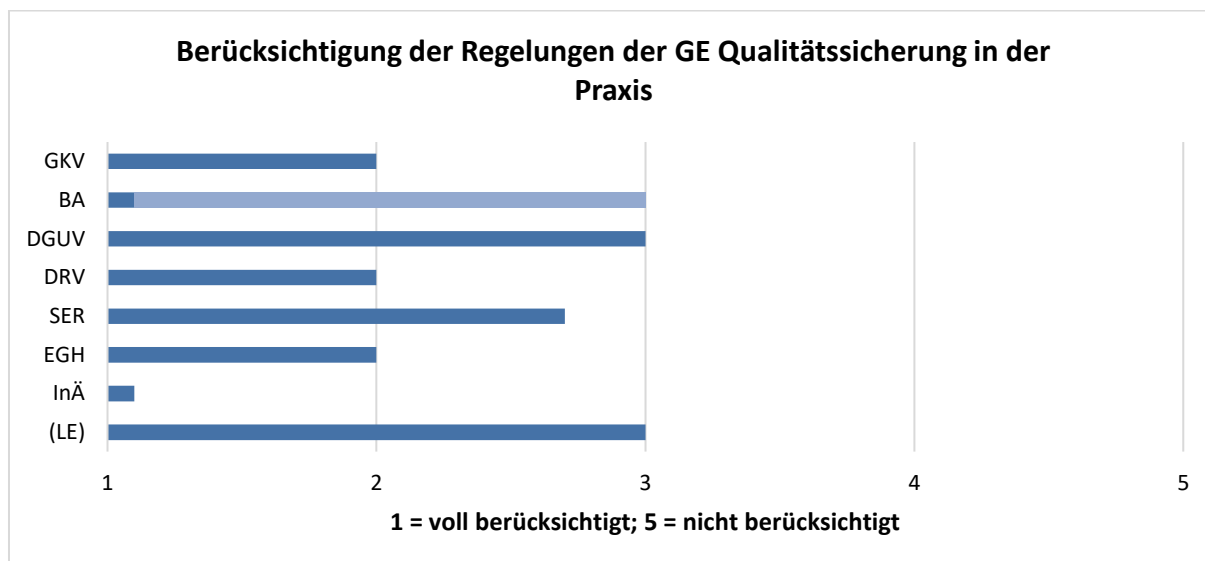
Für die **DRV Bund** ist eine Überarbeitung nach Inkrafttreten der neuen Rechtslage (ab 1.7.23) sinnvoll.

Der **SER-Träger MV** teilt mit, dies könne nicht beurteilt werden, da Qualitätskontrollen von „großen“ Reha-Trägern, wie der Deutschen Rentenversicherung und der Bundesagentur für Arbeit durchgeführt würden.

Laut dem **FV Sucht** bestehen keine weiteren Ansatzpunkte für Verbesserungen.

## 5.2.2. Wie bewerten Sie die Umsetzung dieser GE?

### 5.2.2.a.: Berücksichtigung der Regelungen in der Praxis



Die Angaben deuten darauf hin, dass bei dieser GE Herausforderungen bei der Umsetzung in der Praxis bestehen. Lediglich aus dem Bereich der **InÄ** wird insoweit kein Verbesserungsbedarf, ansonsten mehrheitlich moderater Verbesserungsbedarf gesehen.

### 5.2.2.b.: Besonders wichtige Regelungsgegenstände

Aus Sicht der **GKV** ist die Betonung der gemeinsamen partnerschaftlichen Zusammenarbeit aller Akteure zum Wohl der Rehabilitand:innen von Bedeutung. Des Weiteren schaffe die GE die Rahmenbedingungen in der Versorgung sowie eine Vertrauensbasis und einheitliche Begrifflichkeiten im Bereich der Qualitätssicherung für die Akteure. Des Weiteren seien §§ 4 (interne und externe Qualitätssicherung) und 17 (vergleichende Qualitätsanalysen) sowie die Dimensionen und Qualitätsmerkmale der externen Qualitätssicherung hervorzuheben.

Für die **BA** sind wichtig:

- Sicherung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität (§§ 13 bis 15) und deren konkrete Untersetzung (Orientierungsrahmen, wie Qualität gemessen werden kann)
- Bewertung aus Sicht der Leistungsberechtigten (§ 6)
- Austausch zwischen Reha-Träger und Leistungserbringer (§ 7)
- Barrierefreiheit (§ 19)

Ergänzend wird darauf hingewiesen, dass die Definitionen der Standards die Basis böten für interne Weisungen und Konzepte, die für die Qualitätssicherung zum Einsatz kommen.

Die **DGUV** teilt mit, von grundsätzlicher Bedeutung sei eine gute Zusammenarbeit der Reha-Träger. Die Unfallversicherungsträger wünschten eine weitere Verbesserung im Bereich der Ergebnisqualität (§ 15) i.S.e. guten Erhebungs-Mix.

Der **KOF-Träger NI** benennt §§ 6 (Bewertung aus Sicht der Leistungsberechtigten) und 7 (Zusammenarbeit mit Leistungserbringern) als besonders wichtige Regelungsgegenstände; letzterer Punkt wird auch vom **SER-Träger ST** angegeben.

Die **BAGüS** teilt mit, die GE habe für die Mitglieder der BAGüS nur eine geringe praktische Relevanz.

Für **DEGEMED** und **FV Sucht** ist die Abstimmung der Leistungsträger untereinander zentral. Anknüpfungspunkte hierfür seien z.B. § 7 und § 20. Die **DEGEMED** führt weiter aus, der Austausch der Reha-Träger (vor allem DRV und GKV) über Harmonisierung der Verfahren der externen QS sei dringend erforderlich und solle in der GE als Forderung (mit einem konkreten Zeitziel) formuliert werden.

---

### **5.2.2.c.: Schwierigkeiten bei der Umsetzung**

Nach Angaben der **GKV** gibt es grundsätzlich keine Schwierigkeiten, da die trägerübergreifenden Regelungen der GE zwischen den jeweiligen Reha-Trägern und den Leistungserbringern konkretisiert würden und sich somit in den verschiedenen QS Verfahren widerspiegeln.

Die **BA** benennt folgende Herausforderungen:

- Trägerzertifizierungen und Konzepte entsprächen oft hohen Qualitätsstandards. Bei der Umsetzung der Maßnahmen bestehe die Herausforderung, dass diese nur bedingt an die Mitarbeitenden der Leistungserbringer kommuniziert würden bzw. durch Personalfluktuationsverluste ein Wissensverlust entstehe.
- Nicht alle Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation verfügten über ein Qualitäts- und Leistungshandbuch. Dies sei jedoch Voraussetzung für die Umsetzung von qualitätssichernden Maßnahmen und ermögliche erst eine Nachhaltung von Qualitätsstandards und eine Vergleichbarkeit der Ergebnisse.
- Um die Qualitätssicherung wie beschrieben durchführen zu können, sei ein enger Kontakt zwischen Maßnahmebetreuer und Maßnahmeträger erforderlich. Dieser sei aufgrund der engen zeitlichen und personellen Ressourcen oft nur eingeschränkt möglich.
- Schwierigkeiten betreffend die Zusammenarbeit ergäben sich bei Beendigung einer Leistung zur Teilhabe und der Notwendigkeit einer weiteren Leistung einer anderen Leistungsgruppe.
- Pandemiebedingt stoße das Gesamtsystem „Qualitätssicherung“ an Grenzen (z. B. keine Vor-Ort-Prüfungen möglich).

Die **DGUV** teilt mit, es bestünden keine relevanten Schwierigkeiten.

**DEGEMED** und **FV Sucht** verweisen auf die Angaben zur Frage 5.2.2.b).

### **5.2.3. Schwerpunktfragen**

#### **5.2.3.1. Inwieweit tragen die Regelungen der GE dazu bei, eine mehrfache Durchführung von Qualitätssicherungsverfahren bei ein und demselben Leistungserbringer zu reduzieren (§ 7)?**

Die **GKV** teilt mit, sie stimme sich hinsichtlich der zur Teilnahme am QS-Reha®-Verfahren verpflichteten Einrichtungen mit der DRV ab und wende das mit der DRV vereinbarte Hauptbelegerprinzip an. In Einzelfällen nähmen Einrichtungen auf eigenen Wunsch an beiden Verfahren teil.

Die **BA** gibt an:

- Oftmals erfolgten rehaträgerübergreifende Abstimmungen bei Nutzung der gleichen Angebote eines Leistungserbringers. In diesen Fällen bildeten die Regelungen der GE die Grundlage für gemeinsame Formate der Qualitätsprüfung und -sicherung, z. B. gemeinsame Qualitätsgespräche und Visitationen. Dies reduziere die Aufwände für alle handelnden Akteure. Dennoch müssten die betroffenen Rehabilitationsträger die Qualität für sich selbst nachhalten und dokumentieren.



- Mehrfachprüfungen der unterschiedlichen Reha-Träger seien trotzdem nicht immer zu vermeiden. In der Praxis bestünden weiterhin unterschiedliche Qualitätssicherungssysteme der einzelnen Rehabilitationsträger. Durch die unterschiedlichen gesetzlichen Aufträge und geschäftspolitischen Ausrichtungen der einzelnen Rehabilitationsträger seien die Qualitätssicherungsanforderungen an die Leistungserbringer nicht vollständig harmonisierbar.

Aus Sicht der **DRV Bund** lasse sich dies nicht beurteilen. Die mehrfache Durchführung würde bereits reduziert, hierfür könne aber auch die Information seitens der Leistungsträger ursächlich sein. Mit der neuen Rechtslage ab 1.7.23 werde der Sachverhalt zusätzlich seitens der DRV transparent gemacht.

Laut **DGUV** werden die Vorgaben aus der GE zur Durchführung der QS durch den jeweiligen Hauptbeleger der Fachabteilung eingehalten.

Nach Mitteilung der **DEGEMED** werden dort entsprechende Wirkungen der GE kaum gesehen. Der **FV Sucht** berichtet, nach und nach würden die Ressourcen besser genutzt. Die Regelungen der GE hätten sicher dazu beigetragen.

---

### **5.2.3.2. Wie wirken sich die zuletzt 2018 erweiterten Regelungen der GE zur Barrierefreiheit (§ 16 bzw. § 19) in der Praxis aus?**

Nach Angaben der **GKV** ist Barrierefreiheit ein zentraler Baustein in der Zulassung und Qualitätssicherung von Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen. Die Barrierefreiheit verbessere sich kontinuierlich.

Die **BA** berichtet:

- Die Regelungen vervollständigten den Begriff der Barrierefreiheit und verorteten die Zuständigkeiten für die Herstellung der Barrierefreiheit. Die erweiterten Regelungen seien aus Sicht der Menschen mit Behinderungen sinnvoll und notwendig.
- Die Barrierefreiheit spiele im Rahmen der Qualitätssicherung eine zunehmend größere Rolle. Die Reha-Träger setzten sich zunehmend eigeninitiativ mit dem Thema auseinander (z. B. Erstellung Flyer, Webauftritt oder Unterlagen in leichter Sprache). Die zunehmende Digitalisierung, z. B. in Form der Videoberatung, ermögliche einen erleichterten Zugang zum Dienstleistungsangebot der BA, bspw. bei Beeinträchtigung in der Mobilität.
- Neben der erfreulichen Sensibilisierung durch die GE stelle die Barrierefreiheit für die Einrichtungen auch zunehmend eine Herausforderung dar (z. B. Assistenzhunde in Hygienebereichen oder optische Signale an Praktikumsarbeitsplätzen für Gehörlose).
- Trotz der erkennbaren Weiterentwicklung, gelte es weiterhin an der Erweiterung der Barrierefreiheit zu arbeiten.

Aus Sicht der **DRV Bund** wurden die Vorgaben in der Praxis bereits zuvor und werden weiterhin weitgehend umgesetzt. Grenzen werden mit Blick auf wohnortnahe Angebote für spezielle Behinderungen sowie mit Blick auf die Umsetzbarkeit der Barrierefreiheit in kleinen Einrichtungen gesehen.

Die **DGUV** teilt mit, ein Träger habe berichtet, dass im Bereich der ambulanten medizinischen Einrichtungen vermehrt auf Barrierefreiheit geachtet würde.

Weder **DEGEMED** noch **FV Sucht** liegen den jeweiligen Angaben zufolge hierzu Erkenntnisse vor.

### 5.2.3.3. Welche für die Regelungen der GE (§§ 11, 15) bedeutsamen Entwicklungen im Bereich der Dokumentation von Ergebnisqualität in der Rehabilitation sind seit 2018 eingetreten, z.B. im Bereich der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben?

Die **GKV** berichtet, sie habe erstmalig für den Bereich Geriatrie erfolgreich ein Verfahren entwickelt und durchgeführt, bei dem die Ergebnisqualität anhand der Erreichung von im Arzt-Patientengespräch gemeinsam festgelegten individuellen Rehabilitationszielen gemessen werde.

Die **BA** teilt mit:

- Der Rehabilitand werde stärker in den Mittelpunkt gestellt, so dass sich eine Verbesserung der Ergebnisqualität ergebe.
- Die BA habe interne Verfahren zur Erhöhung der Qualitätssicherung entwickelt. Zum einen sei mit dem Trägermanagement ein standardisiertes Qualitätssicherungsverfahren (basierend auf hard facts und soft facts) für die Leistungserbringer eingeführt worden. Dies führe zu einer einheitlichen Dokumentation und einer besseren Vergleichbarkeit der Leistungen in Folge einer objektiven Betrachtung der Leistungserbringer. Diese Ergebnisse würden für die Beurteilung herangezogen, ob diese Maßnahmen/Leistungen zielführend durchgeführt würden und wiederbeschafft bzw. weiter belegt werden sollten. Zum anderen seien Verfahren zur Qualitätssicherung der internen Prozesse eingeführt worden.
- Des Weiteren werde die Ergebnisqualität gestärkt durch
  - das Vorhalten von Qualitäts- und Leistungshandbüchern bei einem Großteil der Einrichtungen
  - individuelle Leistungs- und Verhaltensbeurteilungen in einem standardisierten Format,
  - Absolventenmanagement bzw. Absolventenmonitoring
  - eine Verbleibsbetrachtung der Maßnahmeabsolventen sowohl durch die Leistungserbringer als auch durch den Reha-Träger
  - Auswertung des Teilhabeverfahrensberichts nach § 41 SGB IX

Die **DRV Bund** berichtet, die Ergebnisqualität werde, wie alle anderen Qualitätsdimensionen, in der externen QS fortlaufend weiterentwickelt. Auf dem Gebiet der medizinischen Rehabilitation seien bspw. die Adjustierung der Rehabilitandenbefragung im Zuge eines Projekts weiterentwickelt und zwei wissenschaftliche Projekte zur Verbesserung der Ergebnisqualitätsmessung etabliert worden, die auf sog. PROMs abstellten. Mit Blick auf LTA habe die DRV ein verstärktes Augenmaß auf die Nachbetreuung der Teilnehmer und deren Integration gelegt und entsprechende Konzepte und Dokumentationen von den Einrichtungen verlangt. Zudem seien trägerübergreifende Anforderungen an die LTA-Einrichtungen abgestimmt worden, die auch QS-Aspekte einschlossen.

Die **DGUV** berichtet, im Bereich der Unfallversicherung erfolgten vielfältige Aktivitäten zur Sicherung und Dokumentation der Ergebnisqualität der medizinischen Rehabilitation, unabhängig von der GE. Zum LTA-Bereich wird mitgeteilt, diese GE befasse sich im Schwerpunkt mit Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation. Das solle auch deutlicher hervorgehoben werden. Näheres (auch im Hinblick auf QS) zu LTA regelten die GE: „Einrichtungen nach § 51 SGB IX; „IFD“, „Unterstützte Beschäftigung“ u.a. Zudem gelte für BFW noch der Rahmenvertrag von 1991. Darüber hinaus werde derzeit trägerübergreifend an einem gemeinsamen QS-Handbuch mit den BFW gearbeitet.

Nach Angaben der **DEGEMED** seien entsprechende Entwicklungen im Bereich der medizinischen Reha nicht bekannt. Der **FV Sucht** weist darauf hin, dass Erhebungsinstrumente angepasst worden seien (Fragestellungen in der Katamnese).

---

#### **5.2.3.4. Welche Entwicklungen sind seit 2018 bei trägerübergreifenden Abstimmungen zur Evaluierung und Weiterentwicklung der Qualitätssicherung in der Rehabilitation (§ 20) eingetreten?**

Nach Angaben der **GKV** besteht seit Jahren ein kontinuierlicher Austausch zwischen der DRV und der GKV zur trägerübergreifenden Weiterentwicklung im Bereich der medizinischen Rehabilitation, in dem auch – unter Beachtung der gesetzlichen und systemischen Gegebenheiten – Möglichkeiten der Vereinheitlichung der QS-Verfahren diskutiert würden.

Die **BA** führt aus, die GE gebe eine Orientierung für eine trägerübergreifende Abstimmung (sowohl auf zentraler als auch auf regionaler Ebene). In der Praxis werde der vorgegebene Rahmen genutzt. Trägerübergreifende Evaluation erfolge in diesen Abstimmungsgesprächen und in gezielten Qualitätsgesprächen mit den Einrichtungen.

Die **DRV Bund** berichtet, alle QS-Instrumente und -Verfahren würden in der externen QS fortlaufend weiterentwickelt. Zuletzt seien neben den o. g. Weiterentwicklungen der Rehabilitationenbefragung bspw. ein Projekt zur Adjustierung des Sozialmedizinischen Verlaufs durchgeführt, das Peer Review auf ein elektronisches Verfahren umgestellt, die Strukturanforderungen für die med. Rehabilitation überarbeitet und eine Leistungsklassifikation für die berufliche Rehabilitation eingeführt worden. Zu allen Aktivitäten bestehe ein rv-trägerübergreifender Austausch bspw. in der Expertengruppe Qualitätssicherung der DRV Bund, ein reha-trägerübergreifender Austausch (mit GKV-SpV, DGUV, Bundesagentur für Arbeit usw.) – auch unter Einbezug der Leistungserbringer.

Die **DGUV** berichtet, dass es auf regionaler Ebene z.B. Netzwerkbildung mit den RV-Trägern gegeben habe. Ein UV-Träger habe ein eigenes QS-Verfahren in der med. Reha zur vergleichenden Qualitätsanalyse entwickelt und erprobt. Es werde innerhalb der DGUV eine UV-weite Anwendung diskutiert.

Der **DEGEMED** sind entsprechende Entwicklungen nicht bekannt. Der **FV Sucht** weist nachdrücklich darauf hin, dass eine gegenseitige Anerkennung der Systeme KV und RV festgeschrieben worden sei – eine Abstimmung der Systeme stehe jedoch noch aus.

---

#### **5.2.3.5. Welche Entwicklungen bzw. Potenziale sehen Sie in Bezug auf eine stärkere Digitalisierung in der trägerübergreifenden Qualitätssicherung?**

Die **GKV** weist darauf hin, dass DRV und GKV den gesetzlichen Auftrag erhalten hätten, QS-Vergleichsportale zu entwickeln, auf denen Versicherte sich über die Qualität von Rehabilitationseinrichtungen informieren könnten. Perspektivisch sei eine Zusammenführung dieser zukünftig zur Verfügung stehenden Informationen wünschenswert.

Die **BA** berichtet:

- In der Digitalisierung lägen hohe Potenziale für eine Kommunikation und Vernetzung in Echtzeit und für einen Datenaustausch zwischen Rehabilitations- und Leistungsträgern. Voraussetzung hierfür sei eine gemeinsame IT-Struktur und die Klärung datenschutzrechtlicher Fragen.
- Ziel solle eine vollständige Digitalisierung der trägerübergreifenden Qualitätssicherung unter Berücksichtigung der jeweiligen Spezifika der Rehabilitationsträger sein. Das Rehabilitationsverfahren könne dadurch weiter beschleunigt werden. Die Ergebnisse der Qualitätssicherung wären für alle Träger in gleicher Weise und schnell verfügbar. Dies würde

auch zu einer erhöhten Transparenz führen und damit auch zur Möglichkeit, schneller sowohl auf positive wie auch negative Ergebnisse reagieren zu können.

Nach Angaben der **DRV Bund** wurde und wird die Digitalisierung seit Jahren vorangetrieben. Die Umstellung der vorhandenen Prozesse sei allerdings u. a. mit Blick auf vielfältige Schnittstellen aufwändig und komplex. Im Zuge der Digitalisierung müssten auch die Prozesse modernisiert und verschlankt sowie Barrieren abgebaut werden. Aspekte des Datenschutzes seien zu berücksichtigen.

Seitens der **DGUV** wird Digitalisierung auch in diesem Kontext grundsätzlich positiv eingeschätzt. Dies setze zunächst gemeinsam abgestimmte Verfahren und Datenerhebungen voraus. Informationen über Ergebnisse externer QS in Bezug auf med. Reha-Einrichtungen sollten über eine webbasierte Datenbank zur Verfügung stehen. Digitale Angebote (Tele-Angebote, DiGA u.a.) sollten mit ihren Möglichkeiten und Grenzen regelhaft aufgenommen und beschrieben werden. In Bezug auf LTA gebe es sehr heterogene Leistungserbringer-Strukturen. Aber auch hier seien digitale Angebote und Verfahren wichtig. Auf Besonderheiten im Bereich wird unter Bezug auf Schwerpunktfrage 3 hingewiesen.

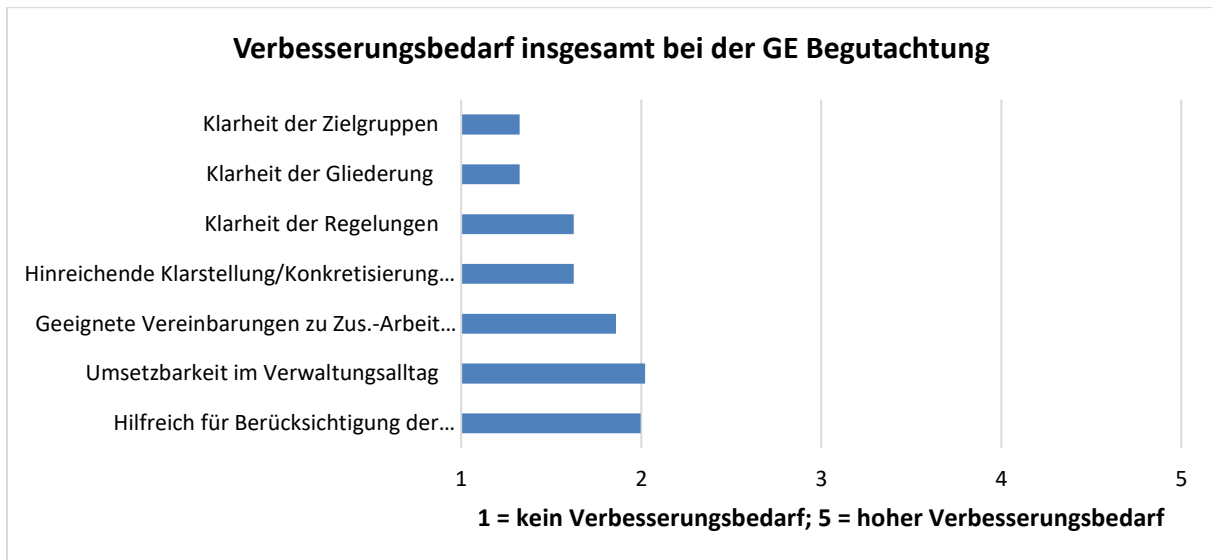
Aus Sicht des **KOF-Trägers SN** könne das Angebot einer verstärkten Digitalisierung allgemein – behördenübergreifend – generell befürwortet werden.

Die **DEGEMED** sieht hier einen Ansatzpunkt für eine als wünschenswert bezeichnete trägerübergreifende Harmonisierung oder sogar eine einheitliche QS durch nur noch einen einzigen beauftragten Träger. Der **FV Sucht** führt aus, dass hier das Entwicklungspotential „gewaltig“ sei. Über digitale Wege könnten mehr und bisher nicht erreichte Rehabilitand:innen erreicht werden, Prozesse gebündelt und Aussagen differenzierter getroffen werden.

## 6. Kompakte Berichte zu Erfahrungen mit den Gemeinsamen Empfehlungen

### 6.1. Gemeinsame Empfehlung „Begutachtung“ nach § 26 Abs. 1 i.V.m. § 25 Abs. 1 Nr. 4 SGB IX

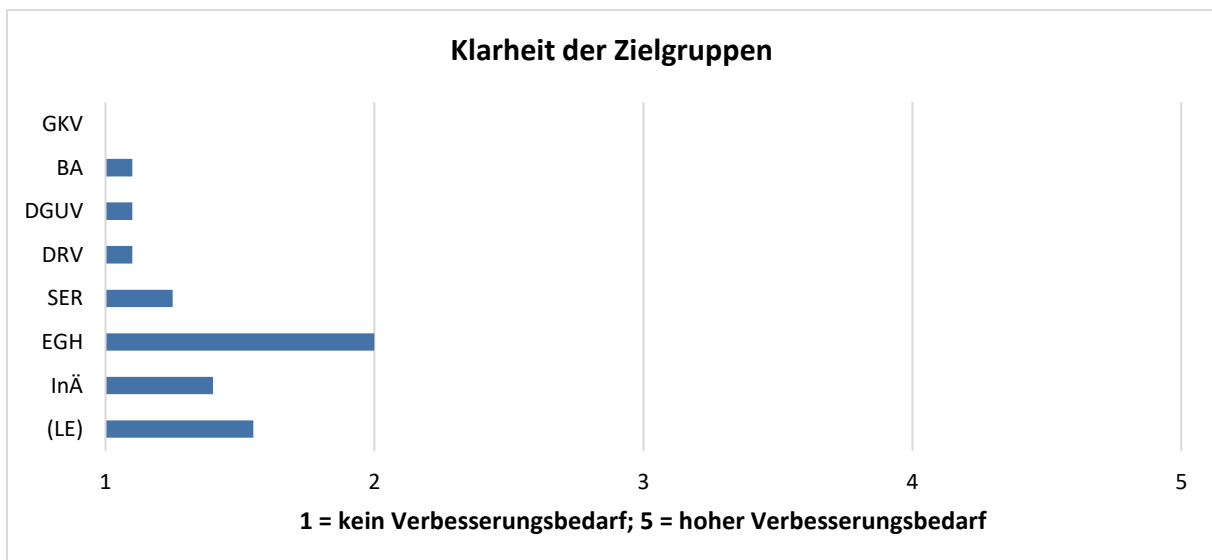
#### Überblick:



Hinweis: Die GE wird derzeit überarbeitet. Zum Zeitpunkt der Berichtslegung laufen die Beratungen der Fachgruppe.

#### 6.1.1. Wo sehen Sie Verbesserungsbedarf bei den Inhalten dieser GE und welchen?

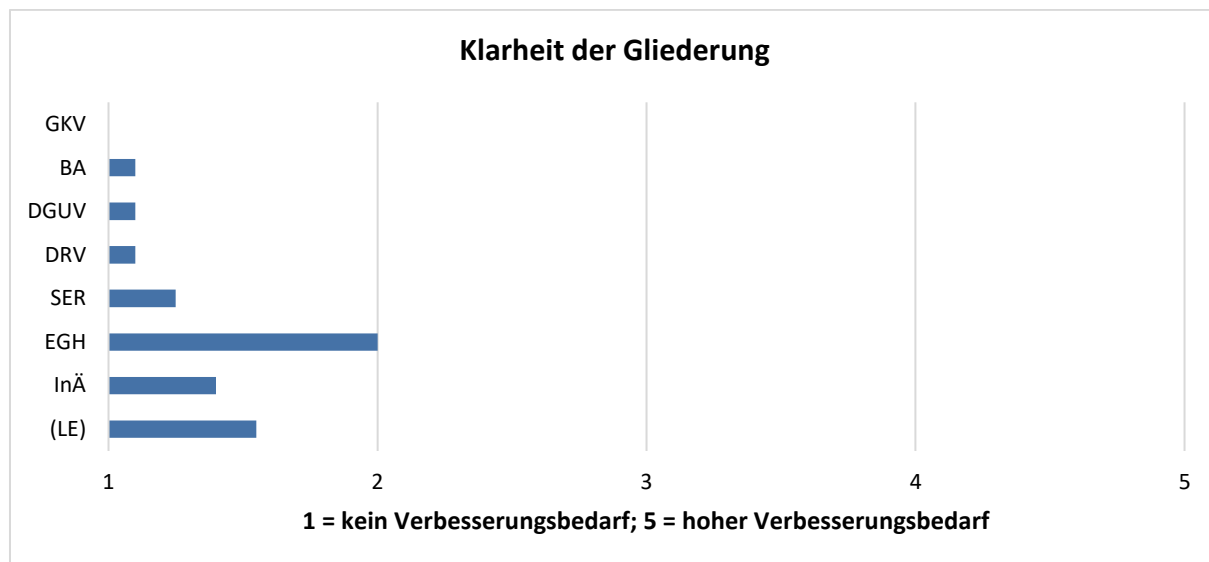
##### 6.1.1.a.: Klarheit der Zielgruppen



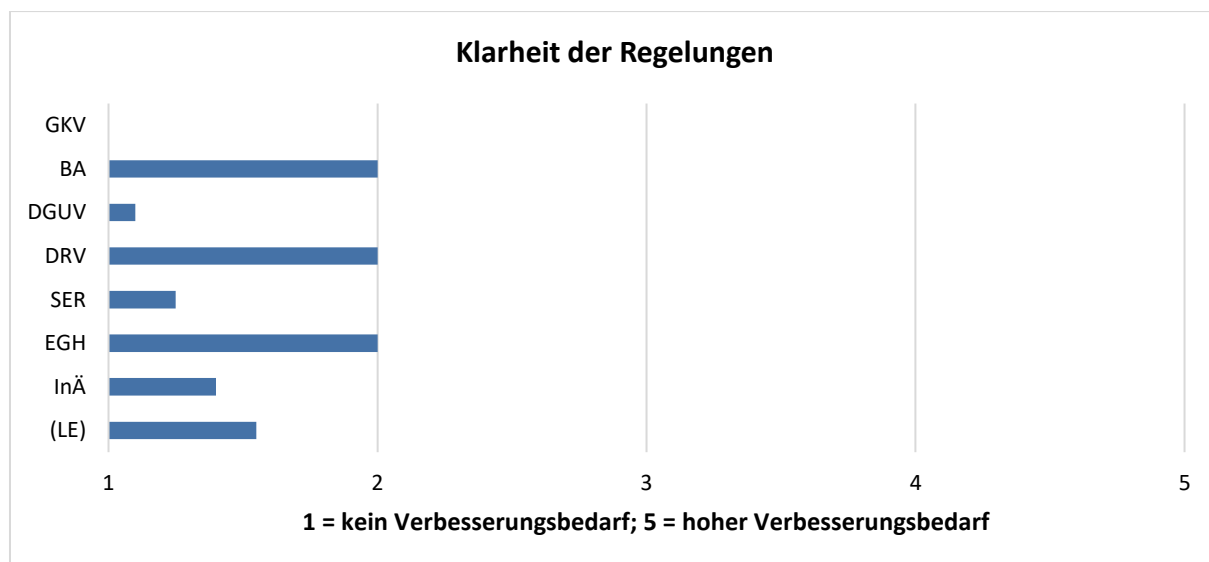
Die **GKV** weist darauf hin, dass die GE aktuell überarbeitet werde und Änderungsbedarfe in die Beratungen einfließen.

Die **BA** teilt mit, dass die Rolle der psychologischen Sachverständigen gleichberechtigt zu der der ärztlichen Sachverständigen dargestellt werden sollte.

### 6.1.1.b.: Klarheit der Gliederung



### 6.1.1.c.: Klarheit der Regelungen

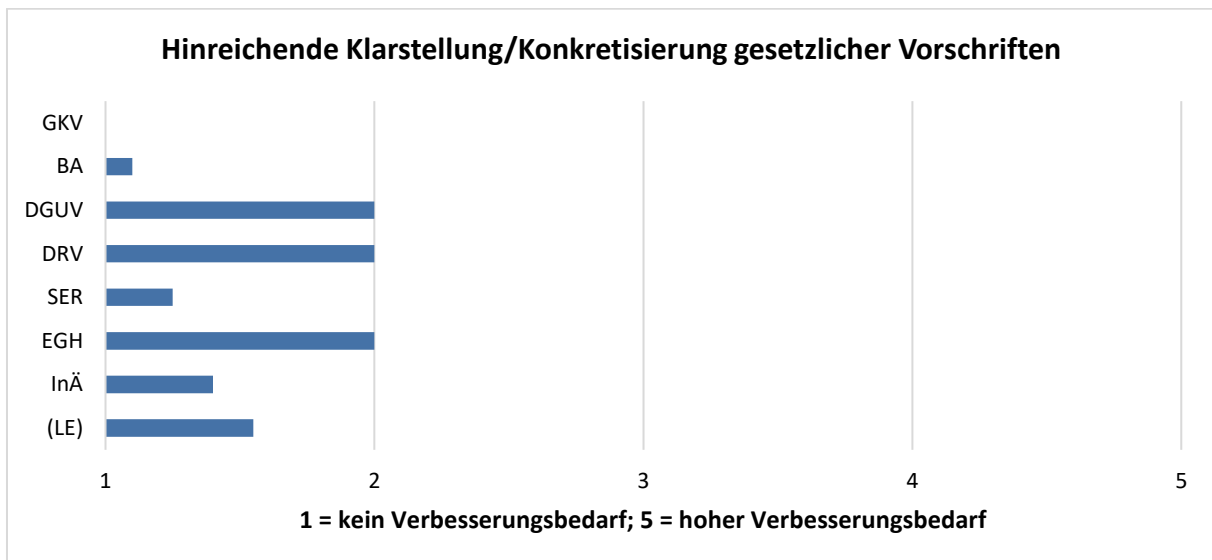


Gesonderte Hinweise: **BA:** Mittelwert 1,6; Minimum 1, Maximum 3;

Die **BA** teilt mit, in § 4 GE „Gliederung und Anforderungsprofil des Gutachtens“ würden unter Absatz 3 die Anforderungen an den Umfang und die Inhalte des Untersuchungsbefundes dargestellt. Je nach Leistungsträger und je nach Fragestellung sei ein derartiger Umfang einer Untersuchung nicht unbedingt erforderlich. Unter Berücksichtigung der dokumentierten Anamnese, der vorliegenden Befunde und der Schilderung der Einschränkungen der zu Untersuchenden solle der Untersuchungsumfang entsprechend angepasst werden. Weiterhin zu berücksichtigen sei die tatsächliche Zielrichtung der Teilhabeleistung (z. B. LTA), deren

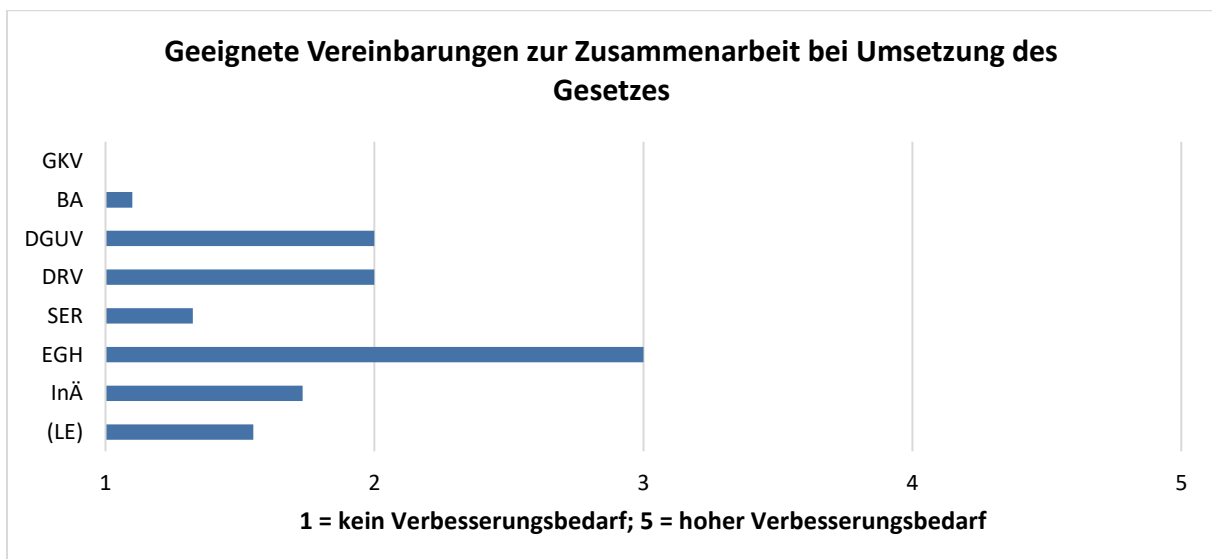
Notwendigkeit durch das Gutachten beurteilt werden soll. Eine Klarstellung hierzu sei hilfreich. Gemäß § 2 GE sei je nach Konstellation und Fragestellung auch eine Begutachtung nach Aktenlage möglich. Darauf werde in § 4 GE nicht mehr Bezug genommen. Je nach Beeinträchtigung sei es nicht erforderlich, eigene Untersuchungsbefunde zu erheben (§ 4 Abs. 2 GE) und könnte u. U. eine belastende Doppeluntersuchung vermieden werden.

#### 6.1.1.d.: Hinreichende Klarstellung/Konkretisierung gesetzlicher Vorschriften



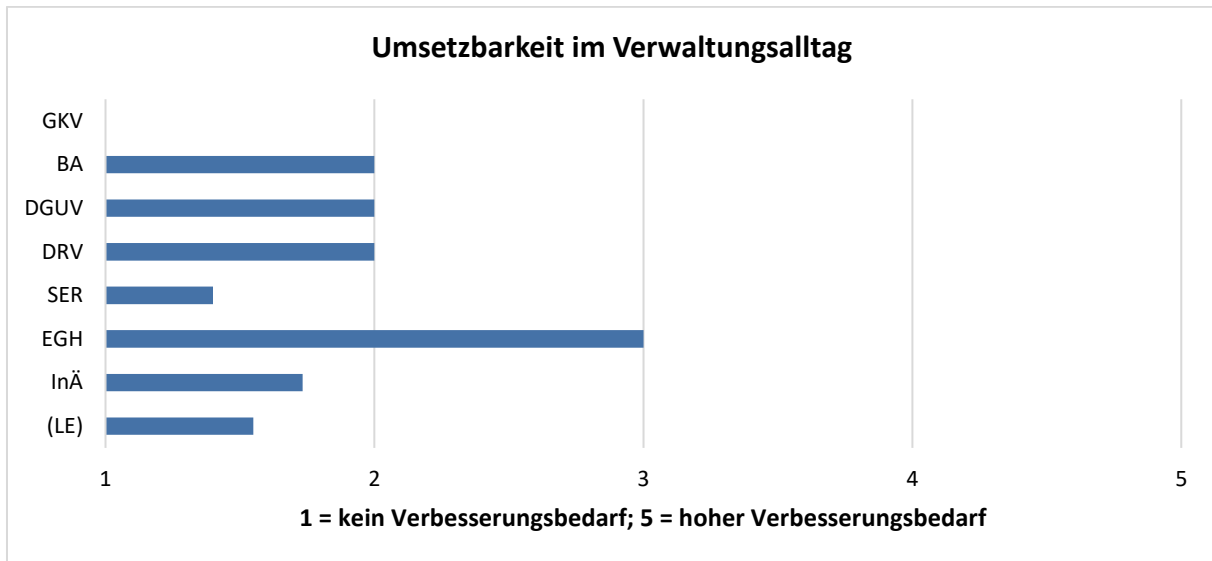
Die **DGUV** weist darauf hin, gesetzliche Vorschriften würden kurz benannt. Erläuterungen über die konkreten Auswirkungen auf die Empfehlung fehlten.

#### 6.1.1.e.: Geeignete Vereinbarungen zur Zusammenarbeit bei Umsetzung des Gesetzes



Aus Sicht der **DGUV** sollte der BTHG-Bezug hinsichtlich der umfassenden Bedarfsfeststellung klargestellt werden (ggf. Verweis auf die BAR-Ausgabe „BTHG Kompakt“ aus 2021).

### 6.1.1.f.: Umsetzbarkeit im Verwaltungsalltag

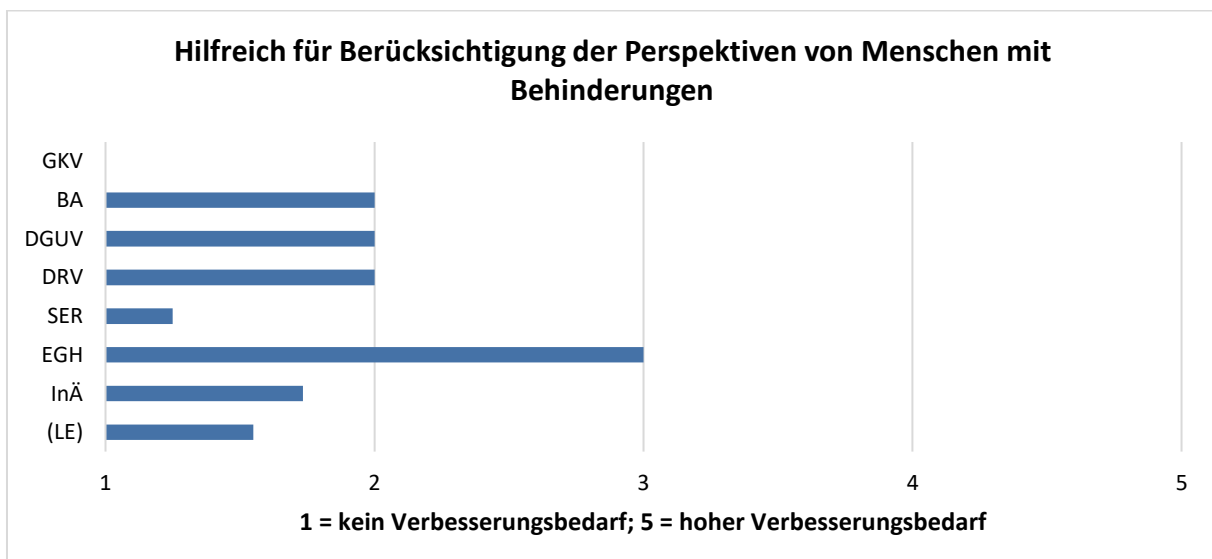


Gesonderte Hinweise: BA: Mittelwert 1,8; Minimum 1, Maximum 3;

Die Umsetzbarkeit stößt laut Bericht der **BA** auf Grenzen, wenn im Hinblick auf die Zielrichtung der Teilhabeleistungen nichtsdestotrotz ein sehr umfangreiches Gutachten gemäß § 4 der GE „Begutachtung“ gefordert sei. Die Beantwortung der Frage des Auftraggebers des Gutachtens solle Basis für den Inhalt des Gutachtens sein.

**Der KOF-Träger NW (LVR)** weist darauf hin, dass die MA der KOF selber keine Begutachtungen vornehmen, so dass diese GE keine praktische Relevanz im Arbeitsalltag der KOF habe.

### 6.1.1.g.: Berücksichtigung der Perspektive von Menschen mit Behinderungen



Gesonderte Hinweise: BA: Mittelwert 1,7; Minimum 1, Maximum 3;

Die **DGUV** regt an, sprachliche Anpassungen vorzunehmen: statt „behinderte Menschen“ „Menschen mit Behinderung“



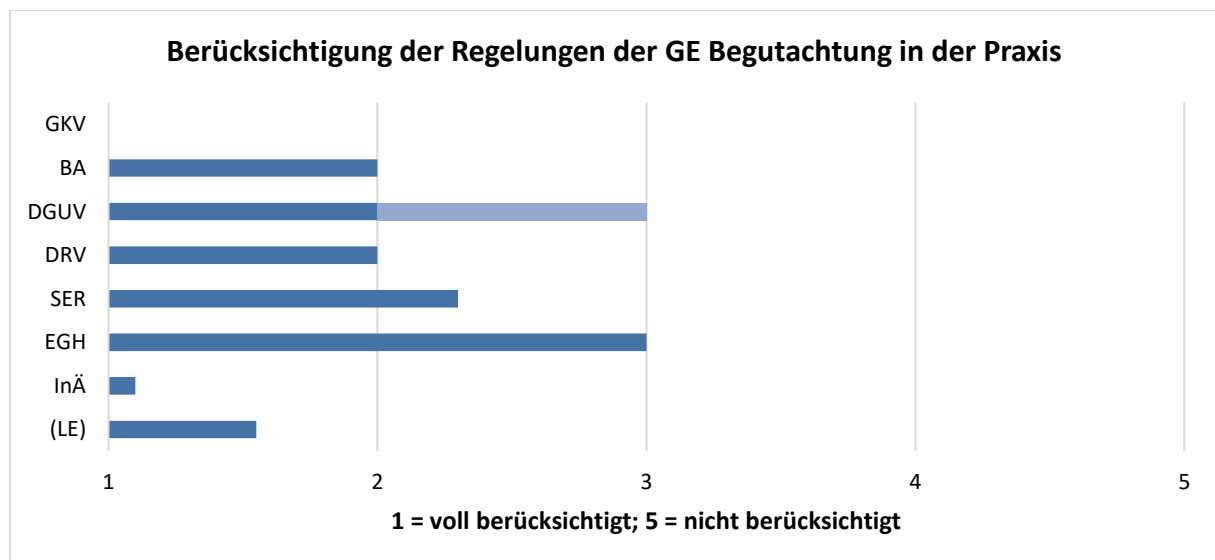
### 6.1.1.h.: Weitere Ansatzpunkte für Verbesserungen

Die **DGUV** regt an den Titel zu präzisieren, z.B.: „Sozialmedizinische Begutachtung zur Feststellung des Rehabilitations- und Teilhabebedarfs“. Des Weiteren sieht sie folgenden Verbesserungsbedarf:

- § 2 Abs.3: vor dem letzten Aufzählungspunkt neuen Punkt mit „Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse sowie des medizinisch-technischen Fortschritts“ einfügen
- § 3 Abs. 5: im Bedarfsfall eine dolmetschende Person hinzuziehen (sollte ebenfalls Erwähnung finden)
- § 4 Abs. 1b: „Erkrankungen/Unfälle“ - diese Dimension betreffe eher „Verletzung/en“
- § 4 Abs. 6, letzter Absatz: der Bezug zur Teilhabe fehle (vgl. Vorwort): es sei nur die Rehabilitation genannt

### 6.1.2. Wie bewerten Sie die Umsetzung dieser GE?

#### 6.1.2.a.: Berücksichtigung der Regelungen in der Praxis



#### 6.1.2.b.: Besonders wichtige Regelungsgegenstände

Aus Sicht der **BA** wichtig sind Inhalt und Qualität des Gutachtens, Nutzung der ICF und deren Darstellung im Anhang, Ziel des Gutachtens sowie die Beteiligung der Rehabilitand:innen.

Die **DGUV** benennt die sorgfältige Anamnese/Untersuchung (§ 4 Abs.3) und Diagnose (§ 4); Formanforderungen/Qualität gem. § 2 Abs. 3; Bedarfsermittlung (§ 2 Abs. 6); Beteiligung der betroffenen Person (§ 5).

Aus dem Bereich der **SER-Träger** teilen der **SER-Träger MV** mit, dies könne nicht beurteilt werden. Der **KOF Träger NI** weist darauf hin, die GE habe keine praktische Bedeutung für die KOF, denn die Begutachtung von LTA-Leistungen erfolge durch die Arbeitsagentur. Der **KOF-Träger NW (LWL)** merkt an, Gutachten sollten ausführlich, verständlich und nachvollziehbar sein. Der **SER-Träger SN** sieht die Einhaltung der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) i.V. mit dem bio-psycho-sozialen Modell der WHO als besonders wichtig an. Dem **KOV-Träger ST** zufolge wichtig sind die allgemeinen inhaltlichen Grundsätze für die Gutachtenerstellung.

Das **IntA NW (LWL)** benennt die Gliederung eines Gutachtens.

---

**6.1.2.c.: Schwierigkeiten bei der Umsetzung**

Die **BA** führt hierzu aus, es sei ungeklärt, unter welchen konkreten Bedingungen eine Begutachtung nach Aktenlage ausreichend sei. Eine adressatengerechtere Formulierung bezogen auf die Rehaberater:innen wäre zudem hilfreich. Bei § 4 sei zu berücksichtigen, dass nicht alle Berater:innen das vollständige Gutachten zu sehen bekämen. Es solle berücksichtigt werden, dass die Erstellung von Gutachten auf bestimmte Teilhabeziele ausgerichtet werde, eine vollumfassende Begutachtung sei in diesen Fällen nicht erforderlich. Mehrfachgutachten bei Leistungsgruppenmehrheit seien daher nicht vermeidbar. Die Weiterleitung vorhandener Gutachten unter den Rehabilitationsträgern sei noch nicht selbstverständlich, dies solle in der GE als Standard aufgenommen werden. Ein Verweis auf die „Arbeitshilfe Kontextfaktoren bei der Ermittlung von Teilhabebedarfen“ solle aufgenommen werden.

Die **DGUV** verweist auf Ihre unter Frage 6.1.1.e) dokumentierten Ausführungen.

Aus dem Bereich der **SER-Träger** merkt der **KOF-Träger MV** an, bei der Anforderung von Gutachten bestünden in der Regel längere Wartezeiten. Der **SER-Träger SN** merkt an § 17 SGB IX beinhalte die Begutachtung im Rahmen der Rehabilitationsleistungen gemäß § 5 SGB IX. Das Soziale Entschädigungsrecht (SER) arbeite in der Grundanerkennung (Versorgungsbereich) regelmäßig nach der Versorgungsmedizin-Verordnung. In den zahlenmäßig relativ geringeren Rehabilitationsfällen des SER, in denen eine Begutachtung notwendig gewesen sei, wurde sich mangels eigenem Fachpersonal an andere Rehabilitationsträger gewendet. Im Rahmen der Eingliederungshilfe finde seit 2020 die Begutachtung für Reha-Bedarf größtenteils nach dem Hilfebedarfsermittlungsinstrument des ITP Sachsen statt. Für die Erstellung wende sich der Träger der KOF (Hauptfürsorgestelle) an den Träger der Eingliederungshilfe, welcher ebenfalls „unter dem Dach“ des KSV Sachsen angesiedelt ist. Da das SER für alle Leistungsgruppen im Sinne § 5 SGB IX zuständiger Rehabilitationsträger ist, hat die Notwendigkeit der Abstimmung bei Trägermehrheit kaum Bedeutung.

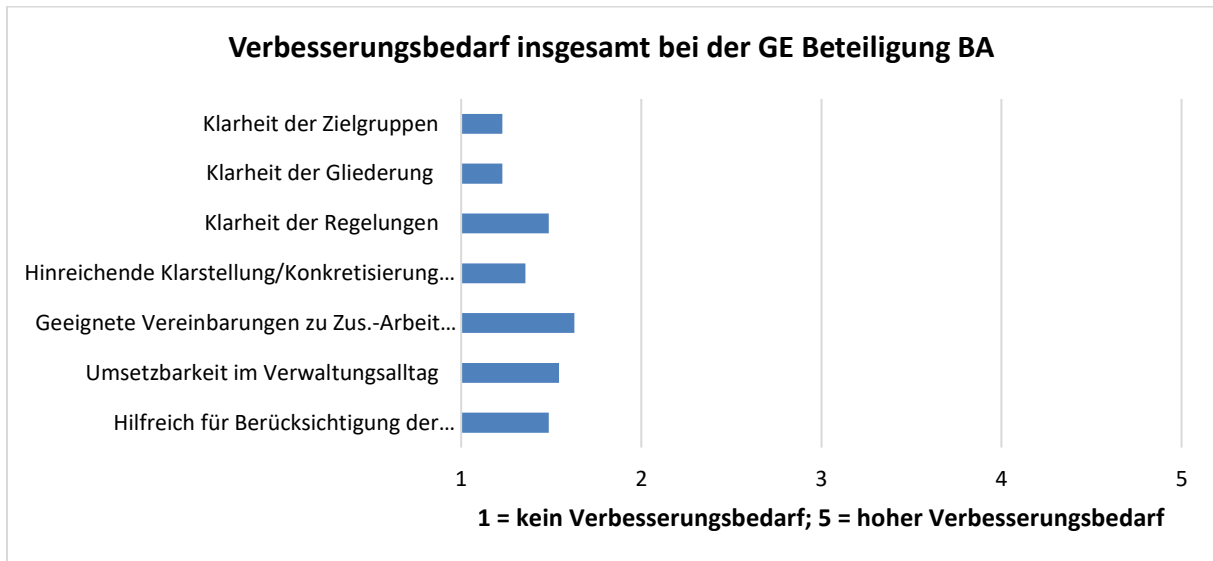
Dem **KOV-Träger ST** zufolge spielt in den tatsächlich ausgereichten Leistungen Reha eine untergeordnete Rolle. Dem **KOF-Träger NW (LWL)** zufolge ist aufgrund der sehr geringen Fallzahlen dort hierzu keine Aussage möglich.

Für die **BAGüS** stellt die Übertragung der GE auf sozialpädagogische Gutachten eine Schwierigkeit dar.

Auch das **IntA NW (LWL)** sieht eine Übertragung auf sozialpädagogische Gutachten (Fachdienstliche Stellungnahmen durch IFD) als schwierig an.

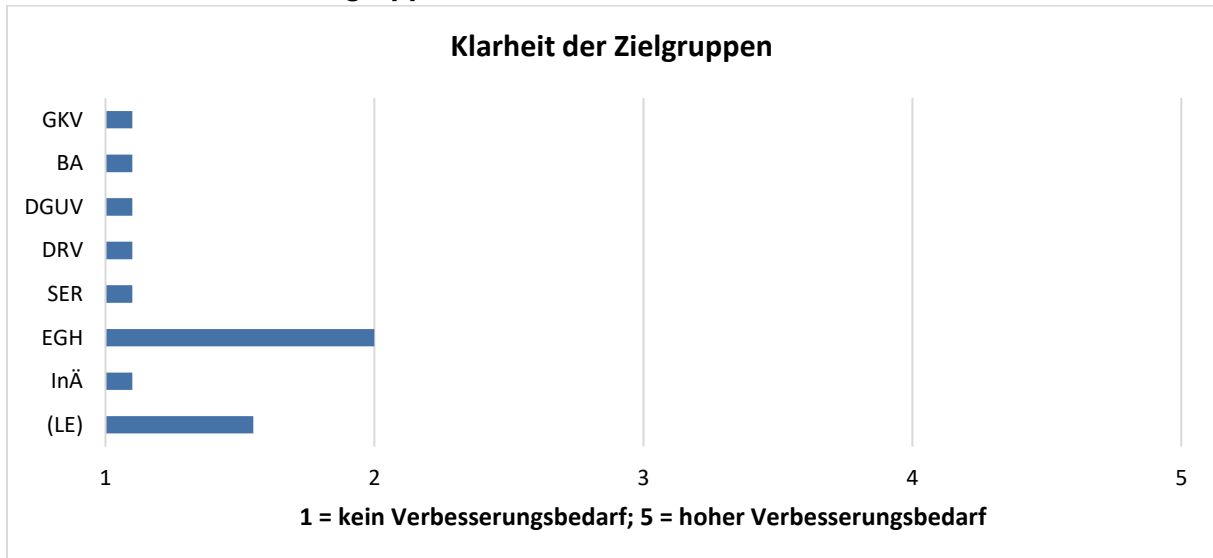
**6.2. Gemeinsame Empfehlung „Beteiligung der Bundesagentur für Arbeit“ nach § 54 SGB IX**

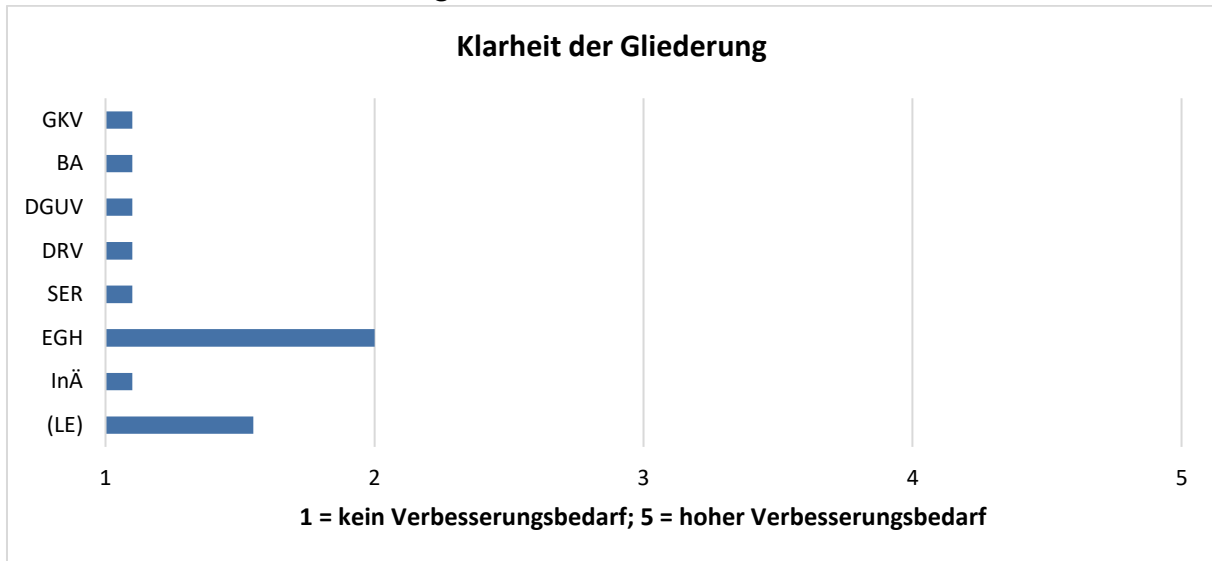
**Überblick:**



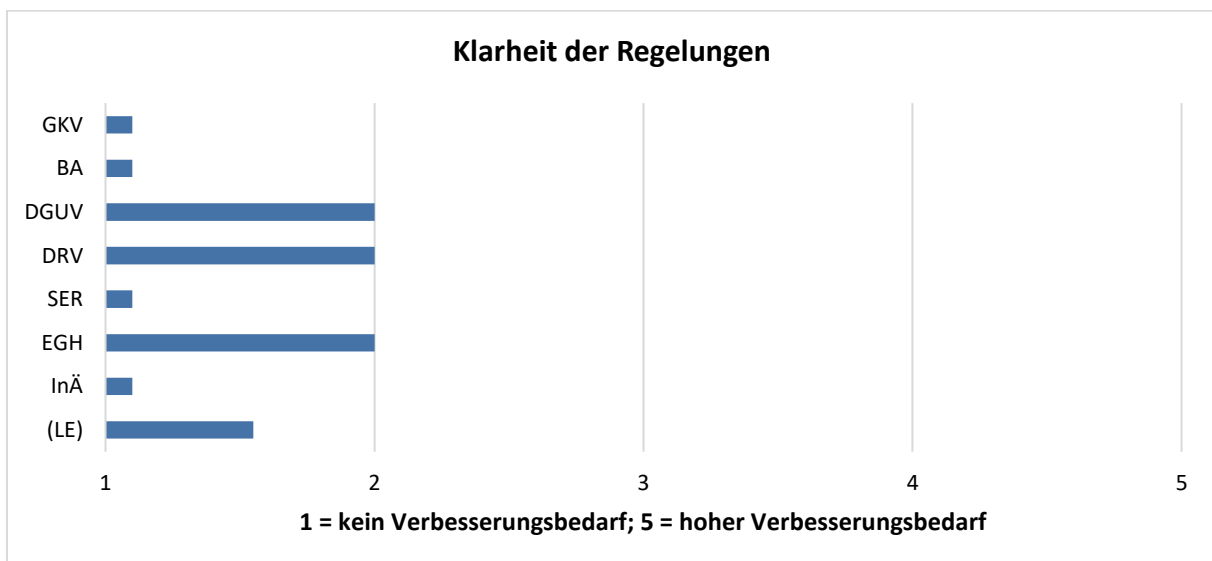
**6.2.2. Wo sehen Sie Verbesserungsbedarf bei den Inhalten dieser GE und welchen?**

**6.2.1.a.: Klarheit der Zielgruppen**



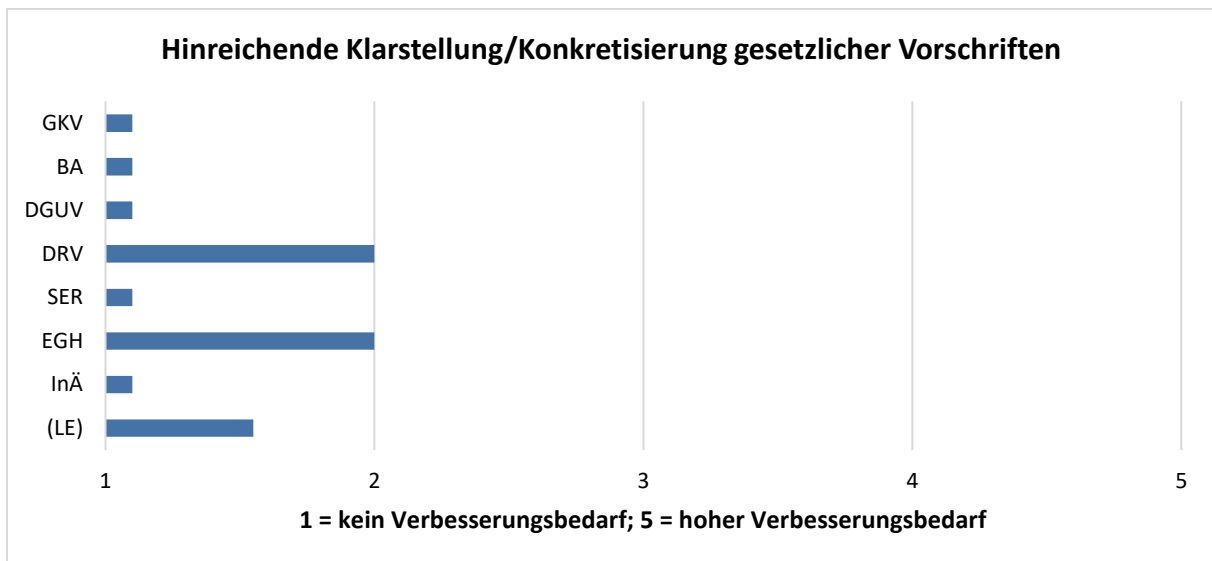
**6.2.1.b.: Klarheit der Gliederung**

Die **BA** merkt an, die paragraphische Gliederung der GE führe zu Irritationen (Anwendung numerischer statt einer paragraphischen Aufzählung werde allgemein präferiert).

**6.2.1.c.: Klarheit der Regelungen**

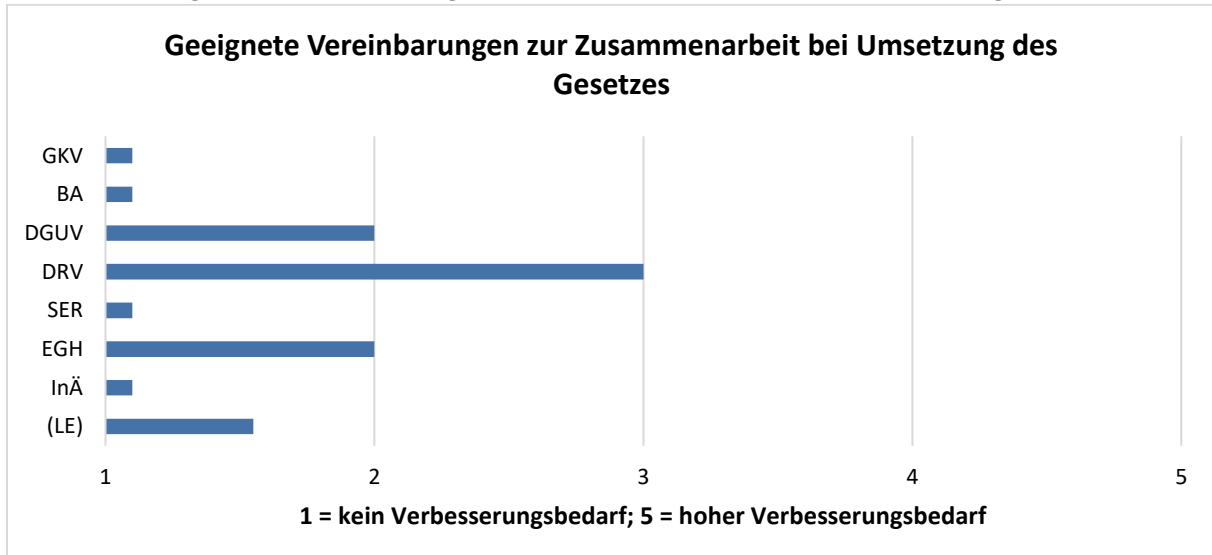
Aus Sicht der **BA** stellt § 6 die Außer-Kraftsetzung der vorherigen Regelung dar und sei nicht erforderlich, da Stand der GE das Jahr 2020 ist.

Die **DRV Bund** berichtet, dass von einigen Trägern angeregt werde, die Einbindung, z. B. des technischen Beratungsdienstes oder anderer Fachdienste, gem. § 4 GE, im Praxisgeschehen könne teilweise noch optimiert werden. Hier könne überlegt werden, ob eine klarere Formulierung dazu beitragen kann.

**6.2.1.d.: Hinreichende Klarstellung/Konkretisierung gesetzlicher Vorschriften**

Nach Angaben der **DRV Bund** wird von einem Träger angeregt, dass die Auswirkung der Zusammenarbeit (Beteiligung) mit Blick auf den § 18 SGB IX zu erläutern ist (Genehmigungsfiktion). Ein anderer Träger rege die Schärfung der Voraussetzungen für die Anwendung nach § 3 GE (§ 54 SGB X) an.

Die **DGUV** regt eine Konkretisierung zur Durchführung des Verfahrens (§ 2 Abs. 2 GE) an. Die Eingliederung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt sei von hoher Bedeutung. Ggf. könne die Zielsetzung der GE ergänzt werden.

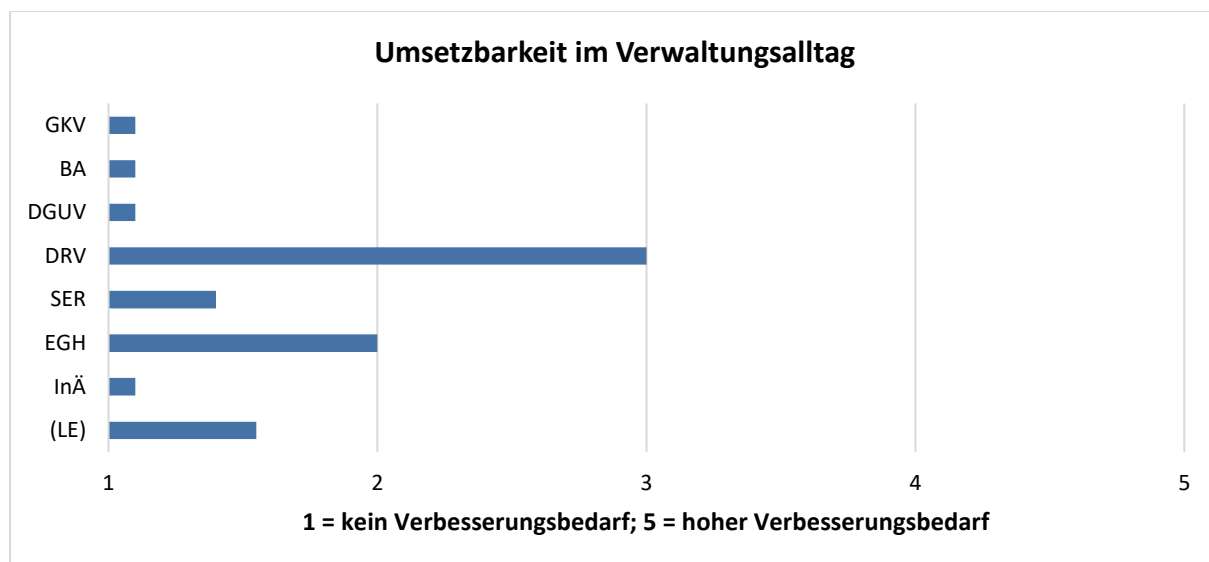
**6.2.1.e.: Geeignete Vereinbarungen zur Zusammenarbeit bei Umsetzung des Gesetzes**

Besondere Hinweise: BA: Mittelwert 1,3, Minimum 1, Maximum 3;

Die **DRV Bund** regt an die GE zu schärfen mit dem Ziel der Optimierung des Stellungnahmeverfahrens (Steigerung des Antwortverhaltens der BA und Hinweis auf regionale Vereinbarungen zur adressatengerechteren Kontaktaufnahme).

Die **GKV** ordnet die GE grundsätzlich als ein gutes Instrument ein, um die Zusammenarbeit zwischen den Reha-Trägern zu verbessern. Es wird als nachteilig angesehen, dass die Eingliederungshilfe der Empfehlung nicht beigetreten sei, sondern sich nur daran orientiere.

### 6.2.1.f.: Umsetzbarkeit im Verwaltungsalltag

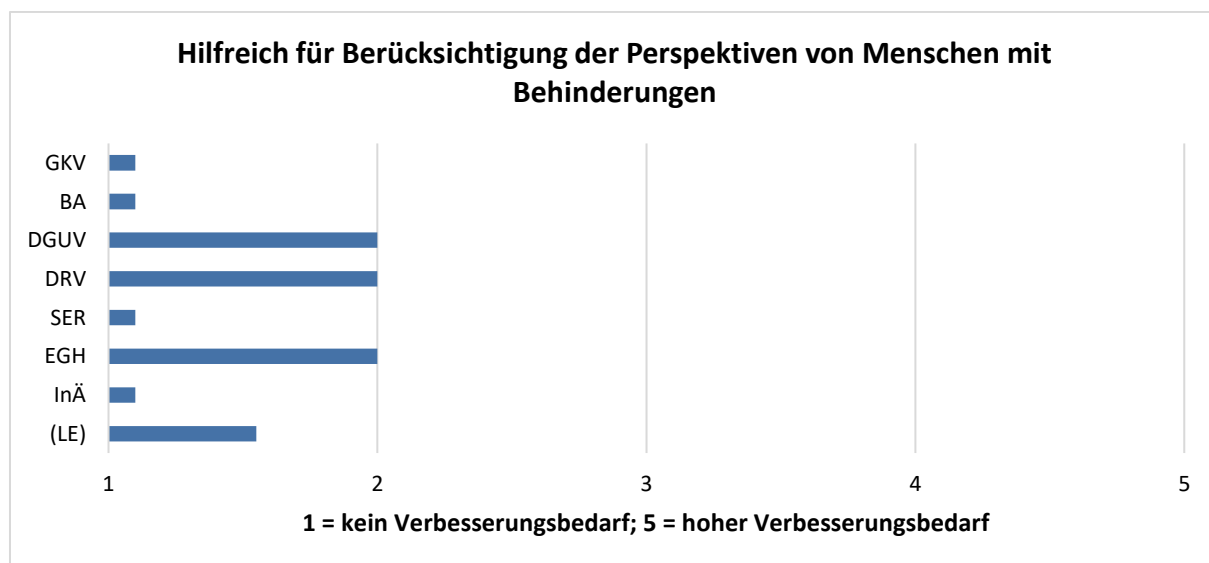


Besondere Hinweise: **BA:** Mittelwert 1,4, Minimum 1, Maximum 2;

Aus Sicht der **BA** gestaltet sich die Zwei-Wochen-Frist – je nach Belastungssituation und der Notwendigkeit der Einbindung von Kund:innen – teilweise schwierig.

Die **DGUV** wünscht die Benennung konkreter Ansprechpersonen seitens der Bundesagentur für Arbeit, u.a. in Hinblick auf die Erstellung eines Teilhabeplanes nach § 19 SGB IX, da der Teilhabeplan u.a. auch die gutachterliche Stellungnahme der Bundesagentur für Arbeit nach § 54 dokumentiere.

### 6.2.1.g.: Berücksichtigung der Perspektive von Menschen mit Behinderungen



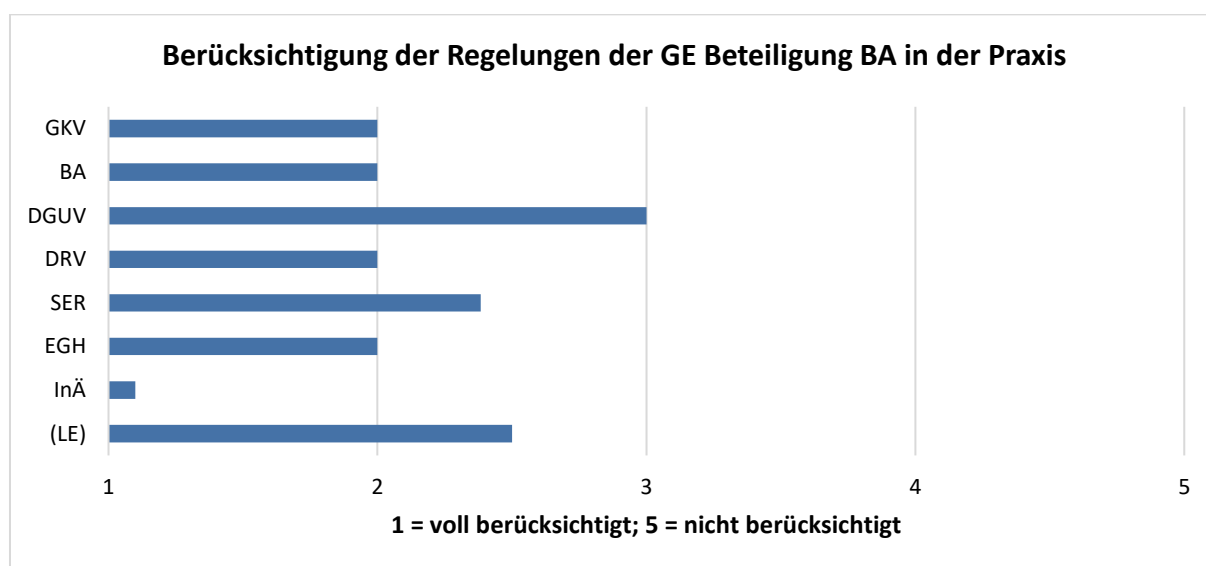
Nach Mitteilung der **DGUV** solle in der Stellungnahme die Perspektive der Menschen mit Behinderungen (§ 2 Abs. 4 GE) ausreichend dokumentiert werden.

### 6.2.1.h.: Weitere Ansatzpunkte für Verbesserungen

Die **DRV Bund** regt an die Regelungen des Teilhabestärkungsgesetzes bei der nächsten Überarbeitung der GE zu berücksichtigen.

## 6.2.2. Wie bewerten Sie die Umsetzung dieser GE?

### 6.2.2.a.: Berücksichtigung der Regelungen in der Praxis



### 6.2.2.b.: Besonders wichtige Regelungsgegenstände

Für die **GKV** beschreibt § 2 „Verfahren der Einschaltung der Bundesagentur für Arbeit“ klar und deutlich den Ablauf. Insgesamt gebe es jedoch wenig Berührungspunkte zwischen GKV und BA.

Aus Sicht der **BA** ist das Verfahren insgesamt gut beschrieben, Aufgaben und Verantwortlichkeiten der einzelnen Beteiligten seien klar regelt. Gut sei z.B. die Darstellung und konkrete Benennung der Einschaltungsgründe für die Stellungnahme. Erwünscht seien Beispiele für konkrete Fragestellungen, ebenso wie die Benennung der für die Einschaltung erforderlichen Unterlagen i. V. m. der Anlage „Arbeitsmittel für Rehabilitationsträger bei Beteiligung der BA nach § 54 SGB IX“.

Für die **DRV Bund** sind folgende Punkte wichtig:

- Verfahrensbeschreibung müsse generell klarer sein (s. § 2 GE)
- Verfahrensbeschreibung für die Einbindung der Fachdienste (§ 4 VE) müsse präziser und verbindlicher formuliert werden (wichtig, da DRV keine technischen Berater:innen habe)

Die **DGUV** teilt mit, Möglichkeiten und Rahmenbedingungen der Einschaltung der Bundesagentur für Arbeit seien klar formuliert. Das Verfahren der Einschaltung der Bundesagentur für Arbeit (§ 2 GE) und die Stellungnahme zur arbeitsmarktlichen Zweckmäßigkeit selbst (§ 3 GE) seien von maßgeblicher Bedeutung.

Aus dem Bereich der **SER-Träger** teilt der **KOV-Träger MV** mit, dies könne nicht beurteilt werden, da bei Reha-Leistungen der KOV in der Regel keine Beteiligung der BA erfolge. Dem **KOF-Träger MV** zufolge sei die Verfahrensabsprache der deutschen Hauptfürsorgestellen, vertreten durch die BIH und der Bundesagentur für Arbeit über die Zusammenarbeit im Bereich Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben besonders wichtig. Für den **KOF-Träger NI** ist Klarheit wichtig. Dem **KOF-Träger NW (LWL)** ist keine Aussage möglich, weil in den letzten Jahren keine Beteiligung der BA nötig gewesen sei. Der **KOV-Träger ST** teilt mit, eine Beteiligung der BA sei für die Leistungen nicht erforderlich. Für den **KOF-Träger ST** ist die Stellungnahme zur arbeitsmarktpolitischen Zweckmäßigkeit wichtig.

Die **BAGüS** teilt mit, die GE hab für die BAGüS-Mitglieder nur geringe praktische Relevanz.

Der **FV Sucht** benennt hier die zeitlichen Fristen.

---

### **6.2.2.c.: Schwierigkeiten bei der Umsetzung**

Laut **BA** erfolgt stellenweise die Beteiligung der BA noch mit dem Ziel der Einschaltung eines Fachdienstes oder mit der Bitte um Erstellung eines Reha-Gesamtplans. Häufig seien die Fragestellungen noch unkonkret bzw. die erforderlichen Unterlagen würden nicht zur Verfügung gestellt. Es komme auch zu einem „Ausweichen“ der anderen Rehabilitationsträger auf andere Arten der Einbindung § 15 Abs. 2 SGB IX oder Amtshilfeersuchen. Offen bleibe, welche Träger der Eingliederungshilfe bzw. Jugendhilfe sich an den GE orientieren (vgl. Anlage der GE, Seite 11). Auf der Internet-Seite der BAR seien hierzu keine Informationen zu finden.

Die **DRV Bund** sieht insbesondere Probleme bei Inanspruchnahme des technischen Beratungsdienstes der BA durch die DRV und bei gutachterlichen Stellungnahmen nach § 54 SGB IX (letztere würden nur bei arbeitsmarktlischer Relevanz erstellt).

Die **DGUV** berichtet, das Verfahren nach § 54 SGB IX komme in der Praxis der gesetzlichen Unfallversicherung nicht sehr häufig zur Anwendung. Oft könnten die versicherten Personen ihre zuletzt ausgeübte Tätigkeit, ggf. mit Anpassungsmaßnahmen im Betrieb, fortführen. Angepasste Arbeitsplätze stünden, auch aufgrund des momentan bestehenden Fachkräftemangels, häufiger zur Verfügung, so dass grundlegende berufliche Umorientierungen und damit die Expertise der BA hier nicht erforderlich würden. Ein UV-Träger weise daraufhin, dass insbesondere bei Berufskrankheiten in Bezug auf die künftige Tätigkeit die bestehenden gesundheitlichen Einschränkungen und das Wunsch- und Wahlrecht nach § 8 SGB IX beachtet werden müssten.

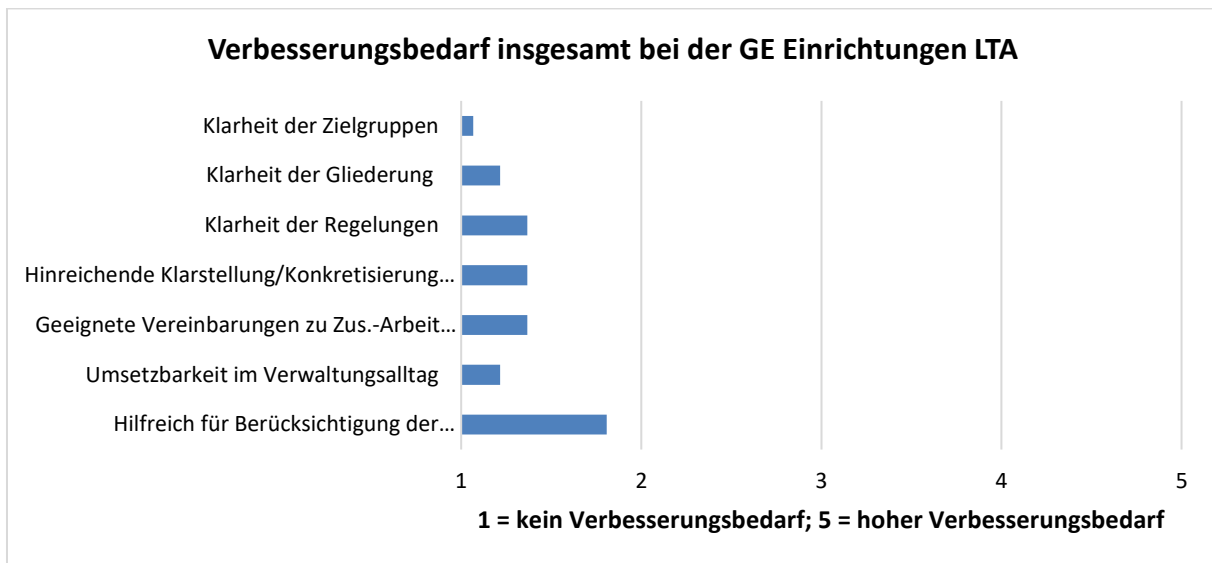
Aus dem Bereich der **SER-Träger** weist der **KOF-Träger MV** darauf hin, dass im Bereich KOF nur Leistungen erbracht werden könnten, wenn die unverzichtbare Klärung der Ursache der Behinderung (Schädigung) erfolgt sei. Dies führe im Einzelfall zu Schwierigkeiten. Wenn ein Antrag ohne Klärung der Ursache der Behinderung an die Hauptfürsorgestelle gegeben worden sei, könnten die Partner der Verfahrensabsprache kurzfristig die Antragsrückgabe vereinbaren [Hinweis: die Thematik Antragsweiterleitung wird in der GE Reha-Prozess, Teil 2 Kapitel 2 aufgegriffen]. Der **KOF-Träger NI** teilt mit, es gebe nach Aktualisierung der GE derzeit keine Schwierigkeiten. Dem **KOF-Träger NW (LWL)** ist keine Aussage möglich, weil in den letzten Jahren keine Beteiligung der BA nötig gewesen sei. Die **SER-Träger SN** führen aus, es gebe keine Schwierigkeiten. Laut **KOV-Träger ST** spielt Reha in den tatsächlich ausgereichten Leistungen eine untergeordnete Rolle. Der **KOF-Träger SH** berichtet von unterschiedlichen Erfahrungen mit den einzelnen Agenturen für Arbeit. Insgesamt sei jedoch eine langsame Verbesserung der Kenntnis in der Agentur für Arbeit zu beobachten.



Laut **FV Sucht** ist die GE inhaltlich korrekt, praxisnah formuliert und zielführend. Es sei wünschenswert, wenn dies auch in der Praxis so gelebt würde.

### 6.3. Gemeinsame Empfehlung „Einrichtungen für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben“ nach § 51 SGB IX

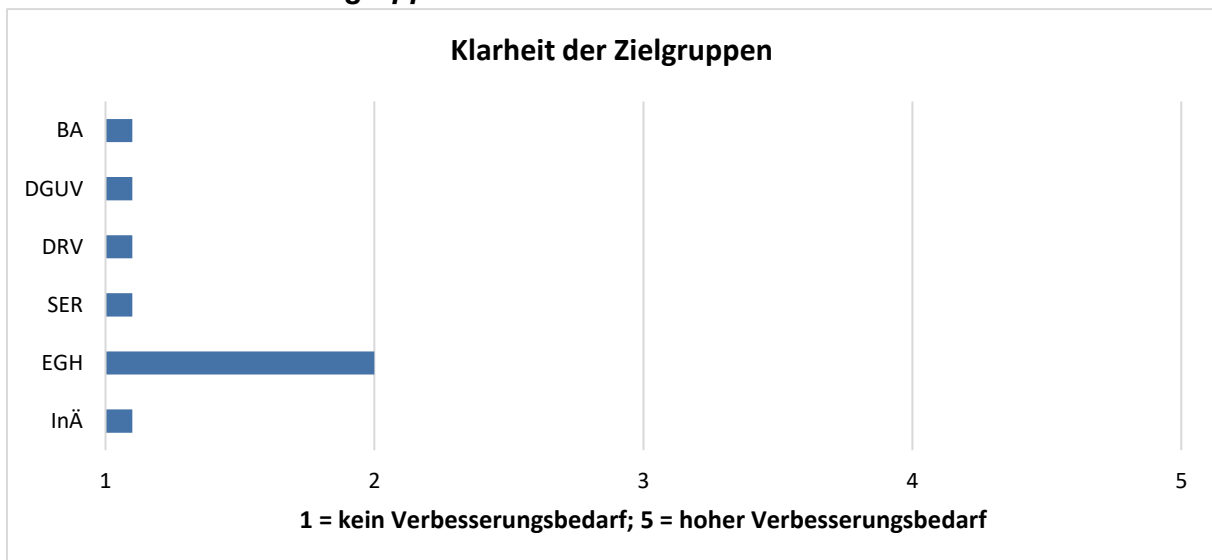
#### Überblick:

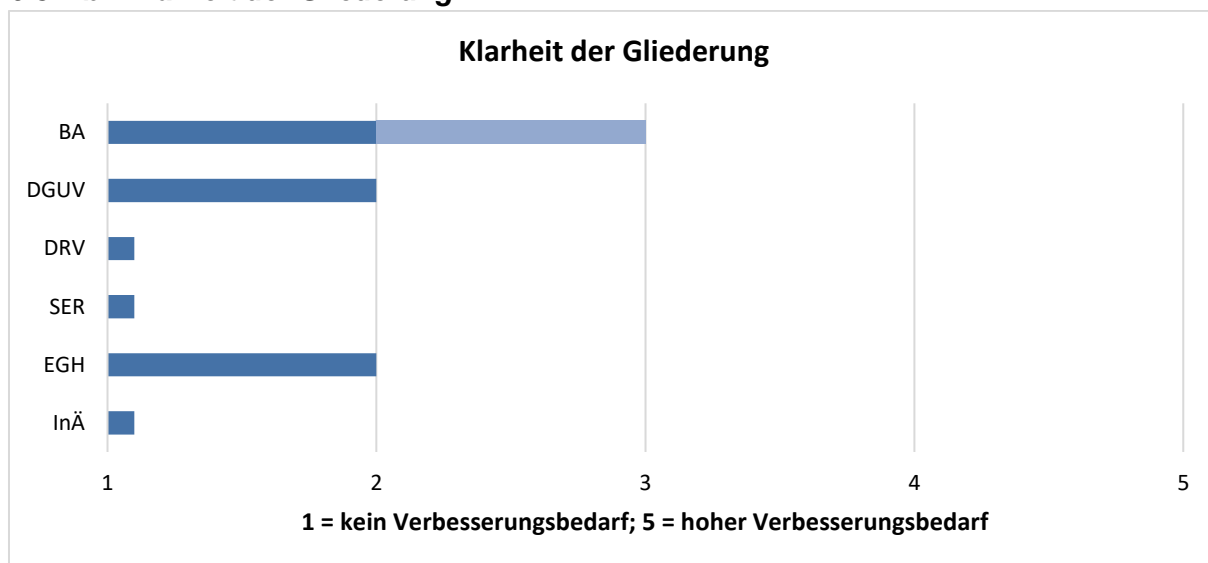


Hinweis: Die GE wird derzeit überarbeitet. Zum Zeitpunkt der Berichtslegung ist das Zustimmungsverfahren kurz vor dem Abschluss.

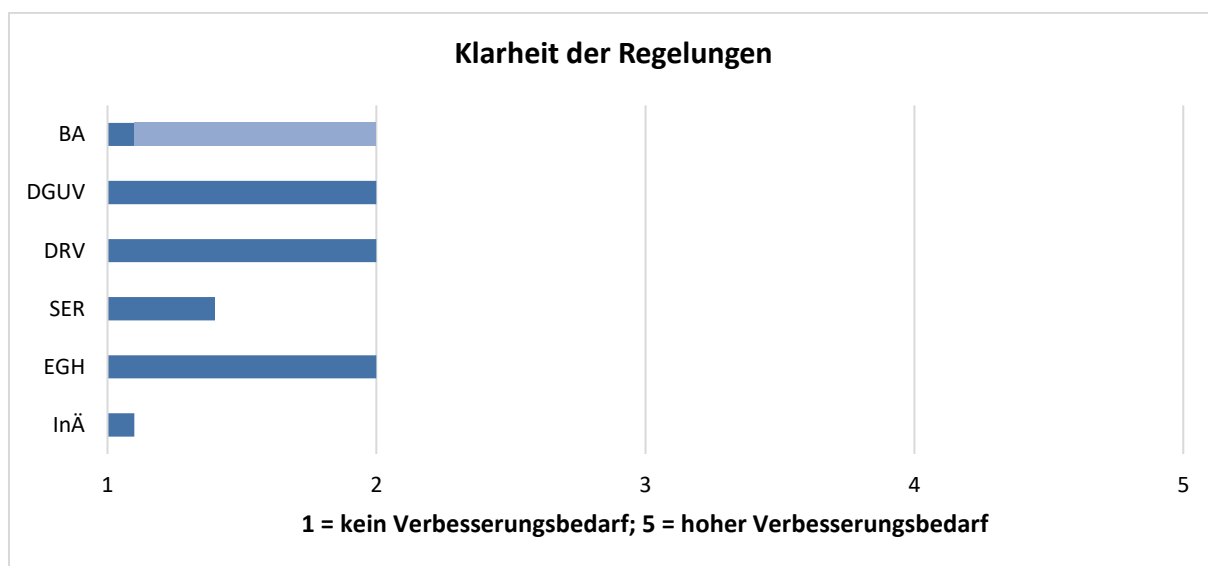
#### 6.3.1. Wo sehen Sie Verbesserungsbedarf bei den Inhalten dieser GE und welchen?

##### 6.3.1.a.: Klarheit der Zielgruppen

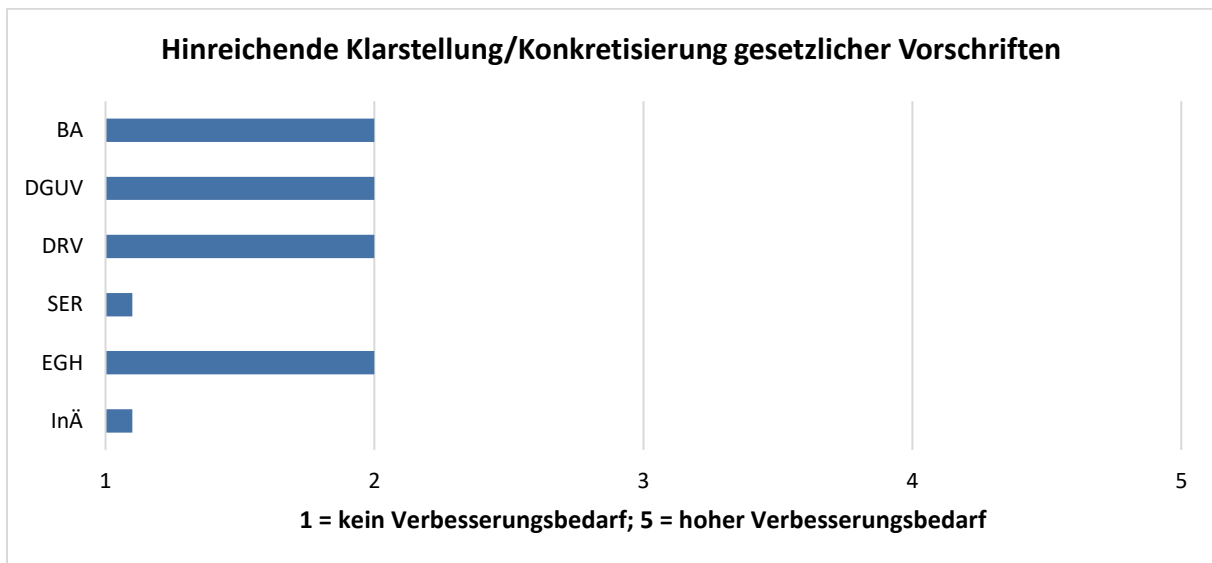


**6.3.1.b.: Klarheit der Gliederung**

Die **BA** regt eine numerische oder alphanumerische Gliederung an.

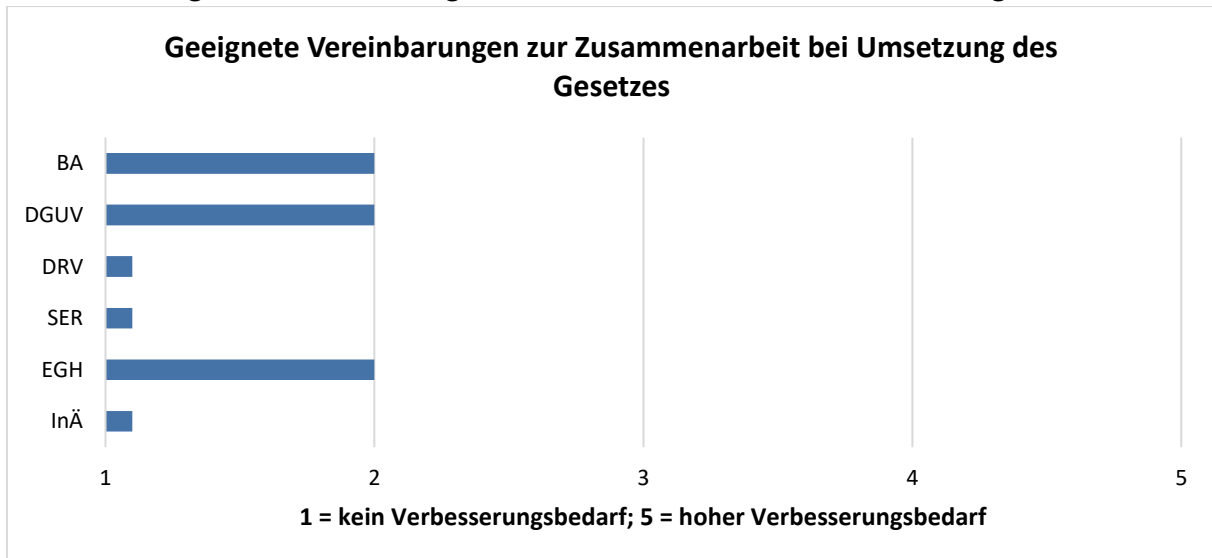
**6.3.1.c.: Klarheit der Regelungen**

Der **BA** zufolge ist eine Aktualisierung der rechtlichen Grundlagen erforderlich.

**6.3.1.d.: Hinreichende Klarstellung/Konkretisierung gesetzlicher Vorschriften**

Gesonderte Hinweise: BA: Skalenwert 2, Min.: 1; Max.: 5

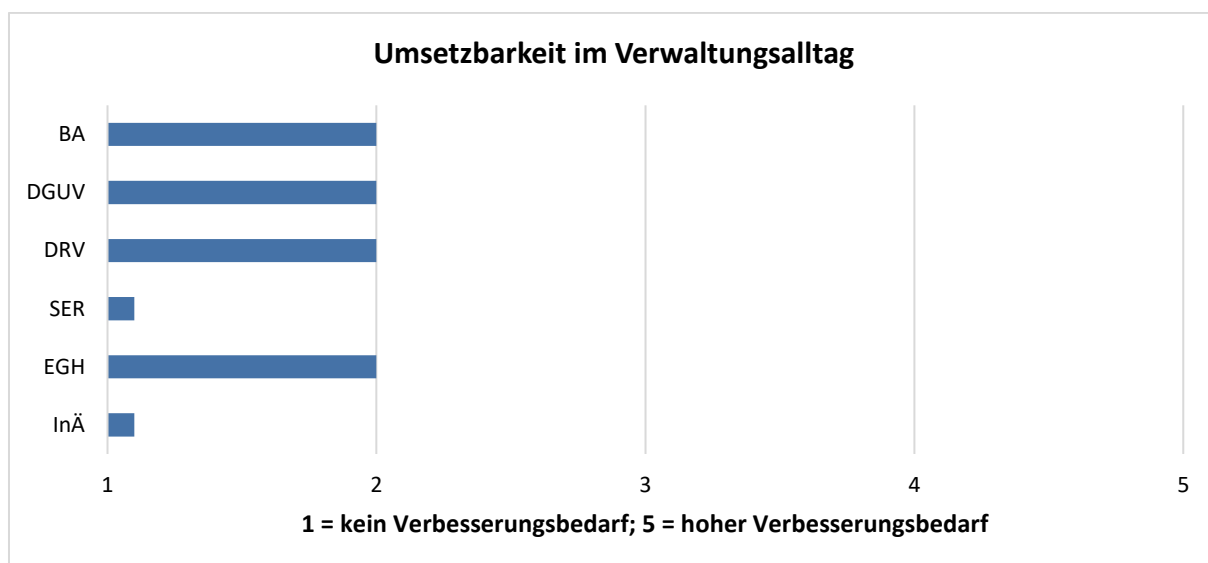
Die **BA** sieht eine Notwendigkeit, die Inhalte teilweise noch weiter zu konkretisieren und an die aktuellen rechtlichen Grundlagen anzupassen. Insbesondere die Verwendung von Begrifflichkeiten (wie bspw. Außenstelle, Standort) solle geschärft werden, so dass ein einheitliches Verständnis sichergestellt sei.

**6.3.1.e.: Geeignete Vereinbarungen zur Zusammenarbeit bei Umsetzung des Gesetzes**

Gesonderte Hinweise: **BA:** Mittelwert 2, Min.: 1; Max.: 5

Die **BA** sieht eine Aktualisierung als notwendig an, die letzte Anpassung sei 2012 erfolgt.

### 6.3.1.f.: Umsetzbarkeit im Verwaltungsalltag

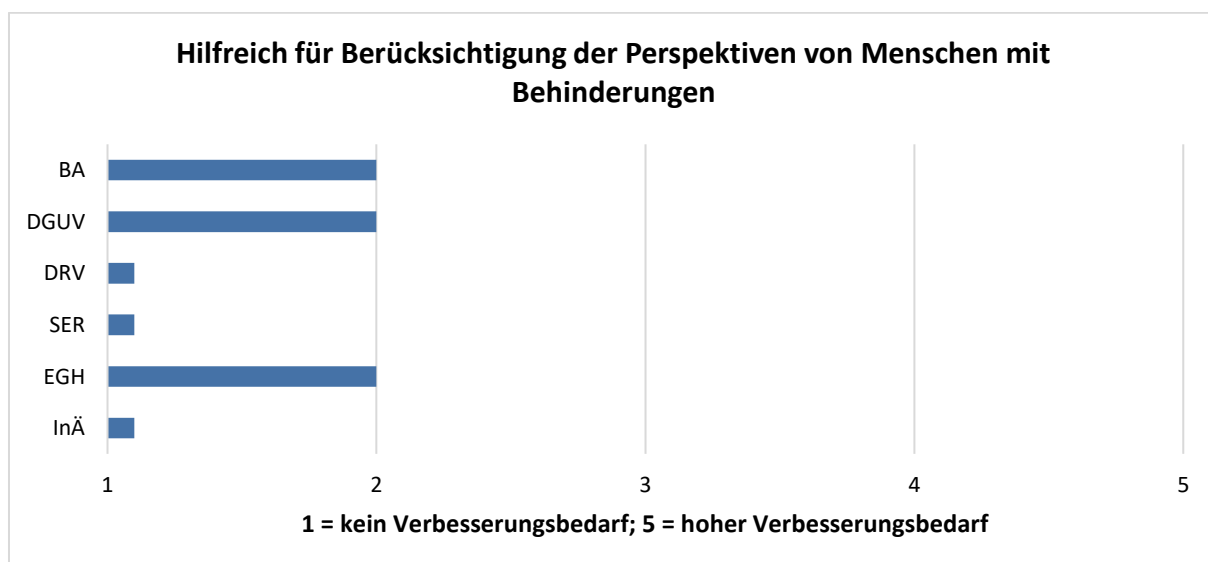


Gesonderte Hinweise: **BA:** Mittelwert 2, Min.: 1; Max.: 4

Die **BA** teilt mit, für eine Umsetzung im Verwaltungsalltag sei die GE teilweise noch zu allgemein. Seitens der BA seien deshalb Konkretisierungen mit einem Fachkonzept vorgenommen worden. Die Umsetzbarkeit sei z. T. auch abhängig von der Personalsituation bei den beteiligten Akteuren sowie vom Aufgabenverständnis der Einrichtungen.

Der **KOF-Träger NW (LVR)** berichtet, die GE richte sich vorrangig an die Einrichtungen und sei daher im Arbeitsalltag der KOF wenig praxisrelevant.

### 6.3.1.g.: Berücksichtigung der Perspektive von Menschen mit Behinderungen



Gesonderte Hinweise: **BA:** Mittelwert 2, Min.: 1; Max.: 4

Aus Sicht der **BA** sollte konkreter beschrieben werden, wie die Perspektive von Menschen mit Behinderungen berücksichtigt werden sollte.

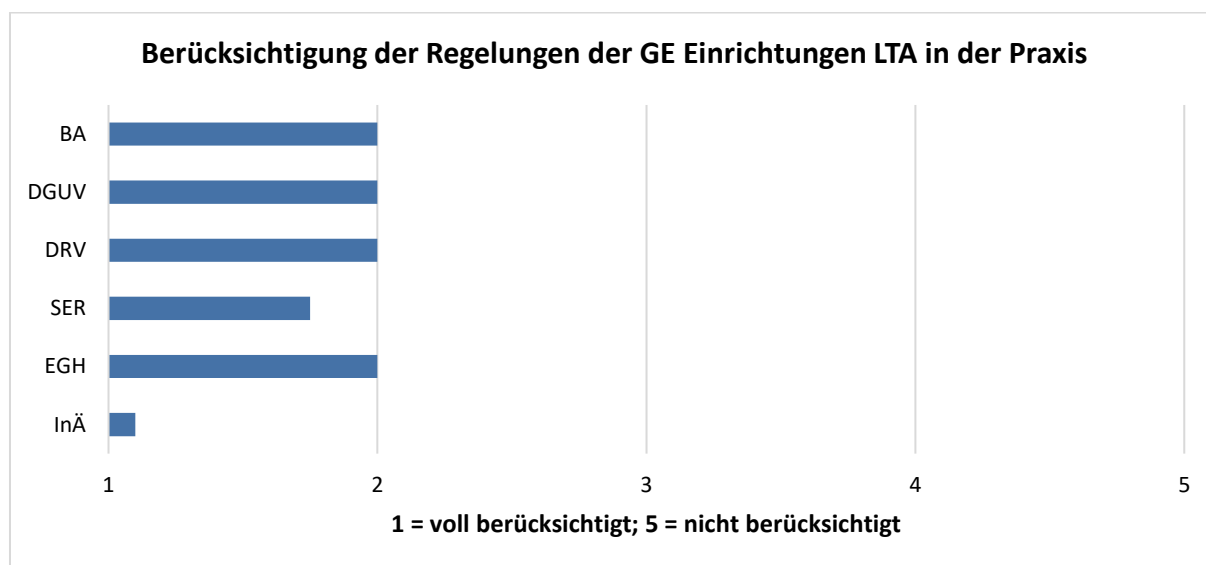
### 6.3.1.h.: Weitere Ansatzpunkte für Verbesserungen

Der **BA** zufolge sollte ein stärkerer Fokus auf externe Praktika gelegt werden, um Bezug zum Arbeitsmarkt herzustellen/auszubauen und Erprobung im wirklichen Arbeitsumfeld zu ermöglichen; das Ziel: Übergang in Arbeit ermöglichen. Zudem sollten aktuelle Entwicklungen der Gesellschaft und des Arbeitsmarktes, insbesondere in Bezug auf die Digitalisierung berücksichtigt und Aussagen zu digitalen Umsetzungsmöglichkeiten getroffen werden. § 4 Abs. 5 der GE solle insbesondere in Bezug auf die Aktivitäten der Träger bei der Unterstützung der nachhaltigen Integration von Rehabilitand:innen konkretisiert werden. Weiterhin sollten die Aufgaben des medizinischen Dienstes klargestellt werden, dabei sollte auch Vorteilsübersetzung für das Vorhalten eines solchen sowie Abgrenzung zu den Aufgaben eines Betriebsarztes aufgegriffen werden. Schließlich wird eine stärkere Einbindung beim Thema Gewaltschutz angeführt.

Der **KOF-Träger MV** sieht keine weiteren Ansatzpunkte für Verbesserungen, da eine gute Zusammenarbeit mit den Reha Einrichtungen, insbesondere Berufsförderungswerken, bestehe.

### 6.3.2. Wie bewerten Sie die Umsetzung dieser GE?

#### 6.3.2.a.: Berücksichtigung der Regelungen in der Praxis



#### 6.3.2.b.: Besonders wichtige Regelungsgegenstände

Für die **BA** besonders wichtig sind:

- Durchführung von betrieblichen Phasen der Qualifizierung
- Orientierung an den Erfordernissen des Arbeitsmarktes
- enge Zusammenarbeit der beteiligten Akteure, insbesondere zwischen Einrichtung und Rehabilitationsträger (z. B. Sicherstellung, dass alle Beteiligten Informationen über den aktuellen Stand und Verlauf des Rehabilitationsprozesses erhalten, enge Zusammenarbeit mit den für Berufsbildung zuständigen Stellen und den Sozialpartnern)
- Beschreibung der Strukturmerkmale der Einrichtungen, insbesondere im Hinblick auf die Fokussierung auf Präsenzangebote
- Mitgestaltung, Einbindung und Mitwirkung der Teilnehmenden
- individuelle und bedarfsorientierte Förderung

- begleitende Hilfen lösungs- und stärkenorientiert (systemische Beratung) erbringen
- physische und psychische Stabilität sowie Entfaltung der Persönlichkeit und Stärkung der Fähigkeiten der Teilnehmenden fördern
- qualitative Anforderungen an Leitung und Fachpersonal
- Mitverantwortung der Einrichtungen bei der Integration in Arbeit, Nachbetreuung
- Qualitätssicherung (z.B. Einrichtungen dokumentieren die ausgeführten Leistungen und stellen sie den Rehabilitationsträgern zur Verfügung)

Die **DGUV** erachtet als besonders wichtig:

- die Regelungen zur Durchführung betrieblicher Phasen der Qualifizierung (§ 5 a.F.) sowie generell die arbeitsmarktnahe Ausgestaltung und Integrationsorientierung der Maßnahmen
- die Regelungen zur Kooperation und Transparenz (§ 6 a.F.) hinsichtlich einer vertrauensvollen Zusammenarbeit zwischen Kostenträger und Leistungserbringer
- die Einbindung und Beteiligung der Teilnehmenden (§ 7 a.F.)
- § 8 Qualitätssicherung (a.F.), insbesondere in Bezug auf die Erfolgsquote der nachhaltigen Wiedereingliederung ins Erwerbsleben

Im Bereich der **SER-Träger** teilen der **KOV-Träger MV** und der **KOV-Träger ST** mit, dies könne nicht beurteilt werden, da es keine Reha-Leistung der KOV sei. Der **KOF-Träger MV** sieht die Unterstützung der Rehabilitand:innen z. B. bei der Suche nach Praktikumsplätzen als besonders wichtig an. Für den **KOF-Träger NI** ist eine Konkretisierung wichtig. Dem **KOF NW (LWL)** zufolge sollte vor Beginn einer Maßnahme eine Beratung der Leistungsberechtigten und auch des Reha-Trägers durch die Einrichtung ausführlich und verständlich erfolgen. Der **KOF-Träger ST** benennt hier die Durchführung von betrieblichen Phasen der Qualifizierung.

Die **BAGüS** teilt mit, die GE habe für die BAGüS-Mitglieder kaum praktische Relevanz.

---

### **6.3.2.c.: Schwierigkeiten bei der Umsetzung**

Der **BA** zufolge bestehen folgende Herausforderungen:

- Die praktischen Anteile sollten deutlich häufiger im Betrieb durchgeführt werden; zu häufig würden einrichtungsinterne Arbeitsplätze/Werkstätten mit reduzierten Anforderungen zur Simulation betrieblicher Phasen genutzt.
- Das Zusammenwirken zwischen Einrichtung und Rehabilitationsträger könne noch verbessert werden, z.B.
  - Transparenz über Kapazitäten und Qualitätssicherung beim eingesetzten Personal,
  - Rückmeldungen zum Maßnahmeverlauf (z.B. Auswirkungen der Leistungsfähigkeit auf die Vermittelbarkeit) erfolgten häufig erst nach Aufforderung durch den Rehabilitationsträger.
- Nicht alle Träger böten eine Internatsunterbringung an. Dies führe in der Praxis bei einzelnen Teilnehmenden zu Problemen und zur Förderung in teilweise vom Heimatort weit entfernten überregionalen Einrichtungen.
- Häufig komme es zu Schwierigkeiten im Anschluss an die Maßnahme, da mit dem Ende i.d.R. die begleitenden [besonderen] Hilfen komplett entfielen und Teilnehmende ohne diese Hilfen z. T. nicht den Weg in den 1. Arbeitsmarkt fänden.
- Die Nachbetreuung bleibe häufig unsystematisch, was die Wirkung beeinträchtige.
- Die Wünsche der Teilnehmenden bei der Ausführung der Leistungen ließen sich nicht immer realisieren.

- Fehlende Mindeststandards der Einrichtungen hinsichtlich digitaler Angebote und Anpassung der Inhalte an die Arbeitswelt 4.0.

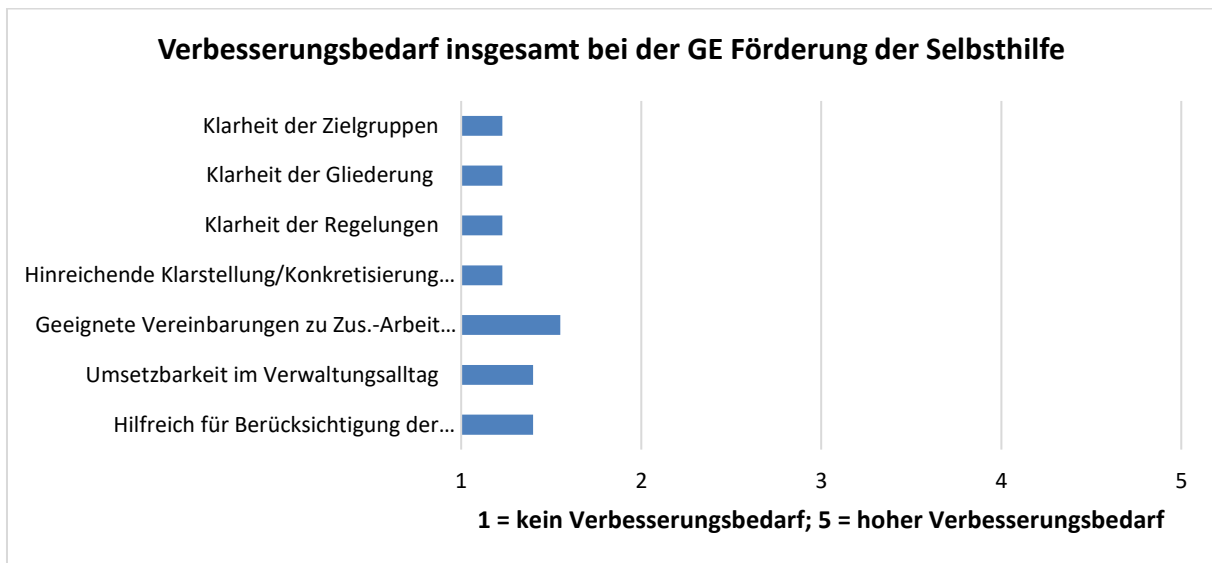
Die Zusammenarbeit und Erfahrungen mit den Einrichtungen werden aus Sicht der **DGUV** überwiegend positiv gesehen. Schwierigkeiten hätten sich in der aktuellen Berichtsperiode weniger auf die Umsetzung der GE als auf die Weiterführung/Anpassung von Maßnahmen aufgrund der Corona-Pandemie bezogen. Ein Träger berichtet, dass insbesondere Frauen vereinzelt von einer respektlosen Behandlung durch andere Teilnehmende betroffen sind. Hier könnten die Regelungen zu Gewaltschutzkonzepten in der Überarbeitung der GE Abhilfe schaffen. Die Vernetzung zwischen Ausbildungsbetrieben und Einrichtungen der beruflichen Reha sollte weiter ausgebaut werden.

Aus dem Bereich der **SER-Träger** sehen der **KOV-Träger MV** und der **KOF-Träger NW (LWL)** keine Schwierigkeiten. Der **SER-Träger SN** teilt mit, das SER habe im Berichtszeitraum Teilhabe am Arbeitsleben nach § 26 BVG in jeweils enger Abstimmung mit der zuständigen Agentur für Arbeit (AfA) geleistet. Die Abstimmung sei größtenteils bilateral unter Ausföhrung der Bestimmungen des § 14 SGB IX erfolgt i.V.m. den Regelungen der KOF-E [Empfehlungen der Kriegsopferfürsorge]. Falls eine Stellungnahme nach § 54 SGB IX (§ 38 SGB IX) notwendig gewesen sei, sei dies komplikationslos gelaufen. Die GE habe für das Soziale Entschädigungsrecht keine weitere praktische Bedeutung gehabt. Laut **KOV-Träger ST** spielt Reha in den tatsächlich ausgereichten Leistungen eine untergeordnete Rolle.



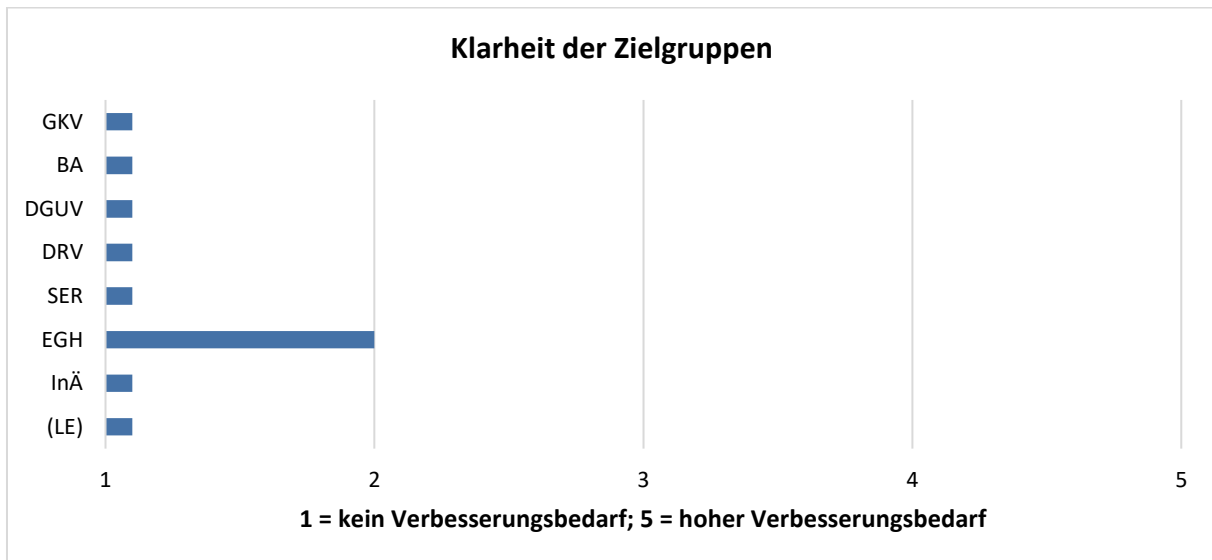
## 6.4. Gemeinsame Empfehlung „Förderung der Selbsthilfe“ nach § 26 Abs. 2 Nr. 6 SGB IX

### Überblick:

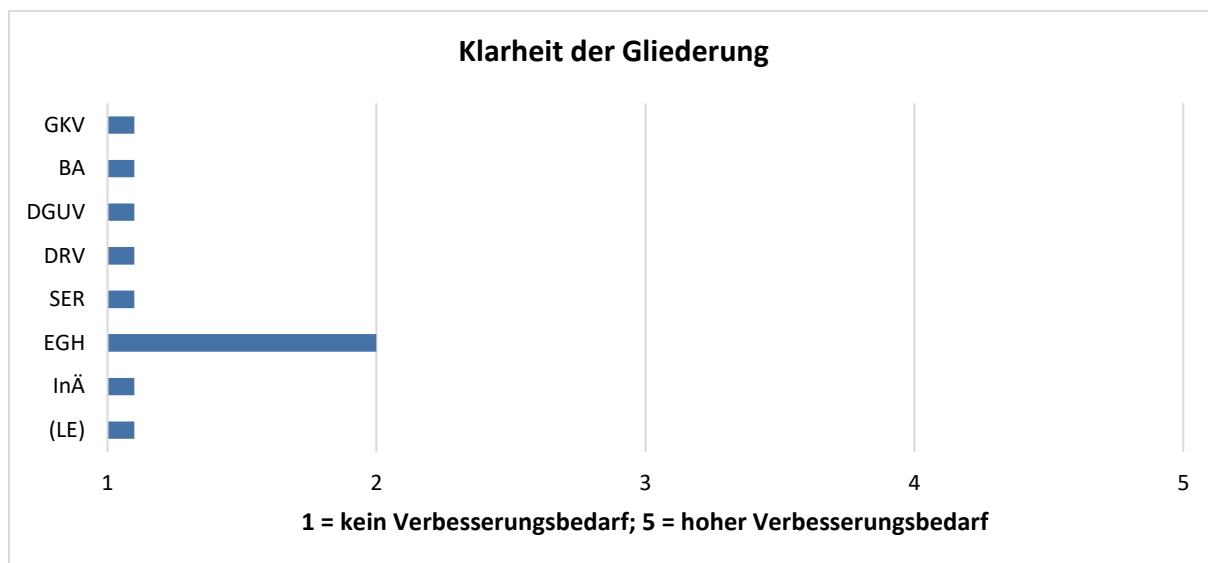


### 6.4.1. Wo sehen Sie Verbesserungsbedarf bei den Inhalten dieser GE und welchen?

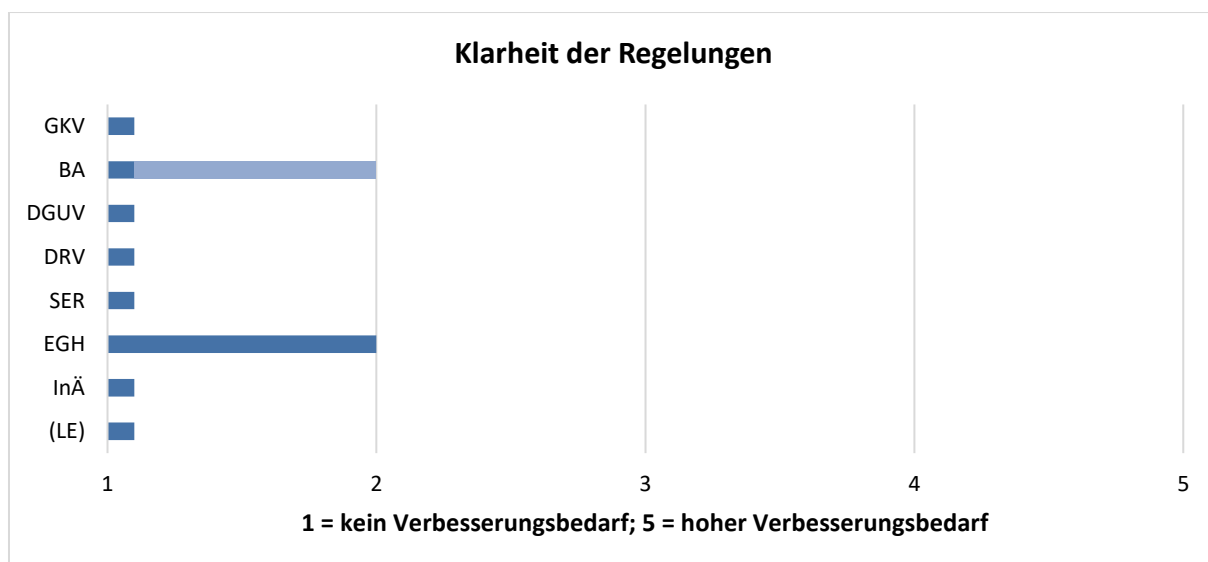
#### 6.4.1.a.: Klarheit der Zielgruppen

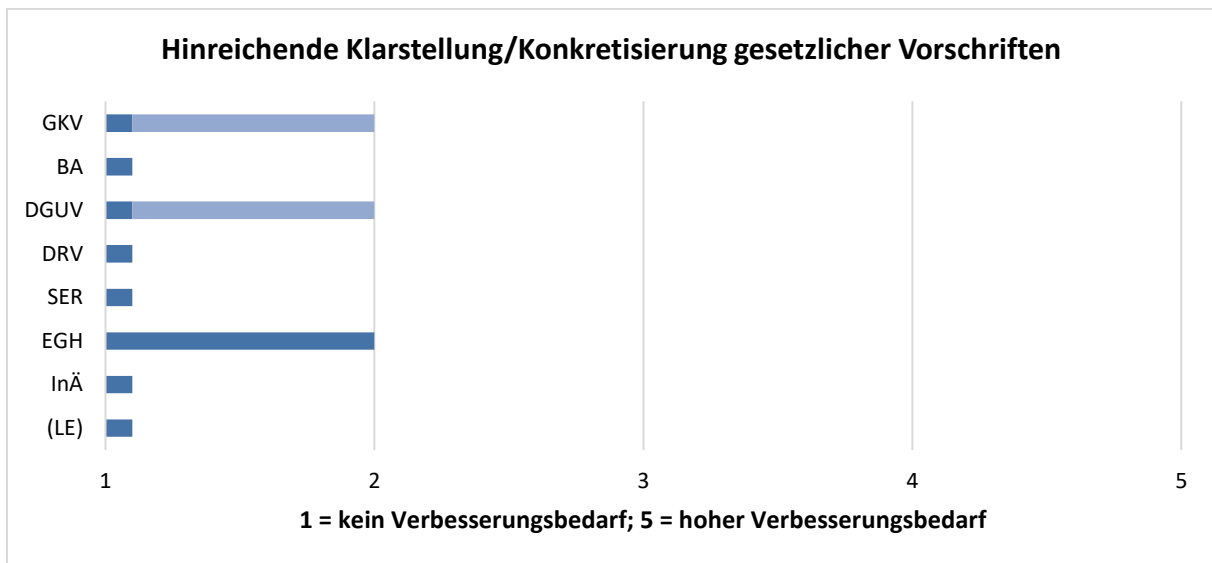


**6.4.1.b.: Klarheit der Gliederung**



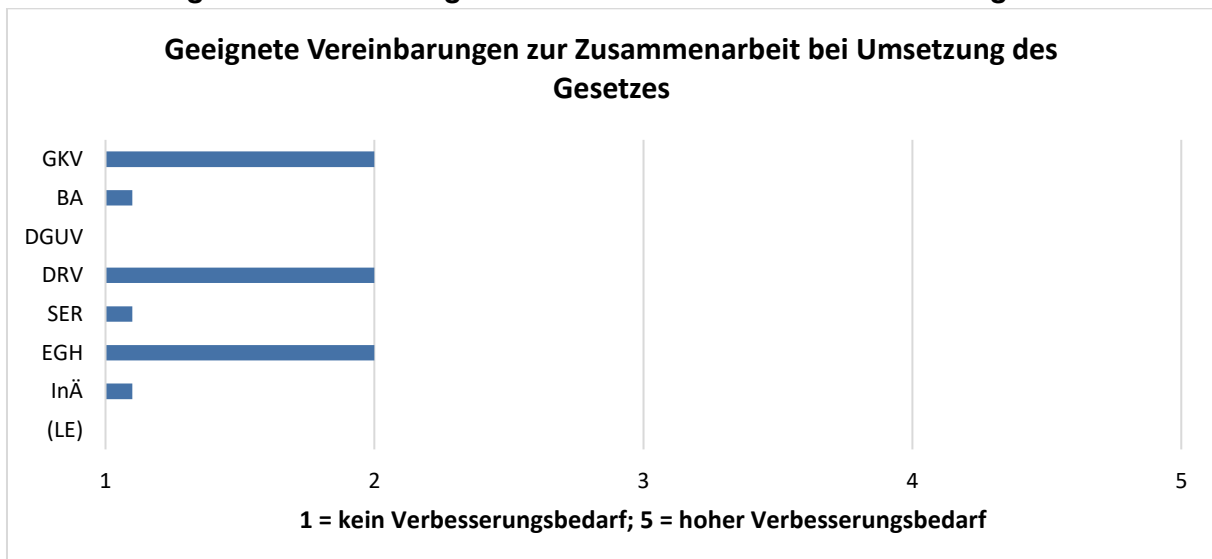
**6.4.1.c.: Klarheit der Regelungen**

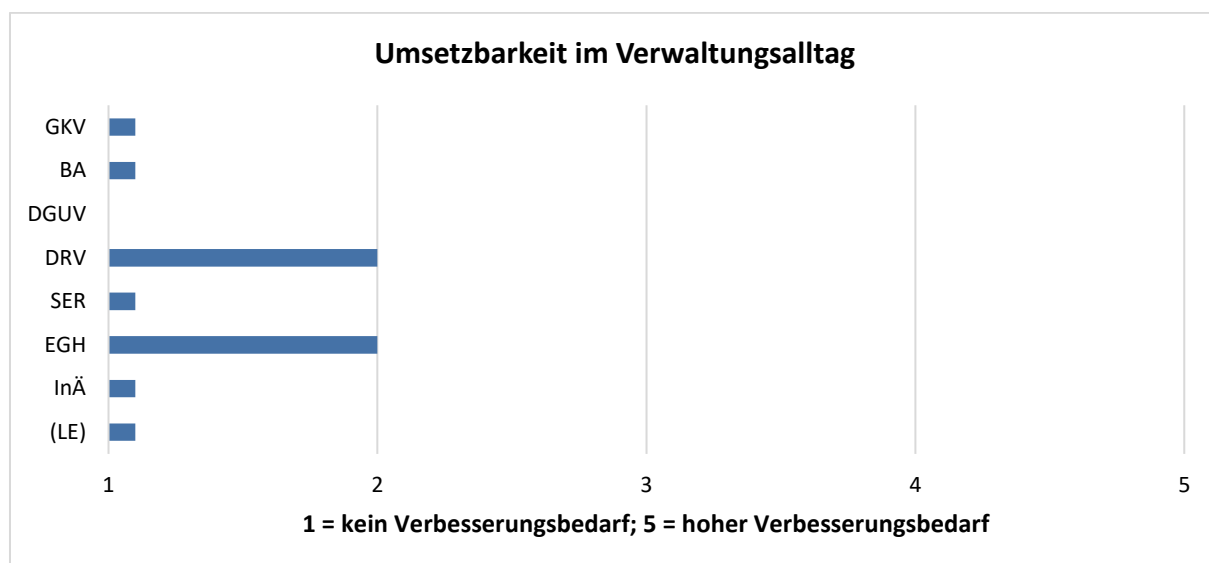
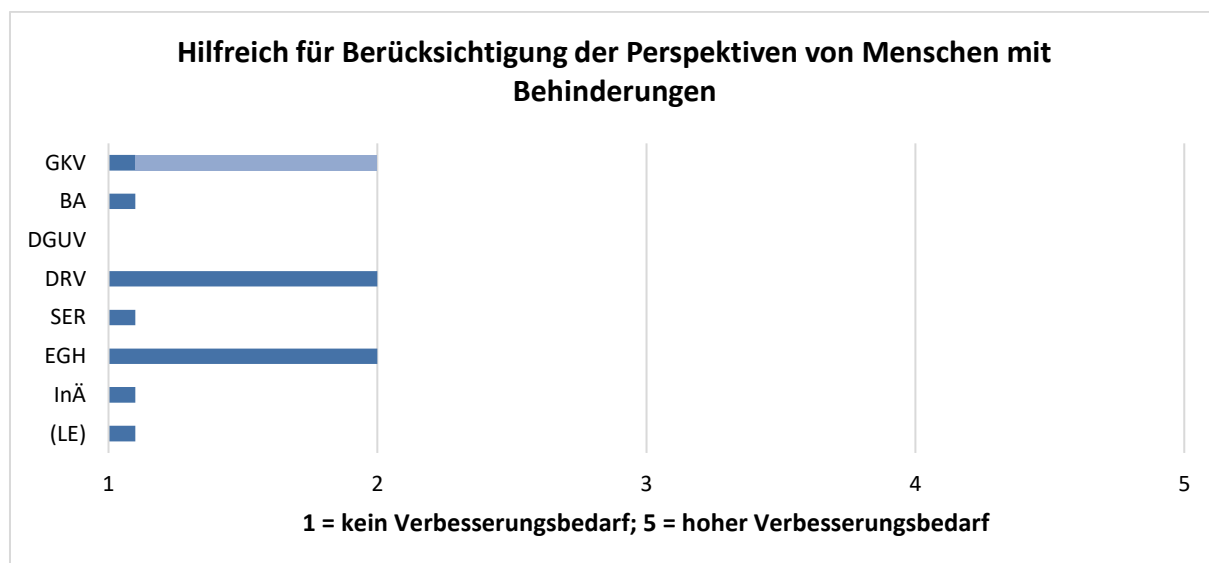


**6.4.1.d.: Hinreichende Klarstellung/Konkretisierung gesetzlicher Vorschriften**

Die **GKV** verweist auf Ausführungen zu Frage 6.4.1.h.

Die **DGUV** regt an, die im Text genannten Vorschriften als Anhang zusammengefasst abzu-  
drucken. Damit würde ein schneller Zugriff auf den Inhalt der jeweiligen Vorschriften ermög-  
licht werden.

**6.4.1.e.: Geeignete Vereinbarungen zur Zusammenarbeit bei Umsetzung des Gesetzes**

**6.4.1.f.: Umsetzbarkeit im Verwaltungsalltag****6.4.1.g.: Hilfreich für Berücksichtigung der Perspektive von Menschen mit Behinderungen**

Der **GKV** zufolge sollte Barrierefreiheit, z. B. in Form leichter Sprache, weitergehend als bisher berücksichtigt werden.

**6.4.1.h.: Weitere Ansatzpunkte für Verbesserungen**

Aus Sicht der **GKV** zeigt die GE die anzuwendenden Rechtsgrundlagen nachvollziehbar auf und stellt u. a. Transparenz bei der Förderung her, sodass für alle Beteiligten das Verfahren erleichtert werde. Unterstützend könnten ggf. Ansprechpartner:innen (Adressen) aufgenommen werden, an die sich die Antragsteller:innen wenden können, sodass neben GKV und RV weitere Förderer ersichtlich würden. Ergänzend hierzu sei zu überlegen, ob die Leistungstransparenz unter § 4 bzw. § 5 noch erweitert werden könne. Konkret wird hierzu ausgeführt:

- Die BA unterstütze als Rehabilitationsträgerin die Selbsthilfe ideell. Eine textliche Erläuterung wie die ideelle Förderung konkret aussähe, wäre in der praktischen Anwendung hilfreich.
- Öffentliche Jugendhilfe: Diese unterstütze selbstorganisierte Formen der Tagesbetreuung und der Jugendhilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche. Angebote würden finanziell gefördert. Hier könnten ggf. ebenso Erläuterungen und Beispiele ergänzt werden.
- Träger der KOF: Gem. § 27d Abs. 2 BVG sei eine Förderung in Einzelfällen für die Erbringung von individuellen Angeboten der Selbsthilfe möglich. Welche Erfahrungen lägen im Rahmen der Förderung vor?
- UV: Das SGB VII enthalte keine expliziten Hinweise zur Förderung der Selbsthilfe. Im Rahmen von § 39 Abs. 1 SGB VII könnten einzelne Versicherte aber bei Bedarf zur Teilnahme an Angeboten der Selbsthilfe unterstützt werden. Lügen hierzu Erfahrungen vor? Wie falle diese Unterstützung aus?

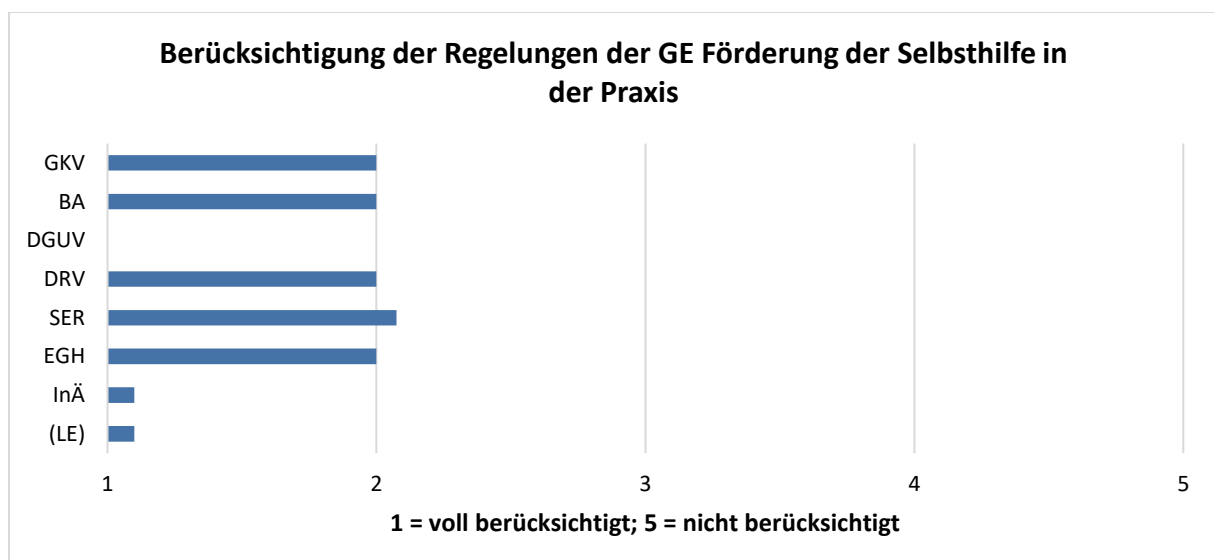
Weiterhin würden Ausführungen zu dem jeweiligen Umfang der Förderung der jeweiligen Träger eine hilfreiche Ergänzung darstellen. In Analogie zur Prävention könne der Aspekt der „digitalen Selbsthilfe“ aufgenommen werden.

Die **DGUV** weist darauf hin, die Beantwortung der Fragen 6.6.1.e bis 6.6.1.g entfalle für die Unfallversicherung, weil diese, anders als andere Reha-Träger, die Selbsthilfe nicht institutionell, sondern nur im Rahmen der Reha und Teilhabe ihrer Versicherten – also Einzelfall bezogen – fördern könne. Beratung erfolge zu EUTB, Peer oder Selbsthilfegruppen.

Der **KOV-Träger MV** teilt mit, dies könne nicht beurteilt werden, da hierzu keine Erfahrungen vorlägen. Der **KOF-Träger MV** merkt an, im Bereich der KOF erfolge keine Förderung von z. B. Selbsthilfegruppen etc., wie sie in § 26 Abs. 2 Nr. 6 SGB IX benannt seien.

## 6.4.2. Wie bewerten Sie die Umsetzung dieser GE?

### 6.4.2.a.: Berücksichtigung der Regelungen in der Praxis



**6.4.2.b.: Besonders wichtige Regelungsgegenstände**

Benannt werden von den Reha-Trägern aus dem Bereich der Sozialversicherung:

- § 1 Rechtsgrundlagen als Grundlage für weitere Regelungen der einzelnen Sozialleistungsträger (**GKV, DGUV**)
- § 3 Voraussetzungen der Förderung (**GKV, DRV Bund**)
- § 4 Formen und Inhalte der Förderung (**GKV, BA, DRV Bund**); die BA verweist insoweit auf die ideelle Unterstützung der Selbsthilfe im Rahmen der Netzwerkarbeit, insbesondere Zusammenarbeit mit Selbsthilfeeinrichtungen und -verbände
- § 5 Umfang der Förderung (**GKV**)
- § 6 Förderverfahren (**GKV, BA, DRV Bund**); die BA verweist insoweit auf die Bildung von Arbeitskreisen der verschiedenen Rehabilitationsträger auf verschiedenen Ebenen

Die **GKV** verweist zudem auf ihre Ausführungen zu Frage 6.4.1.h. Die Stärkung der Transparenz über Förder- und Unterstützungsmöglichkeiten für die Selbsthilfe außerhalb der GKV und RV sei wünschenswert, u. a. welche Möglichkeiten bestünden für Menschen mit Behinderungen, individuelle Leistungen/Angebote der Selbsthilfe zu beantragen bzw. zu beanspruchen? Und welcher (Förder-)Umfang liege dem zugrunde? Sie verweist schließlich auch auf ihre Hinweise aus dem letzten Erfahrungsbericht.

Im Bereich der **SER-Träger** weisen die **SER-Träger MV** und die **KOF-Träger MV, NI, NW (LWL)** und **ST** auf nicht bzw. kaum vorhandene praktische Erfahrung mit der GE hin. Der **SER-Träger SN** führt aus, im Rahmen des Vorgriffs auf das SGB XIV seien in den vergangenen Jahren für ähnliche Zwecke Traumaambulanzen als zentrale Anlaufstellen vorrangig für Betroffene nach dem OEG (später SGB XIV) eingerichtet worden. Das Behandlungsangebot werde systematisch erweitert. Der **KOV-Träger ST** merkt an, dass eine Finanzierung von organisierter Selbsthilfe nicht vorgesehen sei.

Die **BAGüS** berichtet, die GE habe für ihre Mitglieder keine Relevanz.

---

**6.4.2.c.: Schwierigkeiten bei der Umsetzung**

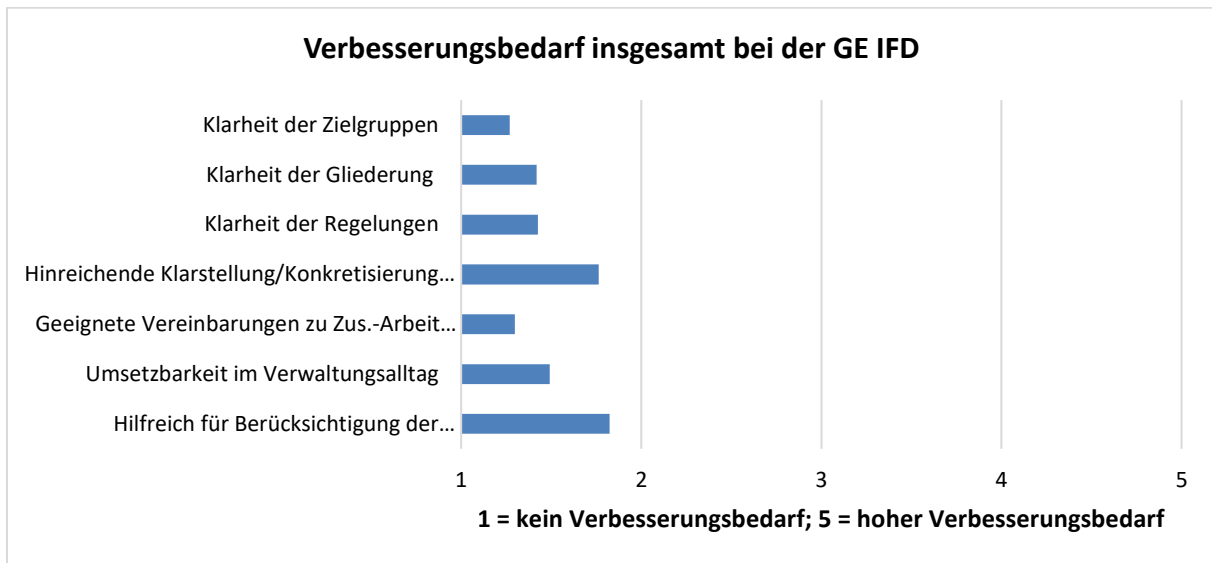
Aus Sicht der **GKV** könne ein gesteigerter Bekanntheitsgrad der GE die Zusammenarbeit unterschiedlicher Vereinbarungspartner erleichtern.

Die **DRV Bund** berichtet, einzelne Träger hätten auf die offenbar abnehmende Anzahl von aktiven Selbsthilfegruppen hingewiesen. Inhaltlich sei vereinzelt darauf hingewiesen worden, dass klarere Regelungen zum Thema Erbringen von Verwendungsnachweisen (Umfang, Zeitpunkt der Erbringung etc.) oder auch zum Thema Antragsfristen hilfreich sein könnten.

Der **KOV Träger ST** und die **KOF-Träger NW (LWL), SN** und **ST** verweisen auf keine bzw. kaum vorhandene Erfahrungen mit der GE hin.

## 6.5. Gemeinsame Empfehlung „Integrationsfachdienste“ nach § 196 Abs. 3 SGB IX

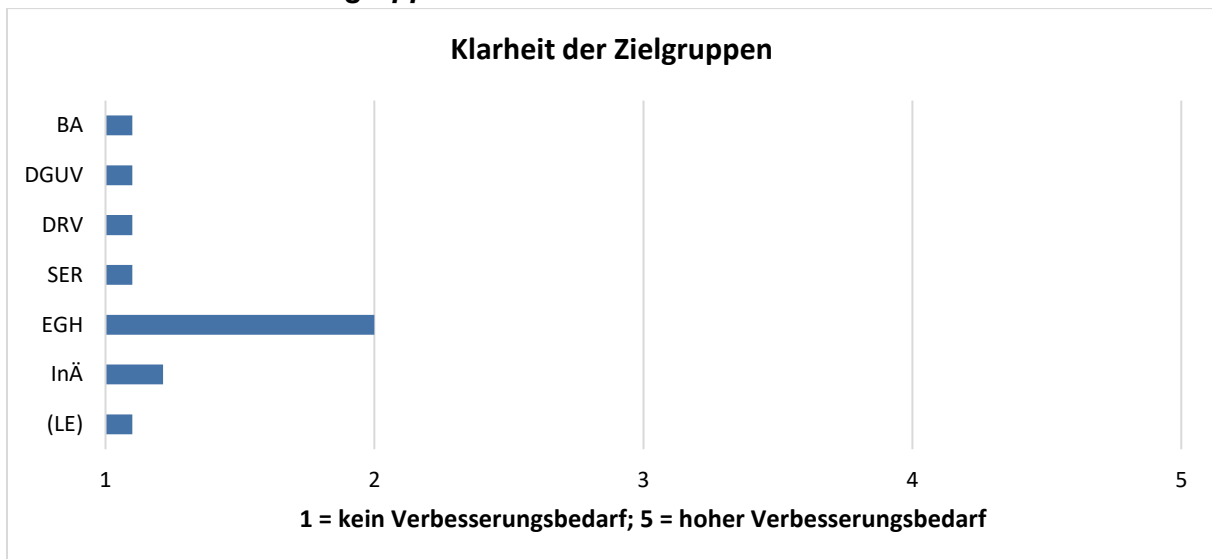
### Überblick:



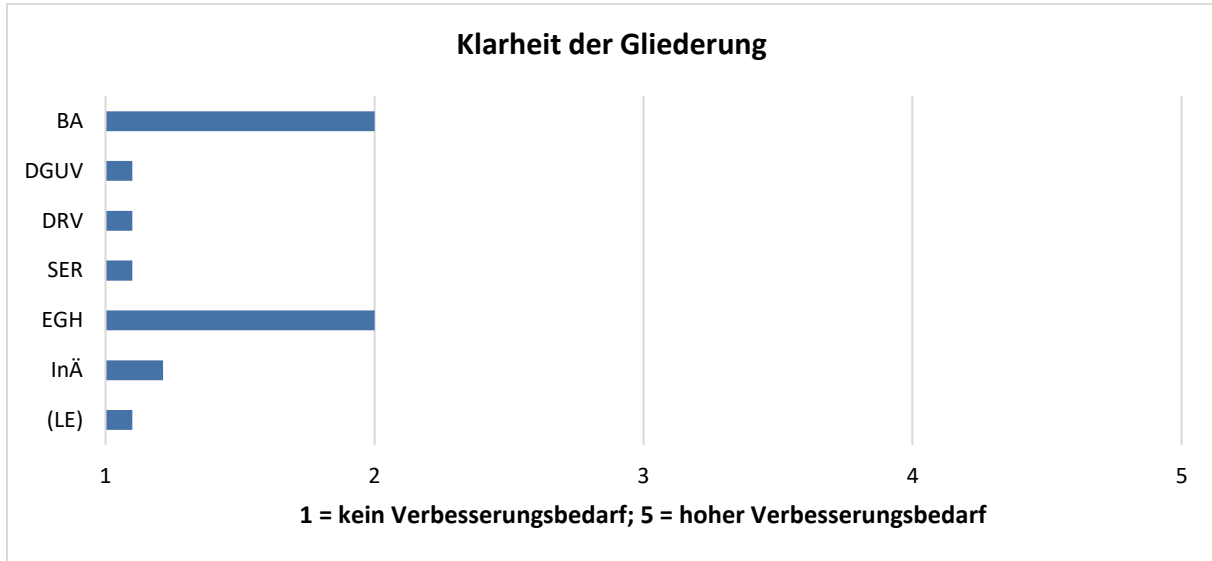
**Hinweise:** Die GE wird derzeit überarbeitet. Zum Zeitpunkt der Berichtslegung steht das Beteiligungsverfahren kurz vor seinem Abschluss. Die Rückmeldung des IntA RP erfolgte unter Berücksichtigung von Rückmeldungen von Integrationsfachdiensten.

### 6.5.1. Wo sehen Sie Verbesserungsbedarf bei den Inhalten dieser GE und welchen?

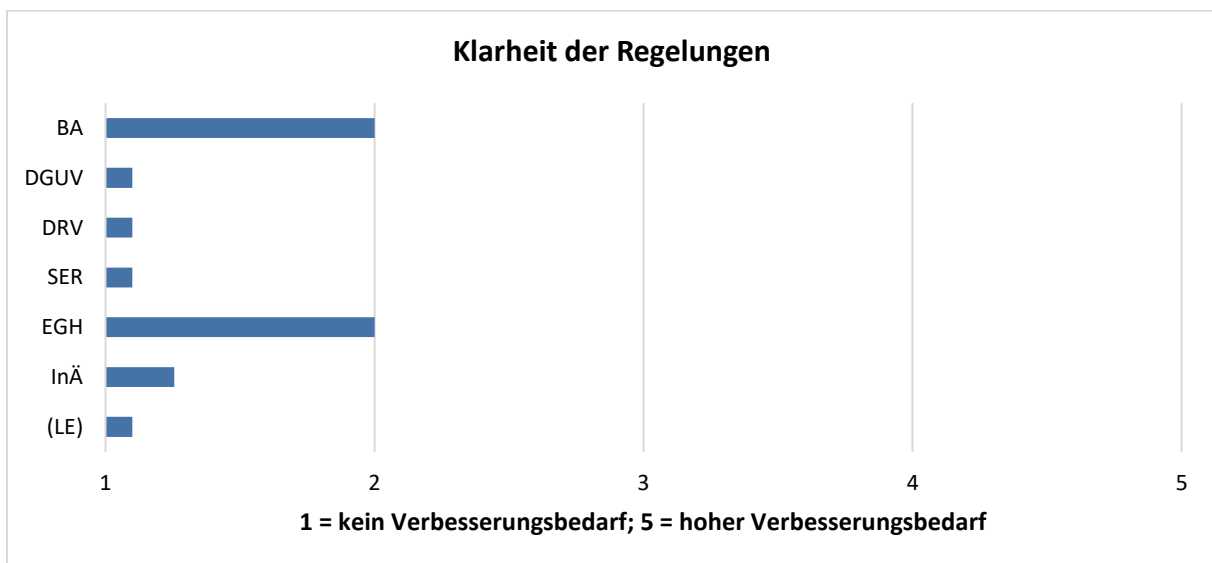
#### 6.5.1.a.: Klarheit der Zielgruppen



Das **IntA RP** meldet als Verbesserungsansatz, dass Möglichkeiten geschaffen werden sollten, Autisten/ASS(Autismus Spektrum Störung) oder ASS-ähnlich betroffene Personen auch über einen Arztbrief/ein Gutachten mit in die Betreuung aufnehmen zu können, auch ohne GdB bzw. GdB < 30, v.a. auch dann, wenn zusätzlich eine Lernbehinderung vorliege.

**6.5.1.b.: Klarheit der Gliederung**

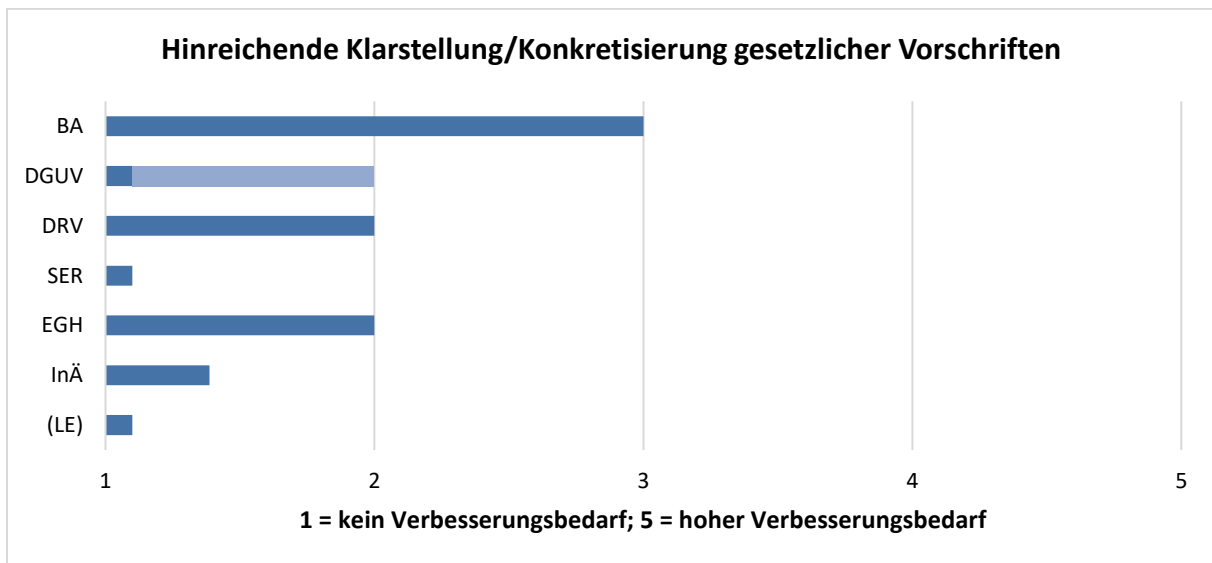
Aus Sicht der **BA** führt die Gliederung der GE teilweise zu Irritationen. Die Anwendung einer numerischen anstatt einer paragraphischen Aufzählung/Gliederung wird gewünscht.

**6.5.1.c.: Klarheit der Regelungen**

Aus Sicht der **BA** ist bei § 4 der GE eine Spezifizierung in Bezug auf die konkreten (inhaltlichen) Aufgaben des IFD wünschenswert.

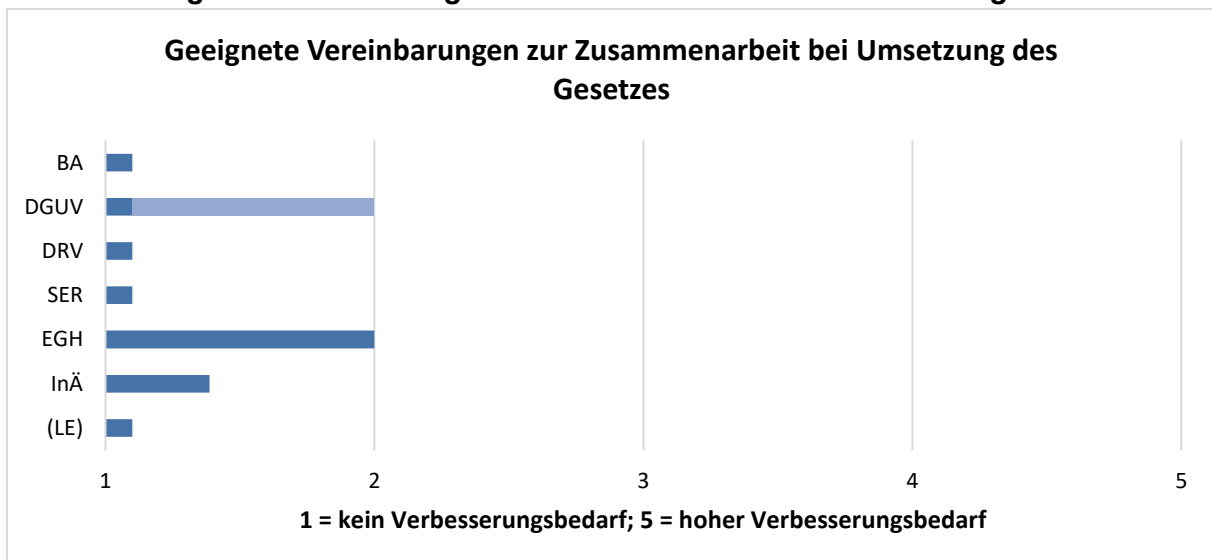
Das **IntA RP** regt insgesamt einfachere Formulierungen, kürzere Sätze und konkrete Beispiele an.



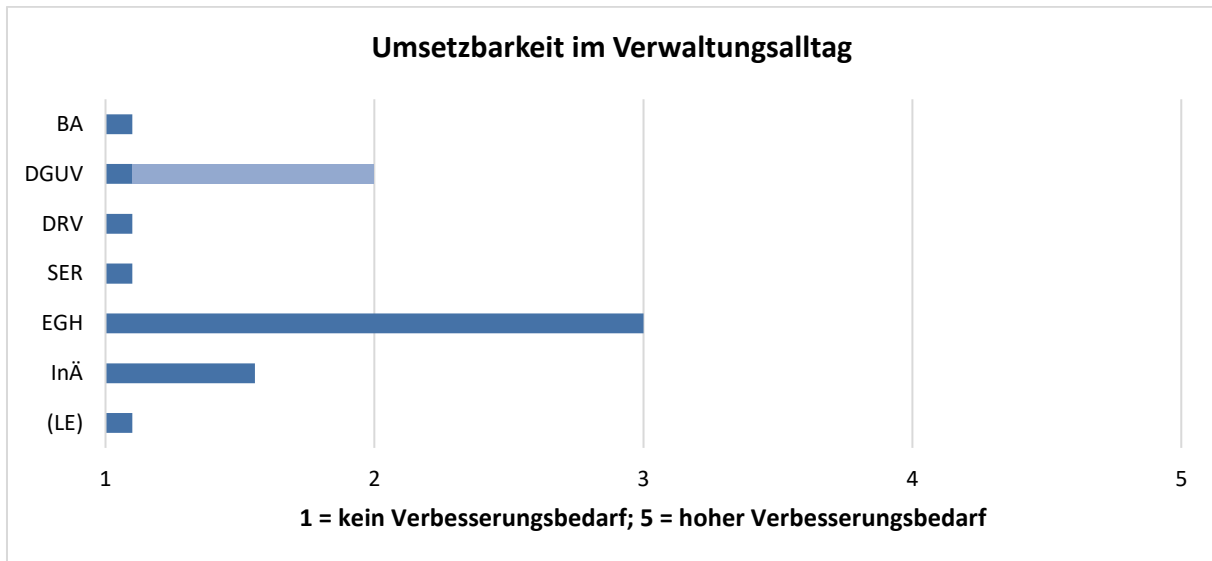
**6.5.1.d.: Hinreichende Klarstellung/Konkretisierung gesetzlicher Vorschriften**

Die **BA** weist darauf hin, dass die Aktualität der GE durch die Einführung des BTHG und des THSG nicht mehr gegeben sei. Die Anpassung der gesetzlichen Normen innerhalb der GE sei notwendig.

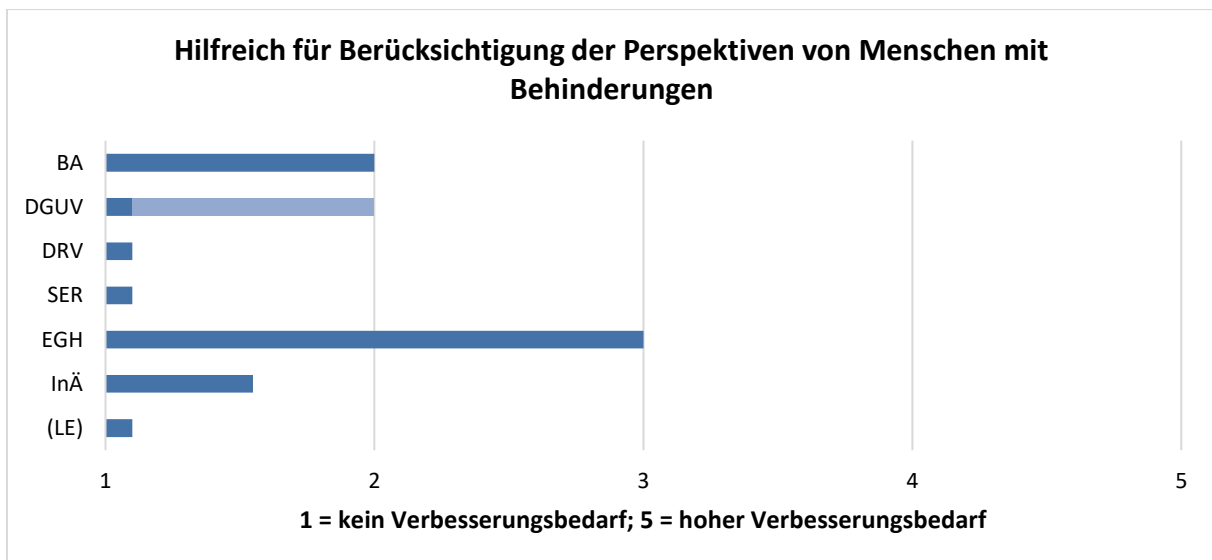
Das **IntA RP** benennt auch hier als Verbesserungsansatz die Konkretisierung anhand von Beispielen aus der Praxis, sieht ansonsten aber die gesetzlichen Vorschriften als klar verständlich an. Angeregt wird, verstärkt auf einfache Sprache für die Betroffenen zu setzen.

**6.5.1.e.: Geeignete Vereinbarungen zur Zusammenarbeit bei Umsetzung des Gesetzes**

Das **IntA RP** benennt auch hier als Verbesserungsansatz die Konkretisierung anhand von Beispielen aus der Praxis, ansonsten laufe die Zusammenarbeit jedenfalls teilweise sehr gut. Die gesetzlichen Regelungen seien den Kostenträgern bekannt (bisher: Berufsgenossenschaft Waren und Handel, Rentenversicherung Land und Bund, Agentur für Arbeit) und würden angewendet.

**6.5.1.f.: Umsetzbarkeit im Verwaltungsalltag**

Das **IntA RP** schätzt die GE als teilweise sehr abstrakt ein, konkrete Beispiele wären hilfreich. Benannt wird als Verbesserungsansatz, der Arbeitsebene der Reha-Träger die Einschaltung der IFD zu ermöglichen. Auch, dass kein direkter Einblick in die Verwaltungsprozesse bei DRV, BG, Agentur für Arbeit bestehe, könne gelegentlich zum Problem werden. Die Digitalisierung verschleppe oft die Bearbeitung. Positiv hingewiesen wird darauf, dass die zur Umsetzung erforderlichen Unterlagen grundsätzlich vorlägen (TN-Vertrag/-vereinbarung, Schweigepflichtsentbindung, Dokumentation (Inhalte der Termine und Absprachen), und auf das Berichtswesen (in Absprache mit den Kostenträgern). Hierbei sei eine Standardisierung durch Formulare QM sichergestellt. Die Anwesenheitserfassung erfolge per Unterschrift.

**6.5.1.g.: Berücksichtigung der Perspektive von Menschen mit Behinderungen**

Die **BA** regt an, die Vorteile der Nutzung der IFD für den Menschen mit Behinderungen noch stärker hervorzuheben.

Aus Sicht des **IntA RP** wird die Perspektive von Menschen mit Behinderungen in der GE nicht wirklich deutlich. Als problematisch stelle sich teilweise dar, dass Berufsbegleitung nur bei schwerbehinderten Menschen möglich sei und keine Möglichkeit der Nachbetreuung bestehe für Menschen, die einen GdB unter 50 haben, psychisch beeinträchtigte Menschen, Menschen mit Lerneinschränkungen, sowie Menschen die von Behinderung bedroht seien.

---

#### **6.5.1.h.: Weitere Ansatzpunkte für Verbesserungen**

Die **DGUV** führt hierzu aus, im Rahmen des Reha-Managements der gesetzlichen Unfallversicherung erfolge die umfassende Planung, Koordinierung und Begleitung der medizinischen Rehabilitation und aller Leistungen zur Teilhabe unter Einbindung aller am Verfahren Beteiligten. Darüber hinaus unterstütze DGUV job z. B. bei der Suche nach einem betrieblichen Umschulungs-/Ausbildungsplatz. Die GE solle daher noch klarer herausstellen, welche Leistungen speziell durch die IFD erbracht werden könnten. Begrüßt wird insoweit das Ziel der aktuellen Überarbeitung, die GE klarer, praxisnäher und transparenter zu gestalten (Hinweis auf § 4 und § 5 der aktuell im Beteiligungsverfahren befindlichen Entwurfsfassung).

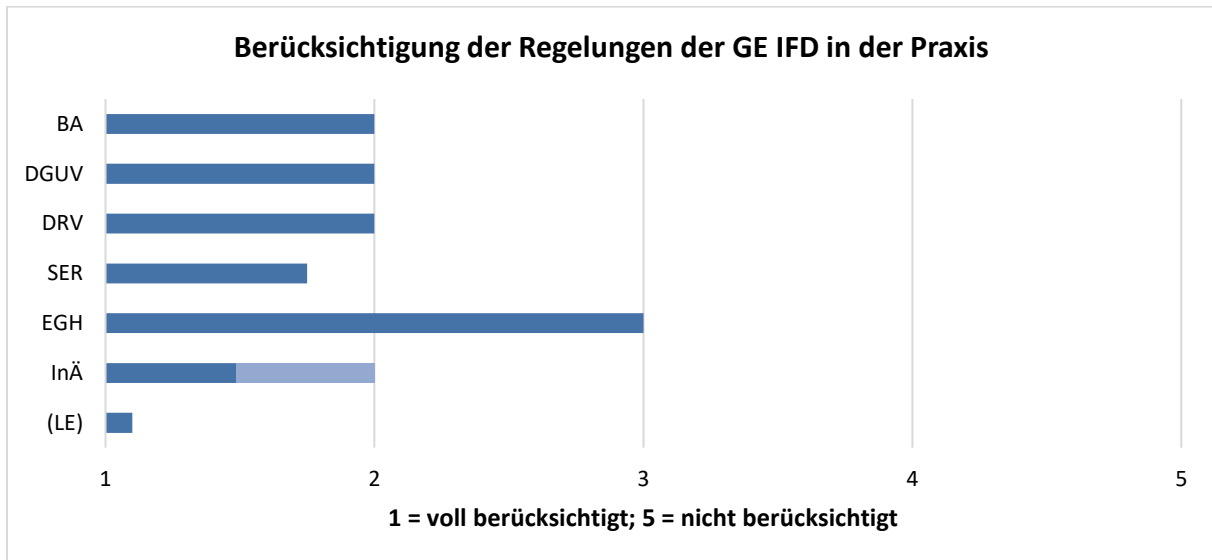
Im Bereich der **SER-Träger** teilt der **KOV-Träger MV** mit, dies könne nicht beurteilt werden, da es sich nicht um eine Reha-Leistung der KOV handele. Auch der **KOF-Träger MV** kann dies nicht beurteilen, da in diesem Bereich IFDe erst zweimal in Anspruch genommen worden seien. Bei diesen Fällen habe es keine Probleme zwischen IFD und Kostenträger gegeben.

Das **IntA RP** regt insgesamt einfachere Formulierungen, kürzere Sätze und konkrete Beispiele an. Wünschenswert sei zudem, vor allem bezüglich des barrierefreien Zugangs für behinderte Menschen zu allen Leistungen, dass im Zuge der Bescheiderteilung LTA eine Kontaktaufnahme durch die Reha-Fachberatung erfolge, damit die Versicherten hier einen Überblick über das Leistungsspektrum der IFD erhalten könnten und ein persönlicher Eindruck entstehen könne. Die in der GE vorgesehene Beauftragung der IFD zur Berufsbegleitung werde nach wie vor seitens der Auftraggeber nicht in Anspruch genommen. Insoweit wird angeregt, die Bekanntheit bei den Reha-Berater:innen zu erhöhen. Benannt wird darüber hinaus:

- Arbeitgeberberatung; fallunabhängige Beratungsmöglichkeiten
- das Informationspotential der jeweiligen Arbeitgeber/Institutionen/Einrichtungen gezielt aktualisieren bzw. generell intensivieren
- bessere Regelung zur Begleitung der Menschen mit Behinderungen durch den IFD im Betrieb im BEM und auch außerhalb eines BEM
- Betreuung von Menschen mit psychischer Erkrankung sollte weiterhin niederschwellig sein

## 6.5.2. Wie bewerten Sie die Umsetzung dieser GE?

### 6.5.2.a.: Berücksichtigung der Regelungen in der Praxis



Laut **IntA RP** wird die GE bei den zugewiesenen Betreuungsfällen berücksichtigt. Nicht aber generell bei Rehabilitand:innen mit Behinderungen. Diese würden nicht als solche im Rehaverfahren identifiziert.

### 6.4.2.b.: Besonders wichtige Regelungsgegenstände

Als besonders wichtig werden benannt:

- Zielgruppen und Aufgaben (§2) (**BA, DGUV, KOF-Träger ST, IntA MV, IntA NW (LWL), IntA RP**)
- insbesondere qualifizierte Beratung der Leistungsberechtigten sowie vertrauensvoller Umgang mit diesen (**KOF-Träger NW (LWL)**)
- niedrighschwelliger Zugang für Arbeitgeber und Arbeitnehmer:innen (**IntA RP**)
- Beauftragung (§ 4) (**BA, DGUV, BAGüS, IntA RP**)
- insbesondere zeitnahe Klärung der Zuständigkeit (Kostenträger) im Einzelfall, gute Zusammenarbeit mit den MA des Integrationsamtes und dem Integrationsfachdienst, Finanzierung (§ 5) (**BA**)
- Abgrenzung der Verantwortlichkeit zur Beauftragung von IFD (**BA**)
- Dokumentation (**IntA RP**)
- Anlage Vergütungspauschalen (**DGUV**)

### 6.4.2.c.: Schwierigkeiten bei der Umsetzung

Aus Sicht der **BA** stellen sich folgende Herausforderungen bei der Umsetzung:

- Wunsch nach einer einheitlichen Dokumentation, regionale Abstimmungsbedarfe zu Berichtsformaten
- Unsicherheiten bei der Dauer von Beauftragungen
- teilweise fehle es weiter an einer Zertifizierung (AZAV) der IFD
- teilweise kurzfristige Betreuungsanfragen vom IFD – Reha-Prüfung erforderlich

Aus Sicht der **DGUV** könnte der Bekanntheitsgrad der regionalen Integrationsfachdienste und ihrer Angebote und Möglichkeiten noch weiter verbessert werden. Während der

Zusammenarbeit werde eine fallbezogene Beständigkeit der IFD-Ansprechpersonen gewünscht, insbesondere im Sinne der Menschen mit Behinderungen und ihrer Arbeitgeber.

Aus dem Bereich der **SER-Träger** teilt der **KOF-Träger MV** mit insoweit keine Erfahrung zu haben. Dem **KOF-Träger NW (LWL)** zufolge läuft die Zusammenarbeit mit den IFD gut und ohne Schwierigkeiten. Der **SER-Träger SN** berichtet, der Kommunale Sozialverband Sachsen unterhalte neben dem Landesversorgungsamt und der Hauptfürsorgestelle auch das Integrationsamt. Das Integrationsamt sei Landeskoordinierungsstelle für die Träger der Integrationsfachdienste. Bei auftretendem Bedarf sei eine unbürokratische Zusammenarbeit unter dem Dach des Kommunalen Sozialverbandes Sachsen gewährleistet. Die GE habe im Berichtszeitraum für das Soziale Entschädigungsrecht keine Bedeutung gehabt. Der **KOV-Träger ST** teilt mit, in den tatsächlich ausgereichten Leistungen spiele Reha eine untergeordnete Rolle.

Laut **BAGüS** ist die Anwendung der GE in der Praxis offenbar sehr unterschiedlich stark ausgeprägt.

Dem **IntA BW** zufolge wird die Nutzung der IFD für Leistungsberechtigte der Rehabilitationsträger immer schwerer. Die Rehabilitationsträger wiesen immer weniger auf die IFD hin und die Fallzahlen seien seit Jahren rückläufig. Die GE-IFD sei gut – in der Praxis sei der Zugang zu den IFD jedoch beschwerlich. Laut **IntA SH** ist die GE ist offensichtlich noch nicht allen Trägern (bzw. Arbeitsebenen der Träger) bekannt. Hier könne mehr Öffentlichkeitsarbeit erfolgen. Das **IntA MV** berichtet von einem starken Rückgang der Beauftragungen auf Grund erhöhter Pauschalen im Vermittlungsbereich. Das **IntA NW (LWL)** berichtet, die Anwendung/Nutzungspraxis der GE IFD sei in der Praxis sehr unterschiedlich stark ausgeprägt. Auch das **IntA RP** berichtet von einer unterschiedlichen, teils guten Praxis und benennt im Einzelnen folgende Herausforderungen:

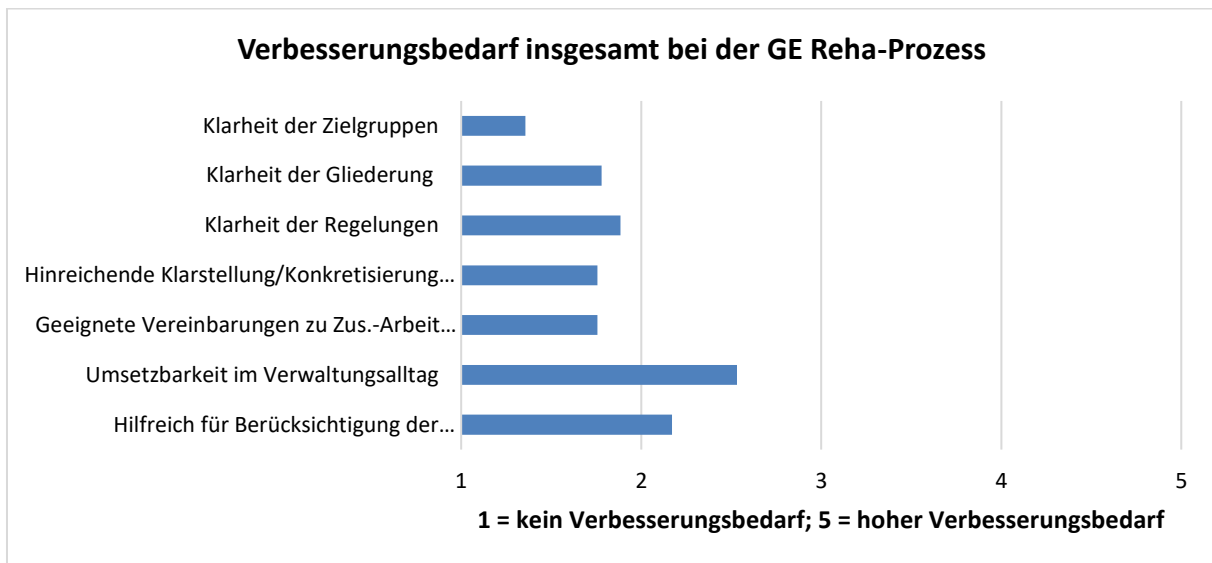
- Kooperationsbereitschaft der Schulen
- im Alltag oft zu wenig Zeit für Koordinierungs- und Netzwerkaktivitäten mit den diversen Akteuren
- genügend Mitarbeitende, Sachbearbeiter:innen und Gutachter:innen, Fluktuationen
- Beauftragung im Arbeitsbereich Vermittlung seien mitunter Einzelfälle. Im Bereich BBD gebe es keine Einschaltungen. Anfragen von Arbeitgebern die nicht in direktem Zusammenhang zu einem abrechenbaren Fall führten, würden nicht vergütet. Jobcenter seien nicht über die Möglichkeit der Einschaltung der IFDe informiert, da sie kein selbständiger Rehabilitationsträger seien.
- Die Versicherten wüssten nicht per se, dass bei Vorliegen einer Schwerbehinderung oder Gleichstellung, die Möglichkeit bestehe, einen IFD in Anspruch zu nehmen.
- Unklarheit bei Versicherten und Auftragnehmern, wie und warum eine Entscheidung über eine Zuweisung zum IFD getroffen werde
- Teils gebe es regional nur sehr wenige (viel zu wenige) Beauftragungen für die IFD gemäß BAR-Vereinbarung. Teilweise sei das Angebot der IFD bei den Reha-Trägern offensichtlich noch nicht präsent genug. Mehr Austausch und Transparenz seien hier sicher sinnvoll/hilfreich, um die Zielgruppe, die auf jeden Fall vorhanden sei und von der fachkompetenten Unterstützung der IFD-Fachdienste profitieren könne und solle.
- Wenn kein direkter Ansprechpartner:in erreichbar sei bei den Leistungsträgern, werde es schwierig. Es brauche einen Mitarbeitenden zur zeitnahen Klärung der Zuständigkeit. Es gebe kaum noch Durchwahlen zu Sachbearbeiter:innen. Servicenummern seien hier wenig hilfreich.
- Teilnahme an BEM-Verfahren

- zeitnahe Erfassung von Dokumenten im digitalen System (Verschleppung führe dazu, dass immer mehr Menschen mit Behinderungen in Hartz 4 abrutschen)

Der **FV Sucht** ist der Ansicht, suchtkranke Menschen mit zum Teil komplexen weiteren Beeinträchtigungen sollten an die umfangreichen Unterstützungsmöglichkeiten besser herangeführt werden.

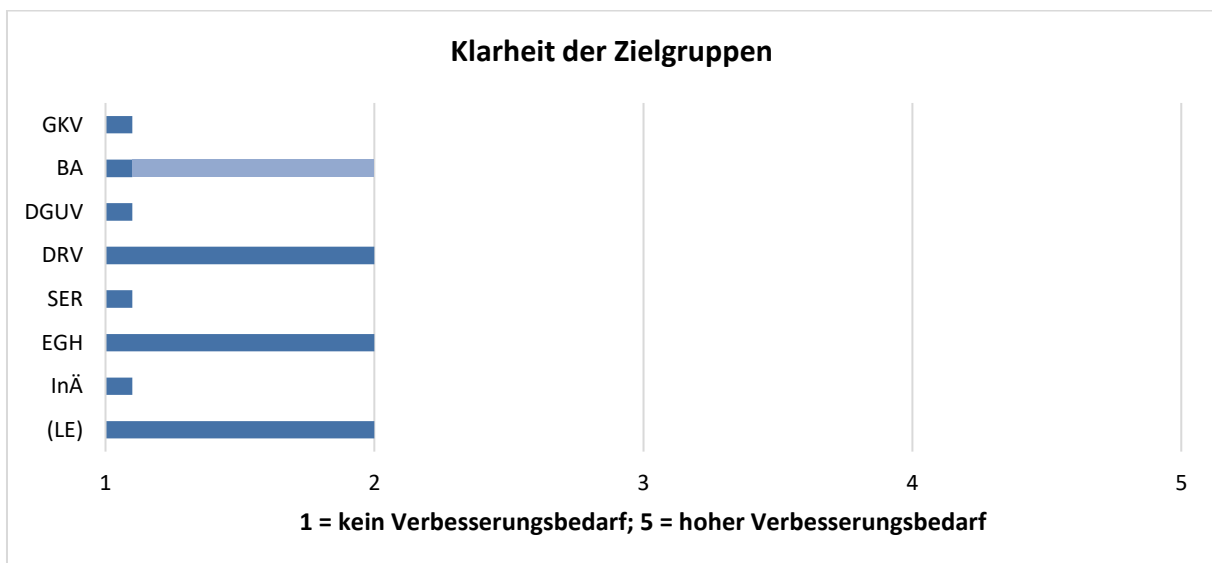
## 6.6. Gemeinsame Empfehlung „Reha-Prozess“ nach § 26 Abs. 1 i.V.m. § 25 Abs. 1 Nr. 1 bis 3 und 6 gemäß § 26 Abs. 2, 5, 7 bis 9 SGB IX

### Überblick:



### 6.6.1. Wo sehen Sie Verbesserungsbedarf bei den Inhalten dieser GE und welchen?

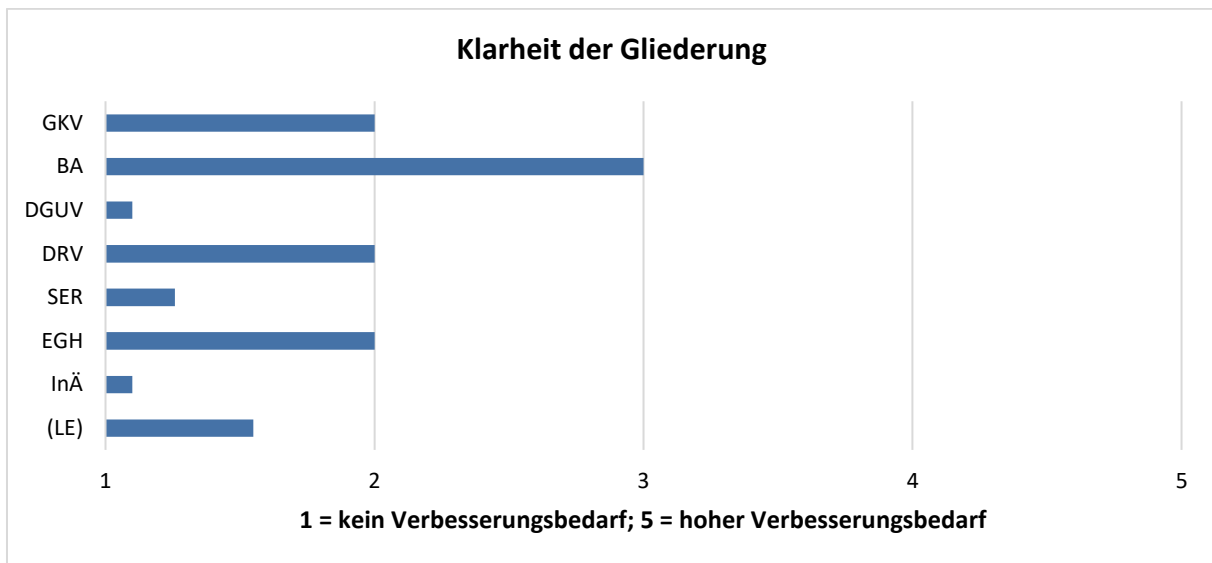
#### 6.6.1.a.: Klarheit der Zielgruppen



Wünschenswert wäre aus Sicht der **GKV** die stärkere Einbeziehung der Eingliederungshilfe und der Jugendhilfe in die Empfehlungen.

Für die **BA** könnte eine deutlichere Unterscheidung zwischen den Zielgruppen der GE und den weiteren Beteiligten die Handhabbarkeit weiter verbessern.

Der **FV Sucht** berichtet, dass Personen mit einer noch geringen Teilhabebeeinträchtigung sich meist nicht mit einer „Behinderungssystematik“ identifizieren, eine frühzeitige Erreichbarkeit sei jedoch wichtig.

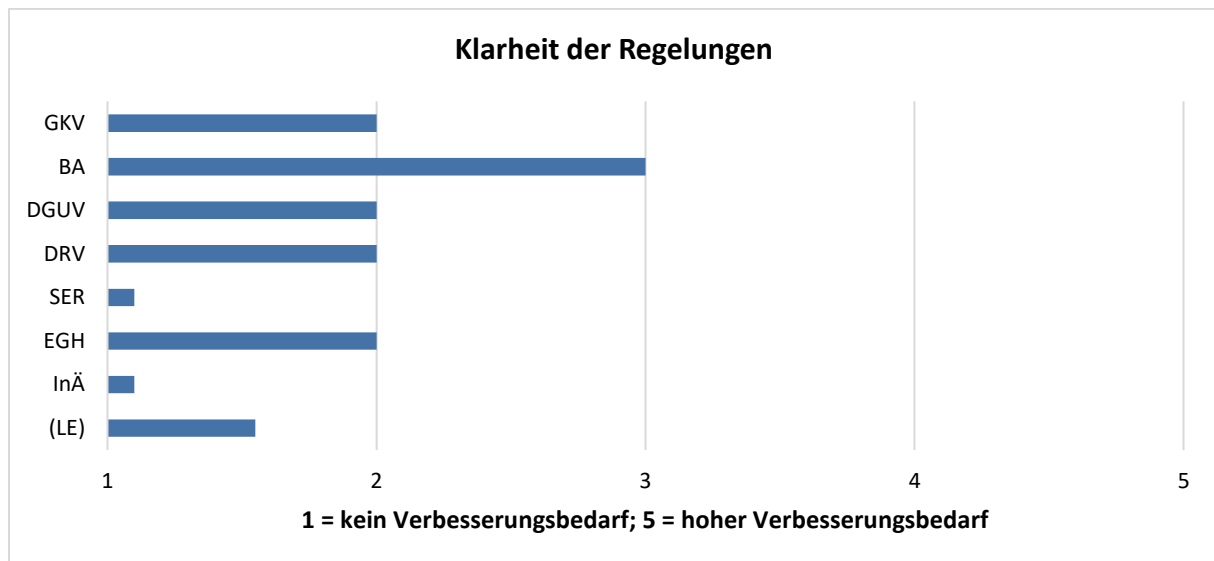
**6.6.1.b.: Klarheit der Gliederung**

Verschiedentlich wird hier eine numerische oder alphanumerische Gliederung anstelle der [in allen GE verwendeten] Gliederung nach §§ angeregt. (**GKV, BA, DRV Bund, KOF-Träger NW (LWL)**), teils unter Hinweis auf die Erwähnung von bzw. Abgrenzung zu Vorschriften des SGB IX in der GE.

Die **BA** führt zudem aus, eine Wiederholung gesetzlicher Grundlagen sei – zugunsten einer Reduzierung des Umfangs der GE – entbehrlich.



### 6.6.1.c.: Klarheit der Regelungen



Aus der Praxis der **GKV** wurde zurückgemeldet, dass es sinnvoll wäre, die Regelungen der Empfehlungen mit Praxisbeispielen zu ergänzen.

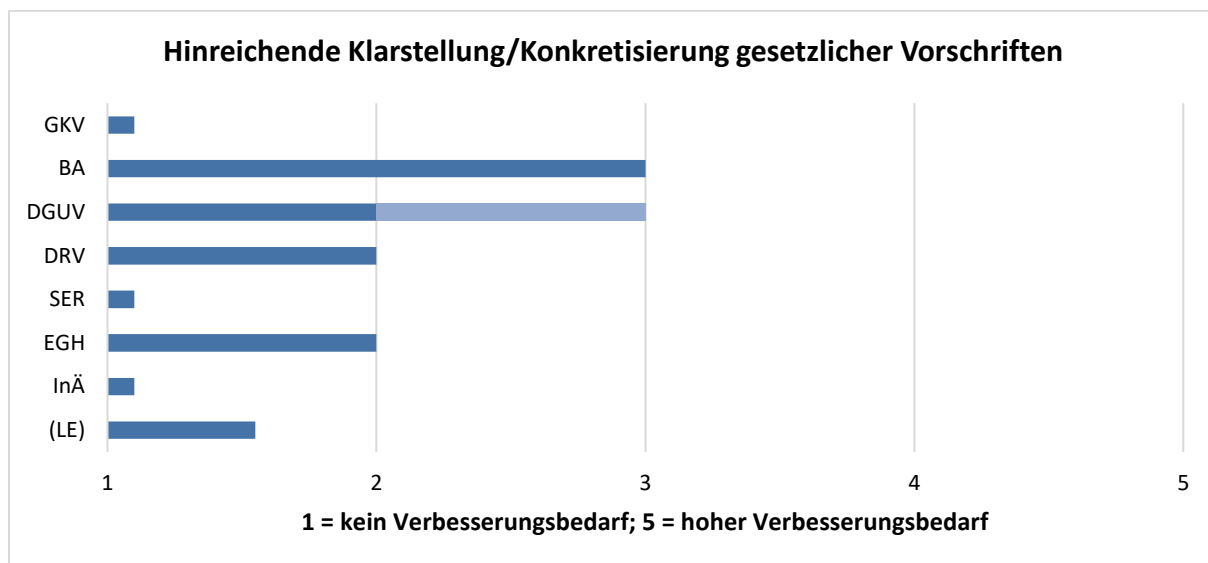
Die **BA** regt folgendes an:

- Vermeidung von langen, schwerverständlichen Schachtelsätzen, dafür einfachere und anwenderfreundlichere Formulierungen
- zur Verbesserung der Verständlichkeit sollten Beispiele ergänzt werden (z.B. Fristen)
- Prozessabläufe sollten mit Hilfe von Schaubildern visualisiert werden
- die Regelungen zum Verfahren bei trägerübergreifendem Rehabilitationsbedarf sollten klarer dargestellt werden
- Verschlinkung der GE (GE Reha-Prozess umfasse [samt 30 Seiten Anlagen] 104 Seiten, häufige Verweise, allgemeine Grundsätze sowie Wiederholungen sollten vermieden werden, Absichtserklärungen, globale Leitlinien, Motive seien entbehrlich und erschwerten die Lesbarkeit, siehe z. B. § 41 Abs. 2 und 3 GE)

Die **DRV Bund** berichtet folgenden Verbesserungsbedarf:

- weitere einheitliche Konkretisierung des Merkmals "fristauslösender Antrag"
- sinnvoll sei ein Hinweis, dass der leistende Reha-Träger auch als zweitangegangener Träger oder nach Turboklärung splitten kann

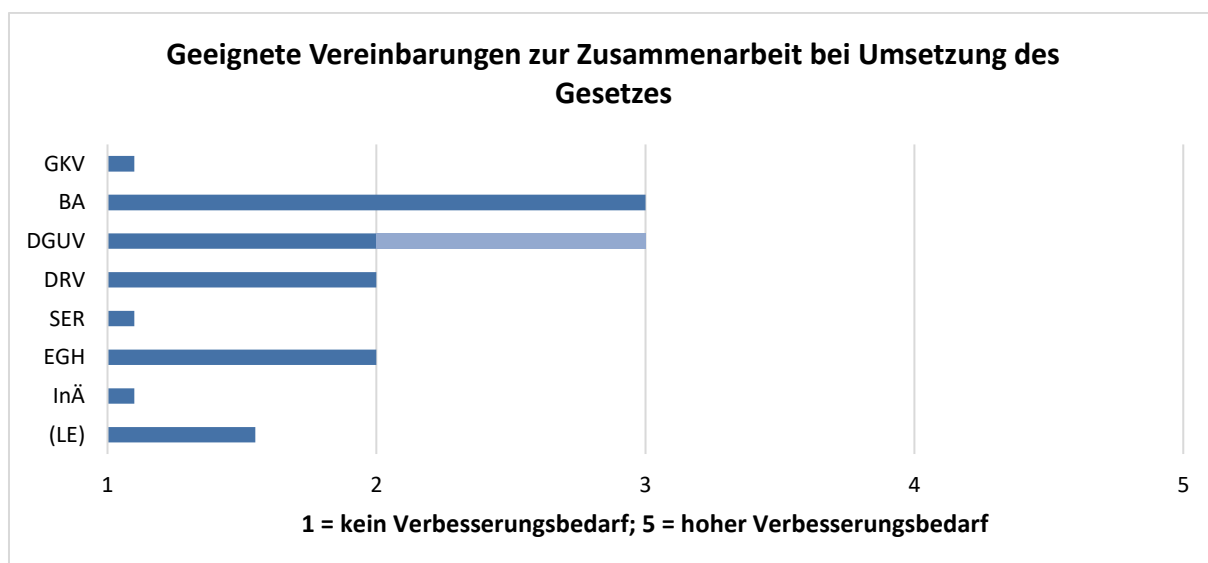
Das **IntA BW** wirft die Frage auf, warum bei Fristen nur der Anfangstermin beschrieben sei (unter Hinweis auf § 187 BGB), nicht aber der Endtermin (§ 188 BGB). Der nicht erfahrene Sachbearbeiter könne dadurch die Frist falsch berechnen (fälschlicherweise einen Tag hinzu rechnen).

**6.6.1.d.: Hinreichende Klarstellung/Konkretisierung gesetzlicher Vorschriften**

Die **BA** sieht folgenden konkreten Verbesserungsbedarf:

- Vermeidung von allgemeinen Aussagen, stattdessen konkrete Regelungen
- Ergänzung der rechtlichen Einordnung der Weiterleitung vom Integrationsamt an den Rehabilitationsträger (§ 22 Abs. 4 GE)
- Konkretisierung bei § 22 Abs. 1 GE (Auslegungsspielraum führt zu Irritationen bei Weiterleitungen nach § 14 SGB IX)
- Konkretisierung, wann ein „vollständiger“ (fristauslösender) Antrag vorliegt
- zeitnahe Anpassung an die Änderungen durch das Teilhabestärkungsgesetz (THSG)

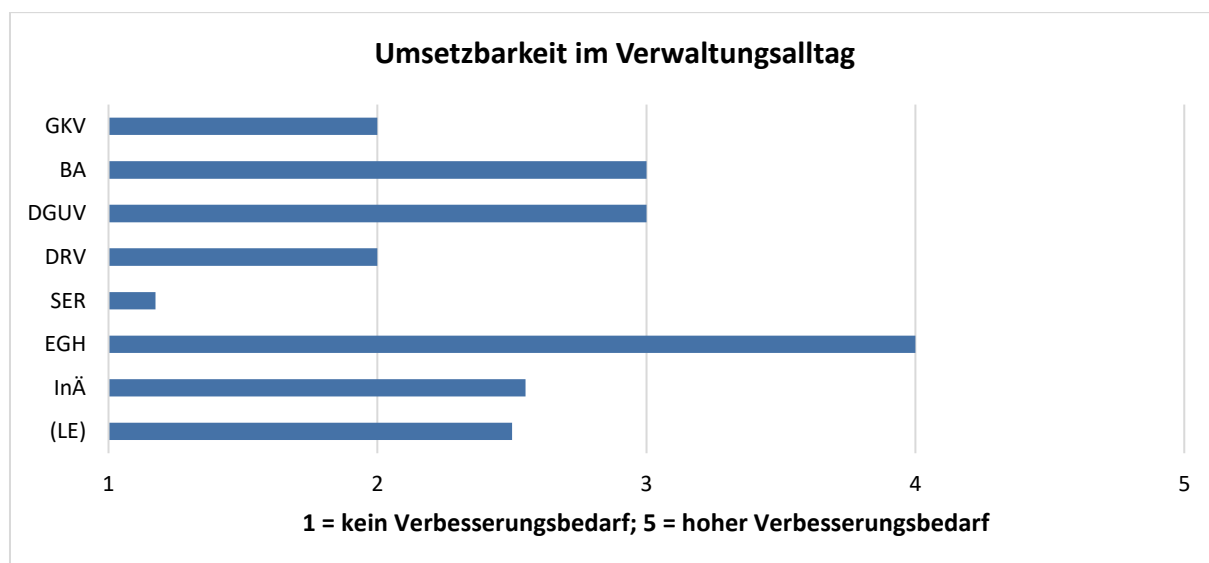
Die **DRV Bund** regt an: Ggf. Prüfung der Auswirkungen von BSG 11.09.2018 AZ: B 1 KR 6/18 R auf § 72. Zudem Prüfung von Anpassungsbedarfen wegen des Teilhabestärkungsgesetzes.

**6.6.1.e.: Geeignete Vereinbarungen zur Zusammenarbeit bei Umsetzung des Gesetzes**

Die **BA** meldet folgenden Verbesserungsbedarf:

- Konkretisierung erforderlich, damit eine unterschiedliche Auslegung der GE durch die Reha-Träger vermieden werden kann
- insbesondere bei den Themen Zuständigkeit, Weiterleitung, Turboklärung und Erstattungsansprüche wäre eine Konkretisierung der Regelungen zur trägerübergreifenden Zusammenarbeit hilfreich
- Orientierungshilfe für Leistungen in WfbM aufnehmen
- Verfahren und Verwaltungsumsetzung der Turboklärung konkretisieren und verbindlich gestalten

### 6.6.1.f.: Umsetzbarkeit im Verwaltungsalltag



Die **BA** regt hier eine engere Einbindung der Träger der öffentlichen Jugend- und der Eingliederungshilfe an, um die Akzeptanz zu erhöhen und eine höhere Verbindlichkeit zu erreichen (nicht nur „Orientierung“).

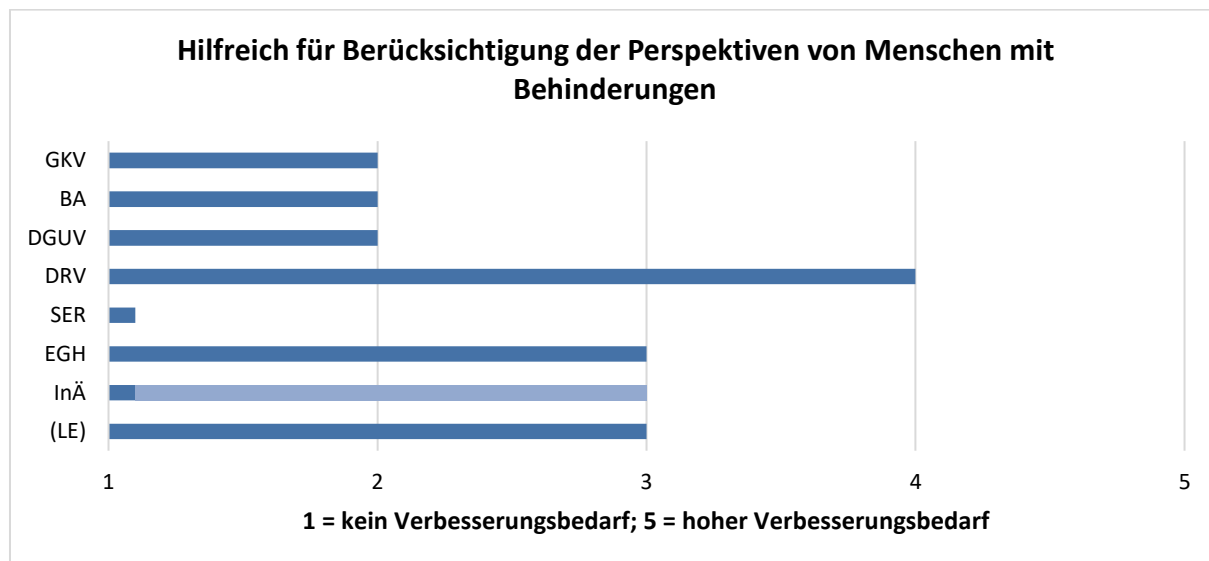
Für die **DRV Bund** ist bei der nächsten Überarbeitung zu prüfen, ob bei bestimmten trägerübergreifenden Teilhabeplanungen Fristenregelungen für die jeweiligen (Teil-)Erstellungen sinnvoll seien.

Die **BAGüS** berichtet, dass nach wie vor die Regelungen zu § 14 den Entscheidern in der Praxis häufig nicht bekannt seien

Die Regelungen der GE sind aus Sicht des **IntA MV** im Verwaltungsalltag umsetzbar, bei der Zusammenarbeit der Integrationsämter mit den Reha-Trägern (z.B. § 44 Abs. 3) werden Schwierigkeiten gesehen, trägerübergreifender Informationsaustausch finde kaum statt.

Für den **FV Sucht** sind die formulierten, möglichst nahtlosen Übergänge richtig, sie würden jedoch oft in der Praxis nicht eingehalten.

### 6.6.1.g.: Hilfreich für Berücksichtigung der Perspektive von Menschen mit Behinderungen



Die **BA** regt hierzu die Stärkung handlungsorientierter Ansätze vor.

Der **FV Sucht** verweist auf seine Anregung zu Frage 6.6.1.a.

### 6.6.1.h.: Weitere Ansatzpunkte für Verbesserungen

Die **GKV** führt aus, um eine leichtere Orientierung in der GE zu ermöglichen, wäre es wünschenswert, in der Inhaltsangabe die Rechtsgrundlagen des SGB IX aufzunehmen. Der Teilhabeplan sei ein zielführendes Instrument für eine trägerübergreifende Zusammenarbeit. Um die Anwendung noch deutlicher zu stärken sollten weitergehende praxisorientierende Aussagen in der GE vorgenommen werden. Insbesondere im Verhältnis zur Eingliederungshilfe sei die Beurteilung einer möglichen Leistungszuständigkeit mit Herausforderungen verbunden. Hier solle mehr „Transparenz“ hinsichtlich der konkreten Leistungen geschaffen werden, z.B. durch die Aufnahme eines Leistungskatalogs als Anlage zur GE Reha-Prozess.

Die **BA** regt an:

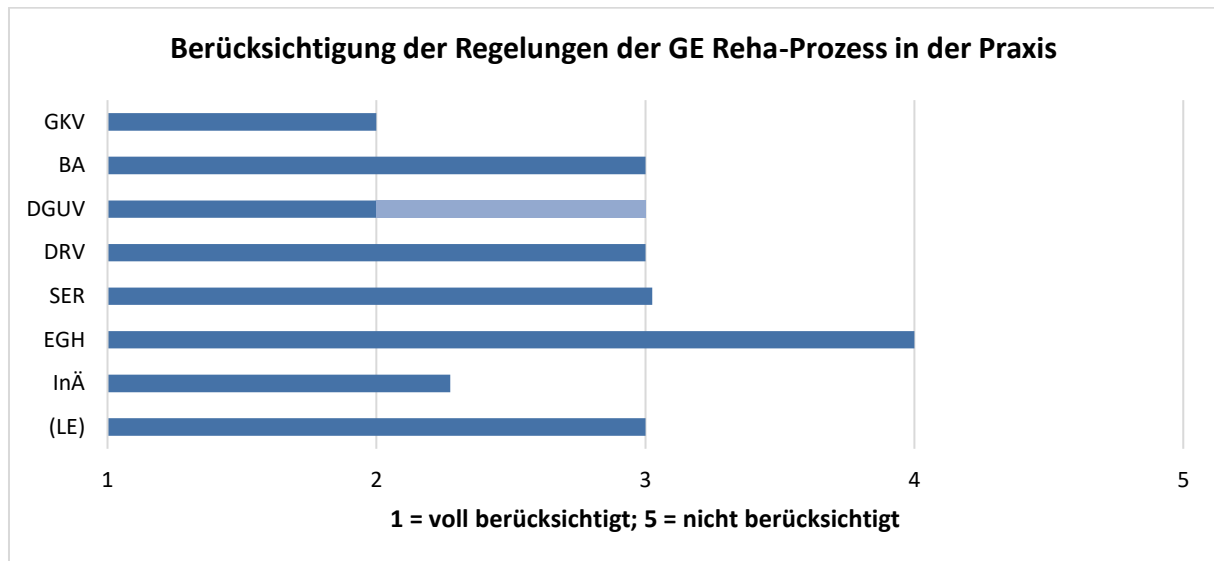
- Überarbeitung der GE als „Nachschlagewerk“ für Reha-Träger und Beteiligte, um auch eine auf Einzelfragen gerichtete schnelle Recherche zu ermöglichen
- Aufnahme einer Ausführung, wie zu verfahren ist, wenn sich das Reha-Ziel z.B. von „dualer Ausbildung“ in „schulische Ausbildung“ ändert (Wechsel der Zuständigkeit im laufenden Reha-Verfahren hin zum Eingliederungshilfeträger)
- Einführung einer Änderungshistorie bzw. bei Überarbeitung die wesentlichen Änderungen kenntlich machen

Die **DRV Bund** weist auf § 89 Abs. 2 der GE hin und regt an, eine Straffung bei der nächsten Überarbeitung zu prüfen.

Der **FV Sucht** merkt an, die Verantwortung in der medizinischen Rehabilitation liege bei der ärztlichen Leitung. Trotzdem solle, wie z.B. in § 85 Abs. 2 auch der Sozialdienst der Einrichtung als „Mitverantwortlicher“ genannt werden – dies erhöhe auch deren Motivation. Die Begrifflichkeit „Arbeitstherapie“ (§ 81 Abs. 3) solle zeitgemäß in „Ergotherapie“ verändert werden.

## 6.6.2. Wie bewerten Sie die Umsetzung dieser GE?

### 6.6.2.a.: Berücksichtigung der Regelungen in der Praxis



### 6.6.2.b.: Besonders wichtige Regelungsgegenstände

Aus Sicht der **GKV** ist die GE ein gutes Instrument um den Prozess der trägerübergreifenden Zusammenarbeit transparent darzustellen und unterstützt und stärkt hierdurch das konkrete Handeln der Rehabilitationsträger. Insgesamt habe sich die GE Reha-Prozess zu einem vertrauten Arbeitsmittel etabliert und werde in der Praxis genutzt. Wichtige Regelungsgegenstände seien die Zuständigkeitsklärung, die Weiterleitung und die Kostenerstattung.

Besonders wichtig für die **BA** sind:

- Rolle und Aufgaben des leistenden Rehabilitationsträgers; Rollenverteilung im Teilhabeplanverfahren
- Fristen im Teilhabeplanverfahren
- Bedarfserkennung (§§ 10 - 18 GE)
- Anhaltspunkte für Fallgestaltungen, in denen LTA-Leistungen in Betracht kommen (§ 11 GE)
- Koordinierungsverantwortung in den Fällen des § 15 SGB IX
- Zusammenarbeit und Informationsaustausch (§16 GE)
- Zuständigkeitsklärung (§§ 19 – 25 GE), insbesondere Sonderfälle der Weiterleitung (§ 22 GE)
- Beteiligungsverfahren (§§ 29 – 31 GE)
- Beteiligung des Menschen mit Behinderungen (§ 45 GE)
- Datenschutz (§ 66 GE)

Die **DRV Bund** teilt mit, der GE sei ganz überwiegend insgesamt eine hohe Wichtigkeit zugesprochen worden. In diesem Rahmen seien denn auch selten nur einzelne Vorschriften genannt worden, sondern meist Kapitel bzw. mindestens Abschnitte. Vor diesem Hintergrund hätten die Kapitel 2 bis 4 den höchsten Stellenwert. Für das Kapitel 2 gälte dies nahezu ohne weitere Unterdifferenzierung. Im Kapitel 3 fänden dann noch einmal die §§ 29 bis 31 besondere Erwähnung. Einzelne DRV-Träger betonten auch die Wichtigkeit des 5. Kapitels.

Der **DGUV** zufolge sind vor allem Kapitel 2 (Zuständigkeitsklärung), Kapitel 3 (Bedarfsermittlung) und Kapitel 7 (Aktivitäten zum bzw. nach Ende einer Leistung zur Teilhabe) wichtig.

Im Bereich der **SER-Träger** werden benannt:

- frühe Bedarfserkennung (**KOF-Träger NW (LWL)**)
- Antragsweiterleitung bzw. Fristen bei der Zuständigkeitsklärung (**SER-Träger MV, KOF-Träger SH, SER-Träger SN, SER-Träger ST**)
- Turboklä rung (**SER-Träger ST**)
- Teilhabep lanung (**KOF-Träger NW (LWL), SER-Träger SN**)
- Gesamtregelungsgegenstand der GE unter Hinweis darauf, dass die GE ein sehr umfangreiches und noch nicht überall bekanntes vollständiges Regelwerk für den Reha-Prozess darstelle (**KOF-Träger NI.**)

Aus Sicht der **BAGüS** sind die Antragsweiterleitung und das Antragssplitting besonders wichtige Regelungsgegenstände.

Das **IntA MV** benennt Kapitel 2 (Zuständigkeitsklärung), das **IntA NW (LWL)** die umfassende Bedarfsfeststellung, Weiterleitung und Antragssplitting.

Der **FV Sucht** benennt allgemein die Beschreibung und Verpflichtung bei den Schnittstellenbeschreibungen.

---

#### **6.6.2.c.: Schwierigkeiten bei der Umsetzung**

Die **GKV** berichtet, die Regelungen und Fristen gem. § 14 SGB IX würden von einigen Reha-Trägern nicht immer beachtet bzw. unterschiedlich ausgelegt.

Die **BA** meldet folgende Herausforderungen:

- Die Zusammenarbeit der jeweiligen Akteure werde dadurch erschwert, dass die GE teilweise den Beteiligten nicht bekannt sei und damit keine Anwendung finde.
- Akzeptanz der Rolle des beteiligten Trägers könne durch Konsens über bestehende gesetzliche Leistungsverpflichtungen verbessert werden.
- Zuständigkeit bei ergänzender bzw. späterer Antragstellung
- vollständige und umfassende Bedarfsklärung durch den leistenden Reha-Träger
- Zusammenarbeit der Akteure (Erreichbarkeit, Reaktionszeiten)
- fehlende Standards bei weitergeleiteten (antragsbegründenden) Unterlagen
- Datenaustausch zwischen den Reha-Trägern (digitale Schnittstelle ist wünschenswert).
- Teilhabep lanverfahren für WfbM-Vorgänge (frühzeitige Einbindung der Eingliederungshilfe-träger ergänzt werden, weil der Verlauf des Eingangsverfahrens und des Berufsbildungsbereiches noch nicht absehbar sei)

Die **DRV Bund** teilt mit, dass teilweise Schwierigkeiten gemeldet worden seien, weil bei Weiterleitung die Leistung schon angetreten gewesen sei. Weiterhin vorhanden, aber in geringerem Umfang sei der Hinweis, dass unklare Zuständigkeiten bei örtlichem und überörtlichem Trägern der Eingliederungshilfe Schwierigkeiten verursachten. Einzelne Träger hätten angemerkt, dass der Umfang der GE eine Herausforderung darstelle.

Die **DGUV** berichtet, seit dem letzten Erfahrungsbericht hätten einige Verbesserungen in der Zusammenarbeit erzielt werden können. Corona-bedingt seien die Netzwerkstrukturen nicht wesentlich weiter ausgebaut worden, was noch immer zu Reibungspunkten mit den anderen Trägern führe (unterschiedliche Auffassungen bzgl. des Umgangs mit Anträgen und Zuständigkeitsregelungen, unterschiedliche Beurteilungen des Reha-Bedarfs und der erforderlichen Reha-Maßnahmen). Von mehreren UV-Trägern werde angemerkt, dass weiterhin bei anderen Reha-Trägern zu wenig Kenntnisse der gegenseitigen Arbeitsweisen und gesetzlichen

Grundlagen vorhanden seien. Aufgrund der engen Fristen sei ein Ausbau der Digitalisierung in der Reha-Träger-übergreifenden Zusammenarbeit hilfreich.

Im Bereich der **SER-Träger** melden die **SER-Träger MV** die Weiterleitung bei Unzuständigkeit bzw. bei ungeklärter Behinderungsursache als Schwierigkeit. Dem **KOF-Träger NW (LWL)** zufolge gibt es keine Schwierigkeiten. Der **SER-Träger SN** berichtet, die allgemeingültigen Anhaltspunkte der GE „Reha-Prozess“ zum Stand Februar 2019 würden in der Teilhabe-Bedarfs-Ermittlung, speziell im Sächsischen Integrativen Teilhabeplan (ITP) berücksichtigt. Die Umsetzung hänge dabei generell von den jeweiligen Beteiligten ab. Das Soziale Entschädigungsrecht (SER) sei für den anspruchsberechtigten Personenkreis Kostenträger für alle Leistungen zur Teilhabe im Sinne des § 5 SGB IX. Anderen Reha-Trägern (z.B. Jugendämtern, örtliche Träger der EGH, Agentur für Arbeit, RV-Träger) falle es oft nicht leicht, bei allgemein formulierten Anträgen oder Anträgen mit mehreren Reha-Bedarfs-Inhalten eine gezielte Antragsbewertung im Sinne des § 14 SGB IX vorzunehmen. Des Öfteren würden Anträge verfrüht oder zu Unrecht an den Träger der Kriegsopferfürsorge/die Hauptfürsorgestelle oder der Heil- und Krankenbehandlung (Versorgungsträger) weitergeleitet. Auf Grund der besonderen Regelungen im Sozialen Entschädigungsrecht (v.a. Feststellung eines schädigungsbedingten Bedarfs) seien zusätzliche Herausforderungen gegeben, um eine sachgerechte Antragszuordnung zum jeweiligen Leistungsträger treffen zu können. Deshalb sei die bilaterale Fortschreibung von Verfahrensabsprachen zwischen einzelnen (möglichen) Reha-Trägern auch in der Zukunft unerlässlich (Anm. vor allem mit Blick auf das SGB XIV). Eine den ICF-Klassen folgende umfassende Teilhabe-Bedarfs-Ermittlung und Teilhabe-Planung im individuellen Einzelfall sei z.B. für die Hauptfürsorgestelle in Sachsen nur unter Beteiligung des allgemeinen Trägers der Eingliederungshilfe möglich, da gerade für die Durchführung einer sozialpädagogischen Teilhabeplanung mittels ITP kein eigenes Fachpersonal zur Verfügung stehe. Der enorme, zeitliche Mehr- und damit auch zusätzliche Personalaufwand, der zur Durchführung einer umfassenden Teilhabeplanung und -beratung spätestens seit Inkrafttreten der 3. Reformstufe des BTHG notwendig sei, erschwere derzeit die Umsetzung der in der Theorie umfassend und weitreichend umschriebenen Werkzeuge der GE Reha-Prozess. Trotz Knappheit personeller Ressourcen werde der Umsetzung der GE, aus Behördenperspektive, sehr gut Rechnung getragen. Die Fortschreibung und Anpassung der GE Reha-Prozess sei von Interesse für die Praxis. Die **SER-Träger ST** schildern den Eindruck, Träger der gesetzlichen Rentenversicherung (DRV) leiteten ohne vertiefte Prüfung auch solche Anträge weiter, bei denen die Zuständigkeit des Weiterleitungsadressaten aus dessen Sicht eher unsicher sei. Eine Turboklärung lehne die DRV in der Regel ab, auf schriftliche Nachfragen erfolge keine Antwort. Der **KOF-Träger SH** schildert Schwierigkeiten bei der Weiterleitung bei Anträgen besonders bei den Krankenkassen. Es würden Anträge weitergeleitet, ohne einen Reha-Träger zu benennen und ohne erkennbare Überlegung, welcher Reha-Träger tatsächlich zuständig sein könne.

Die **BAGüS** benennt das Antragsplitting als besondere Schwierigkeit.

Dem **IntA MV** zufolge gibt es Schwierigkeiten zum Teil bei der Klärung der Zuständigkeit. Es gebe regelmäßig bei Mitarbeitenden der verschiedenen Reha-Träger Unklarheiten bei den Zuständigkeiten und dem Weiterleiten innerhalb der 14-Tage-Frist. Gegebenenfalls solle in diesem Zusammenhang auch auf die Verwaltungsvereinbarung der BAR zur Begleitenden Hilfe im Arbeitsleben von 2020 verwiesen werden. Weiterhin gebe es keine bzw. kaum Zusammenarbeit des Integrationsamtes mit den Reha-Trägern außerhalb konkreter Leistungsfälle. Das **IntA NW (LWL)** benennt Antragsplitting und hier die Besonderheiten der Regelungen für Integrationsämter. Das **IntA SH** merkt an, die GE sei offensichtlich noch nicht

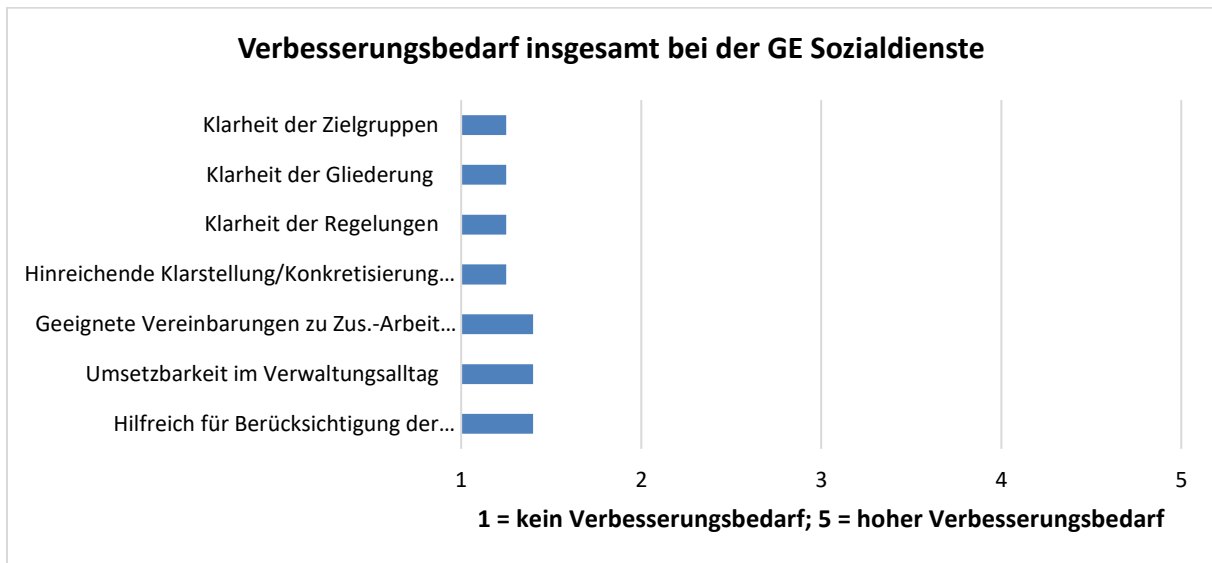
allen Trägern (bzw. Arbeitsebenen der Träger) bekannt. Hier könne mehr Öffentlichkeitsarbeit erfolgen.

Der **FV Sucht** verweist auf seine Anmerkungen zu Frage 6.6.2.b.



## 6.7. Gemeinsame Empfehlung „Sozialdienste“ nach § 26 Abs. 2 Nr. 10 SGB IX

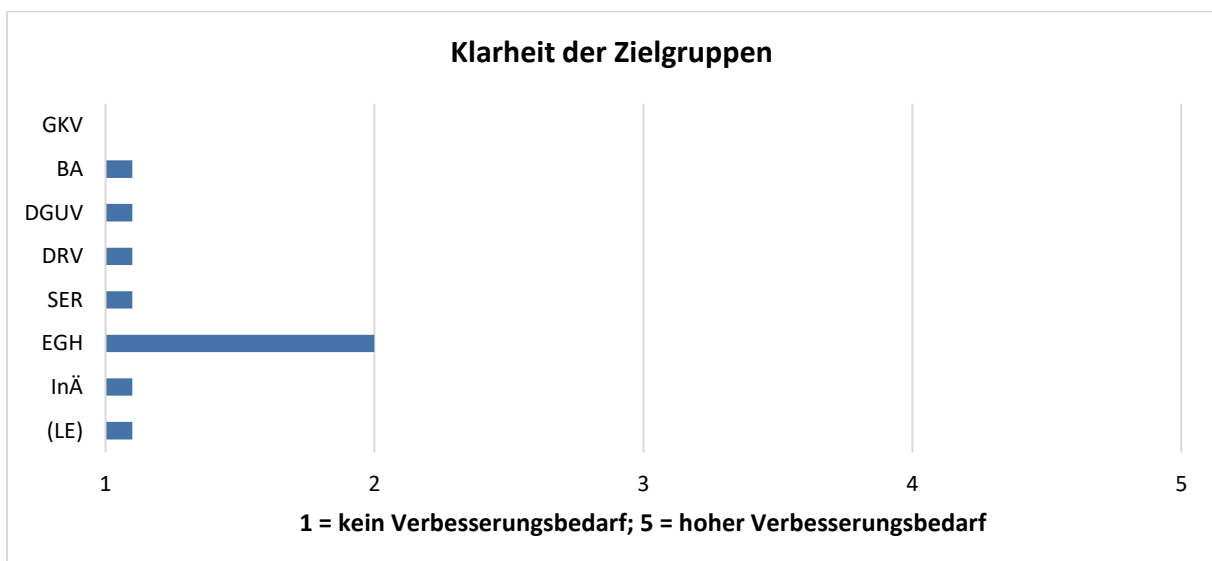
### Überblick:



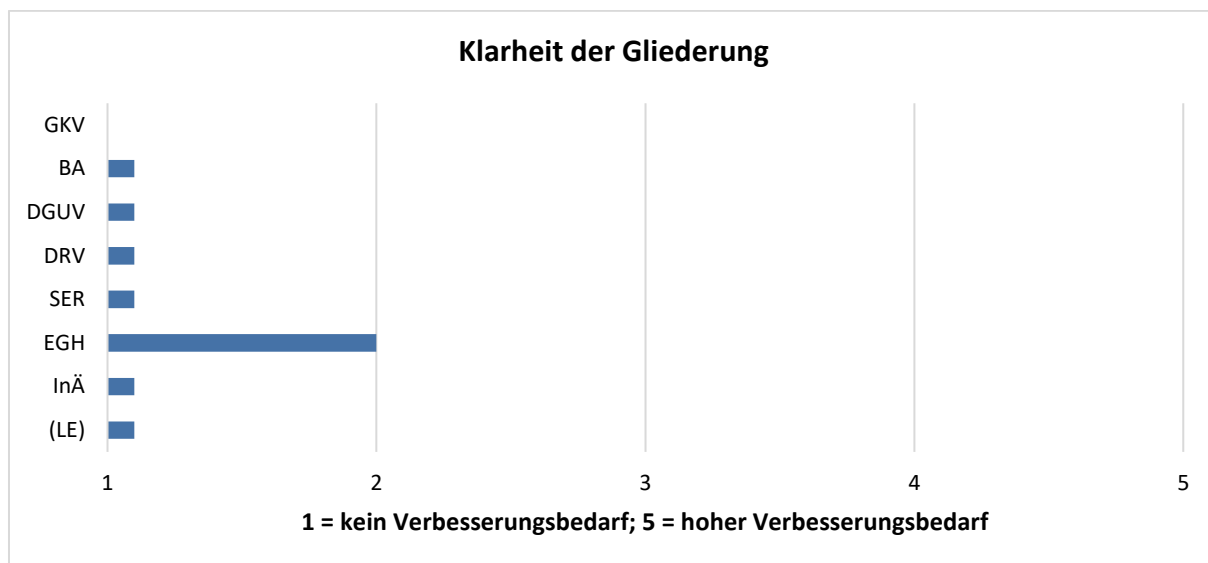
Hinweis: Die GE wird derzeit überarbeitet, zum Zeitpunkt der Berichtslegung läuft das Zustimmungsverfahren.

### 6.7.1. Wo sehen Sie Verbesserungsbedarf bei den Inhalten dieser GE und welchen?

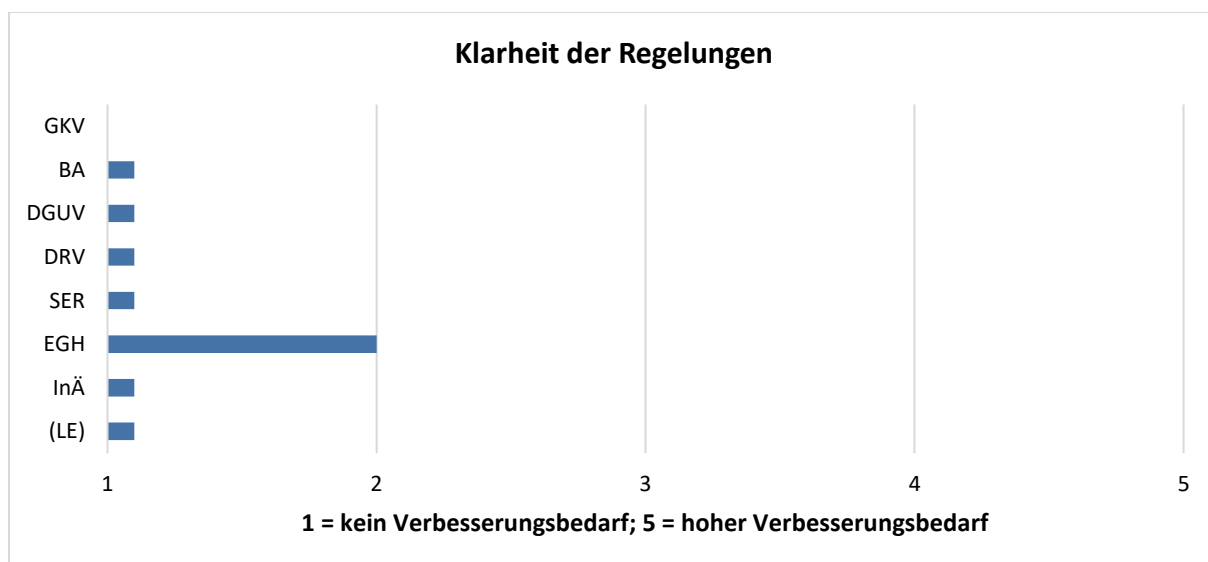
#### 6.7.1.a.: Klarheit der Zielgruppen

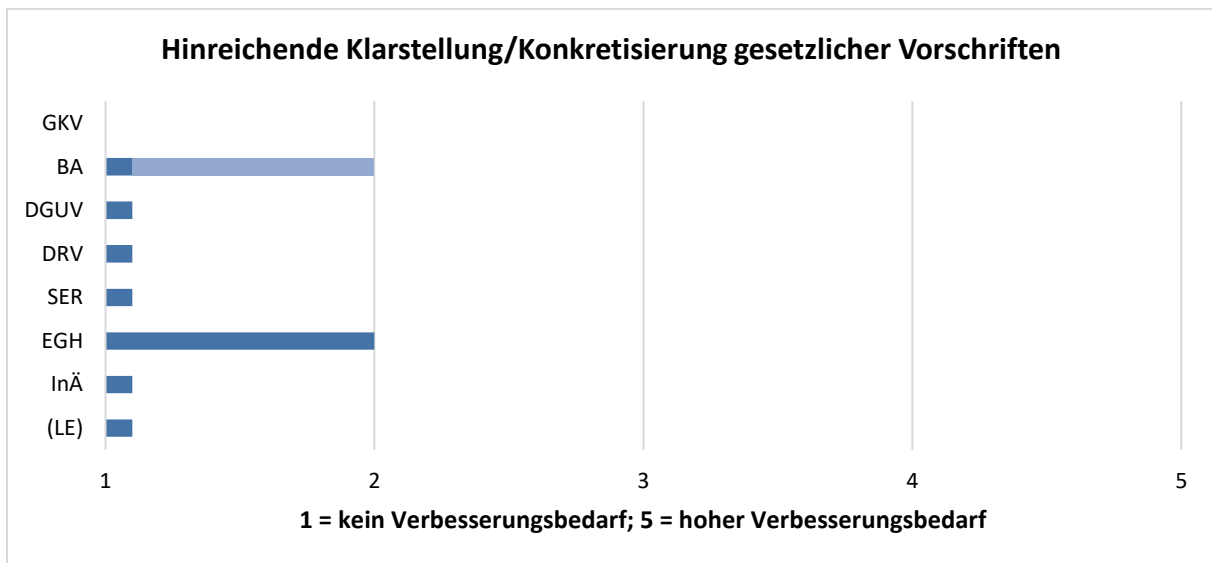


**6.7.1.b.: Klarheit der Gliederung**

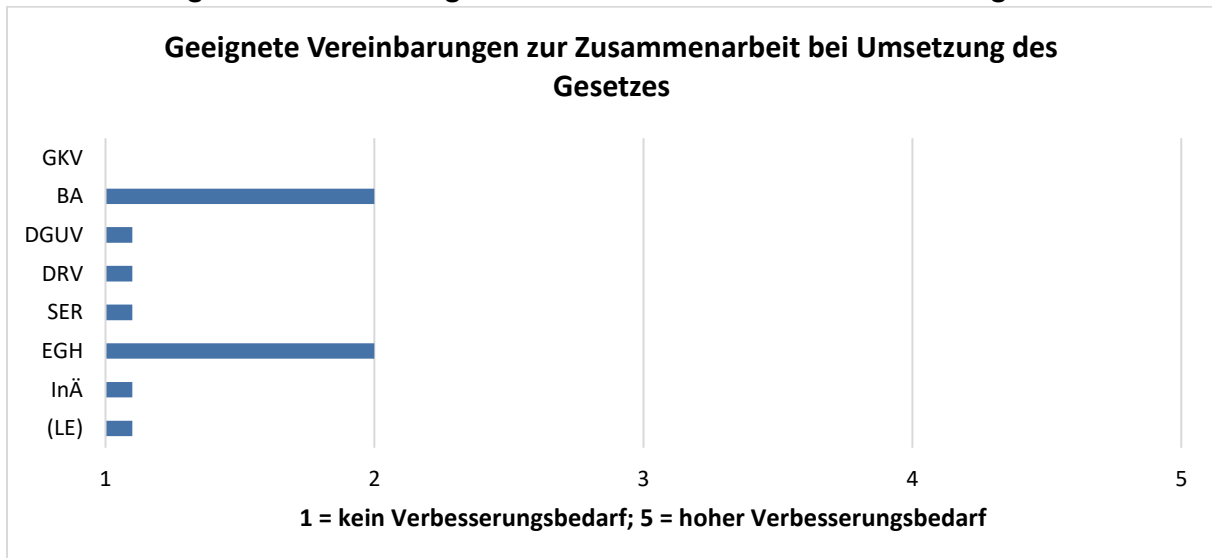


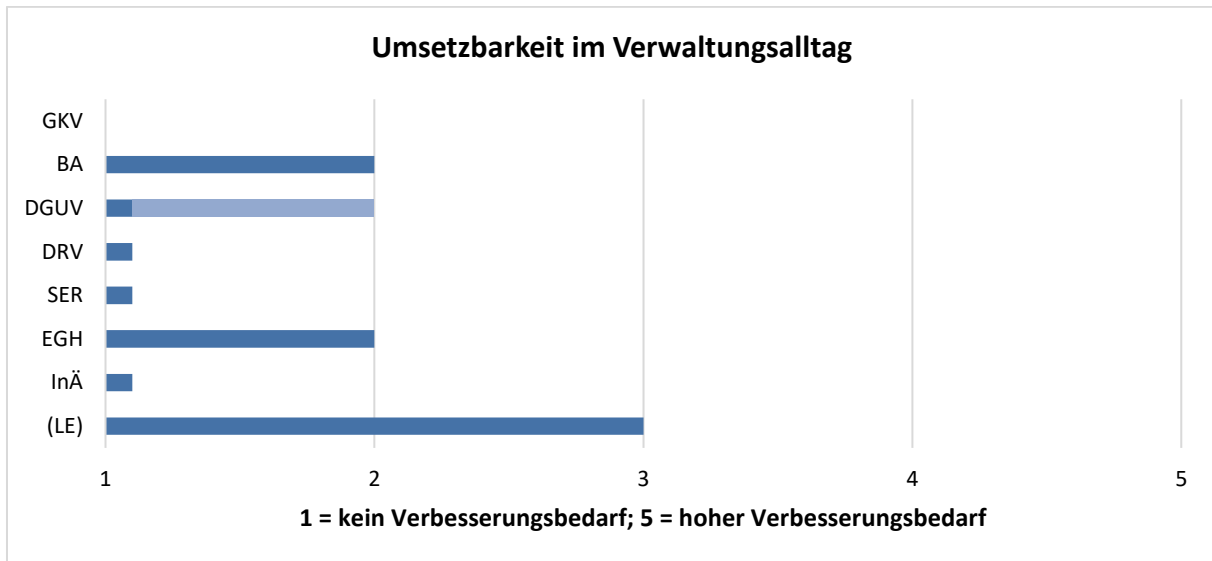
**6.7.1.c.: Klarheit der Regelungen**



**6.7.1.d.: Hinreichende Klarstellung/Konkretisierung gesetzlicher Vorschriften**

Aus Sicht der **DGUV** sollten die im Text genannten Vorschriften verlinkt bzw. als Anhang abgedruckt sein. Damit entfällt ein "Nachschlagen" über den Inhalt der jeweiligen Vorschrift.

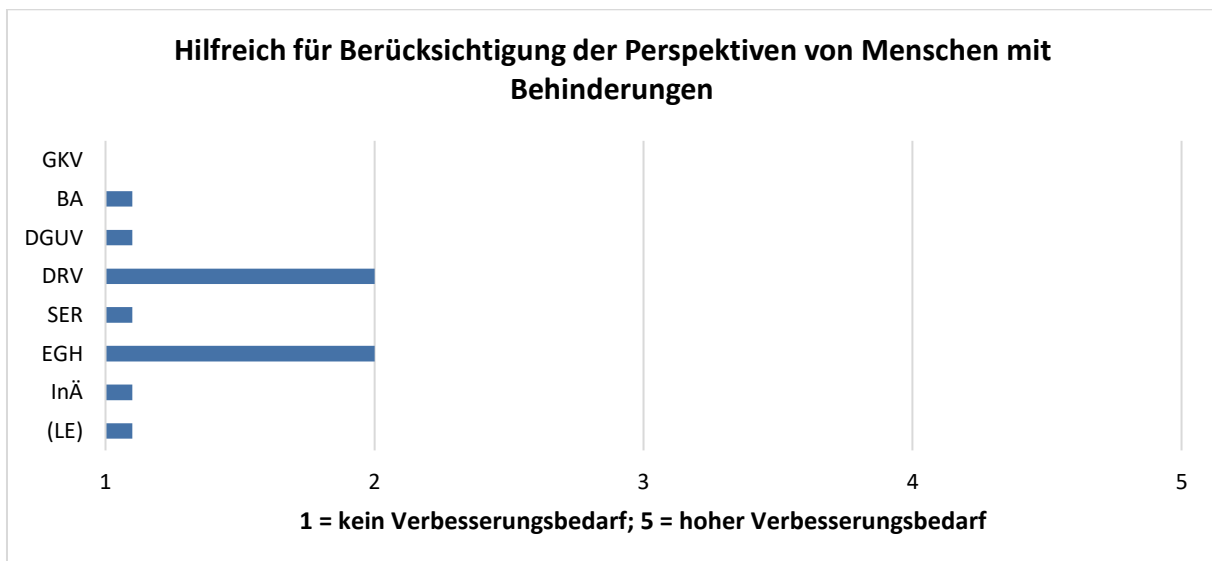
**6.7.1.e.: Geeignete Vereinbarungen zur Zusammenarbeit bei Umsetzung des Gesetzes**

**6.7.1.f.: Umsetzbarkeit im Verwaltungsalltag**

Laut **BA** ist die Vereinbarung nicht allen Beteiligten (Schnittstellen) bekannt.

Für die **DGUV** wäre bei Bedarfsmeldungen von versicherten Personen die direkte Kontaktaufnahme des Sozialdienstes mit dem Reha-Management des Unfallversicherungsträgers (UVT) wünschenswert. Die Ansprechpersonen in den UVT seien den jeweiligen Ärzt:innen i.d.R. bekannt, hier müsse ggf. die Kommunikation zum Sozialdienst innerhalb dieser Einrichtungen verbessert werden.

Für den **KOF-Träger NW (LWL)** ist die GE grundsätzlich wenig praxisrelevant für die KOF, da sie sich eher an die Sozialdienste selber wende.

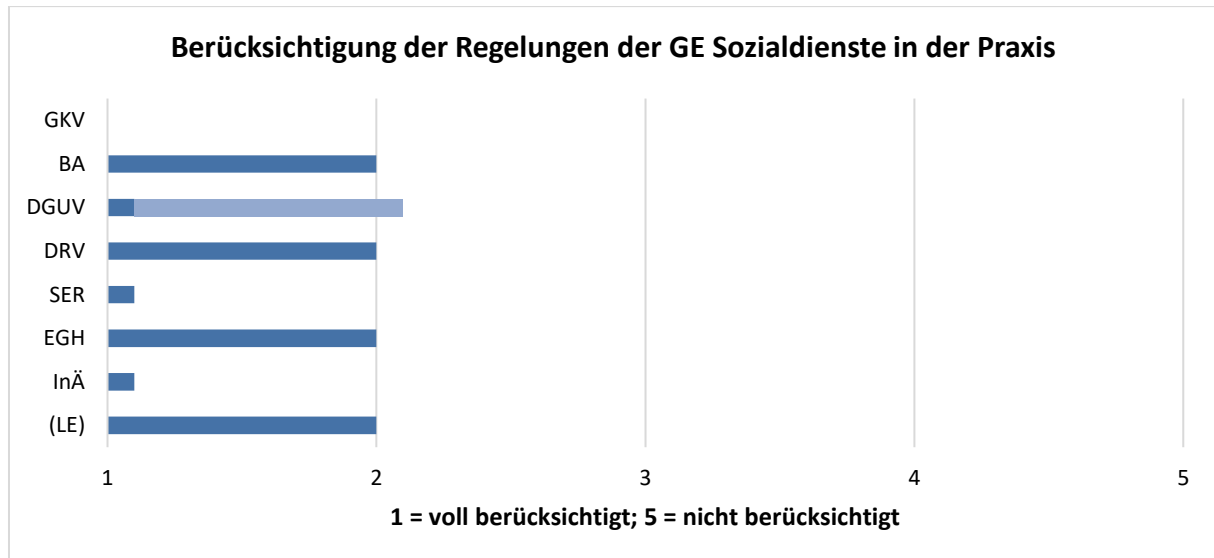
**6.7.1.g.: Hilfreich für Berücksichtigung der Perspektive von Menschen mit Behinderungen**

### 6.7.1.h.: Weitere Ansatzpunkte für Verbesserungen

Die **SER-Träger MV** weisen darauf hin, dass keine Erfahrungswerte vorlägen.

## 6.7.2. Wie bewerten Sie die Umsetzung dieser GE?

### 6.7.2.a.: Berücksichtigung der Regelungen in der Praxis



Die **SER-Träger TH** teilen mit, dass die GE für den Bereich der Kriegsopferversorgung (HuK) und Kriegsopferversorgung nach wie vor kaum praktische Bedeutung habe und bezüglich der GE Sozialdienste keine Erfahrungen vorlägen. Das neue Soziale Entschädigungsrecht (SGB XIV) schreibe schnelle Hilfen und Fallmanagement als Rechtsanspruch für den besonderen Personenkreis vor. Ob sich daraus auch mehr Berührungspunkte zu den GE und eine engere Zusammenarbeit mit Auskunfts- und Beratungsstellen anderer Rehabilitationsträger ableiten ließen, bleibe abzuwarten. Alle GE, also auch die GE „Sozialdienste“, seien gegenüber den Empfehlungen der Kriegsopferversorgung (KOF-E) nachrangig. Die KOF-E seien trägerspezifische Arbeitsanleitungen für die Sachbearbeitung im Sozialen Entschädigungsrecht. Hier sei auf die konkreten Sachverhalte und Besonderheiten des Sozialen Entschädigungsrechts abgestellt. Somit hätten nach Auffassung der SER-Träger TH die KOF-E gegenüber den allgemeinen, für alle Rehabilitationsträger formulierten Empfehlungen, Vorrang. Es bestünden jedoch keine Bedenken bzw. Einwände, der vorliegenden GE „Sozialdienste“ zuzustimmen.

### 6.7.2.b.: Besonders wichtige Regelungsgegenstände

Die **BA** benennt:

- § 3 Abs. 3: Frühzeitige Einbindung der Reha-Träger oder auch Leistungserbringer
- § 4: Kooperation zwischen Sozialdiensten und Rehabilitationsträgern
- die schwerpunktmäßige Ausrichtung der Sozialdienste in der medizinischen, beruflichen und gesellschaftlichen Teilhabe erleichtere die Abgrenzung der Aufgaben
- Aufgaben der Sozialdienste, Art und Weise der Zusammenarbeit
- frühzeitiger Beratungsauftrag an die Sozialdienste
- die Einbindung der Sozialdienste auf Wunsch des Rehabilitand:innen
- die Sozialdienste seien wegen ihrer engen Zusammenarbeit mit allen beteiligten Stellen im Reha-Prozess wertvoll

Die **DRV Bund** erachtet als besonders wichtig v.a. die Regelungsgegenstände des § 3 „Aufgaben von Sozialdiensten im Rahmen des Reha-Prozesses“ und § 4 „Kooperation zwischen Sozialdiensten und Rehabilitationsträgern“.

Auch die **DGUV** benennt § 4 als besonders wichtigen Regelungsgegenstand.

Die **KOF-Träger MV, NI und ST** weisen darauf hin, dass keine oder kaum Erfahrungswerte vorlägen. Der **KOF-Träger NW (LWL)** berichtet, dass die Beratung ausführlich und fallbezogen und fallorientiert erfolgen solle. Für den **KOV-Träger ST** sind die geregelten Aufgaben von Sozialdiensten besonders relevant.

Die **BAGüS** teilt mit, dass die GE für ihre Mitglieder nur geringe praktische Bedeutung habe. Für den **FV Sucht** ist die Einhaltung der Fristen besonders relevant.

---

### **6.7.2.c.: Schwierigkeiten bei der Umsetzung**

Die **BA** merkt folgende Schwierigkeiten an:

- Umsetzung der Regelungen gestalte sich z. T. sehr zeitaufwändig.
- Die Vereinbarung sei den Beteiligten (Schnittstellen) teilweise nicht bekannt und werde in der Folge auch nicht berücksichtigt.
- Die Rolle der Sozialdienste als Koordinator (Fokus auf neutrale Information und Beratung) sei teilweise nicht klar abgegrenzt, insbesondere in Bezug auf eine vorherige Rücksprache mit dem leistenden Reha-Träger vor einer „Festlegung“ der weiterführenden Maßnahmen.
- Die Zusammenarbeit auf regionaler Ebene (z. B. in Form von regionalen Austauschformaten) sei noch ausbaufähig.
- überwiegend schriftliche Kommunikation
- Ein zeitnaher Eingang von Unterlagen, z.B. Empfehlungen aus Kliniken, würde den Beratungsprozess optimieren.

Die **DRV Bund** teilt mit, besondere Schwierigkeiten seien nicht bekannt.

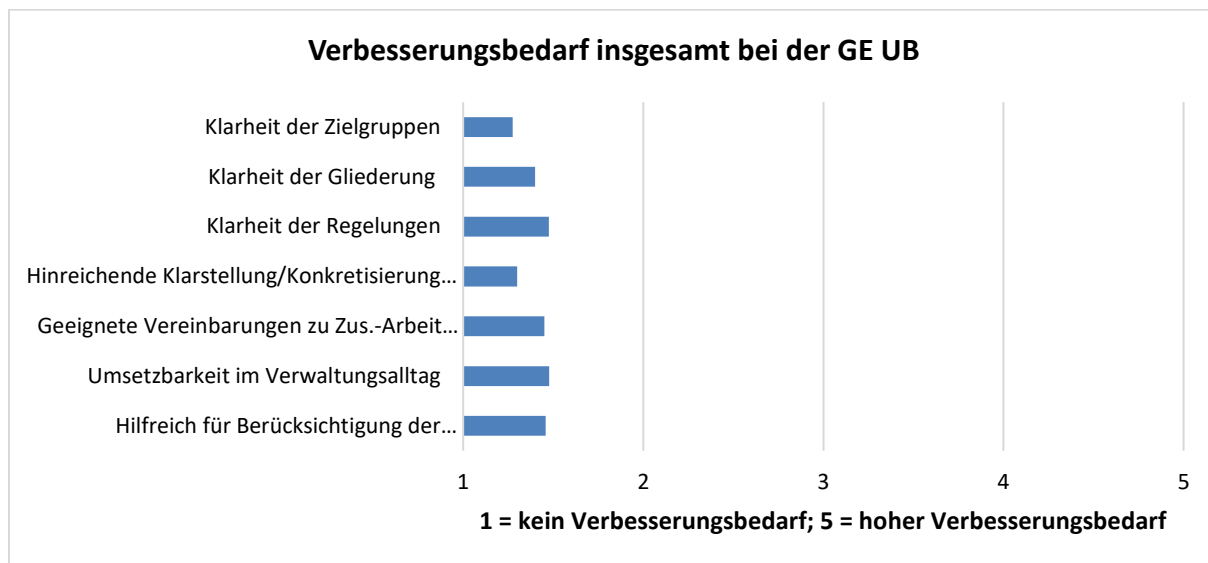
Die **DGUV** berichtet, die Zusammenarbeit der Sozialdienste mit den Unfallversicherungsträgern könne verbessert werden, insbesondere im Bereich der medizinischen Rehabilitation. Hier sei die Kontaktaufnahme durch den Sozialdienst mit dem Unfallversicherungsträger sehr wichtig und erwünscht.

Bei den **KOF-Trägern MV, NW (LWL), SN und ST** und den **KOV-Trägern MV und ST** liegen keine oder kaum Erfahrungswerte vor.

Der **FB Sucht** sieht eine Schwierigkeit in der Unterstützung der Sozialdienste durch die Medizin.

## 6.8. Gemeinsame Empfehlung „Unterstützte Beschäftigung nach § 55 SGB IX

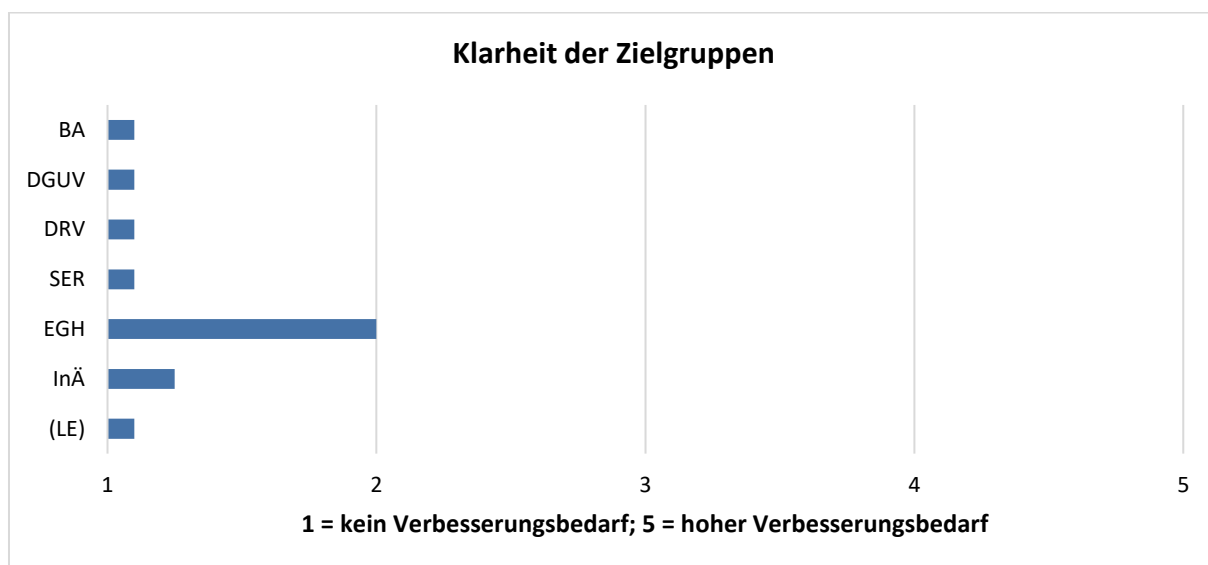
### Überblick:



Hinweis: Die aktuelle Fassung der GE ist am 01.10.2021 in Kraft getreten.

### 6.8.1. Wo sehen Sie Verbesserungsbedarf bei den Inhalten dieser GE und welchen?

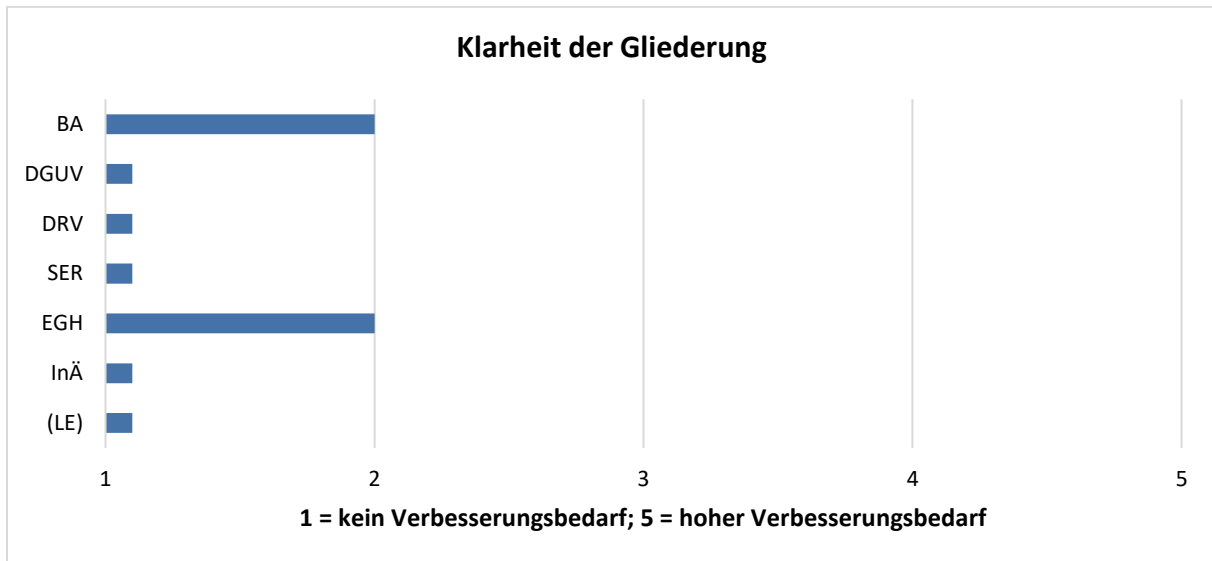
#### 6.8.1.a.: Klarheit der Zielgruppen



Die **DGUV** wünscht eine weitere Konkretisierung zu den Zielgruppen (Ist eine Schwerbehinderung bzw. Gleichstellung Voraussetzung für Unterstützte Beschäftigung?).

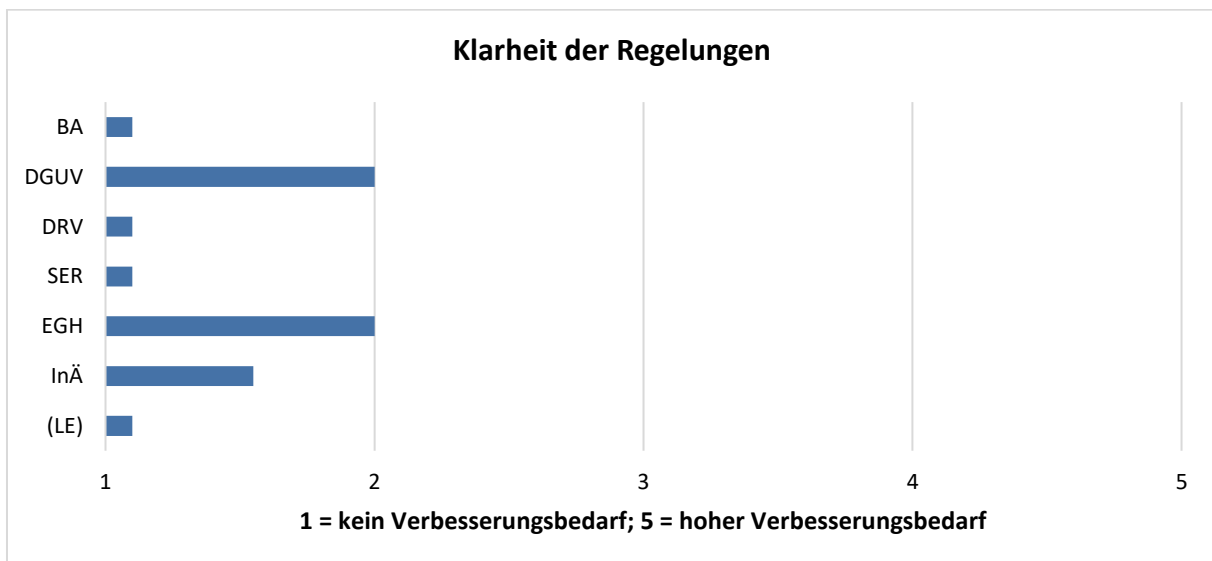
Unter Verweis auf entsprechende Anregungen im Beteiligungsverfahren bei der jüngsten Überarbeitung der GE hält das **IntA HB** eine Präzisierung der Zielgruppenbeschreibung für sinnvoll, konkret die Definition des Grenzbereiches zwischen Lernbehinderung und geistigen Behinderung und die Zuordnung von Menschen mit psychischer Beeinträchtigung und /oder Verhaltensauffälligkeiten. Denn in der GE erfolge eine Zusammenfassung von Menschen mit unterschiedlichen Problemlagen in eine Kategorie.

### 6.8.1.b.: Klarheit der Gliederung



Die **BA** regt die Anwendung einer numerischen anstatt einer paragraphischen Aufzählung/Gliederung an.

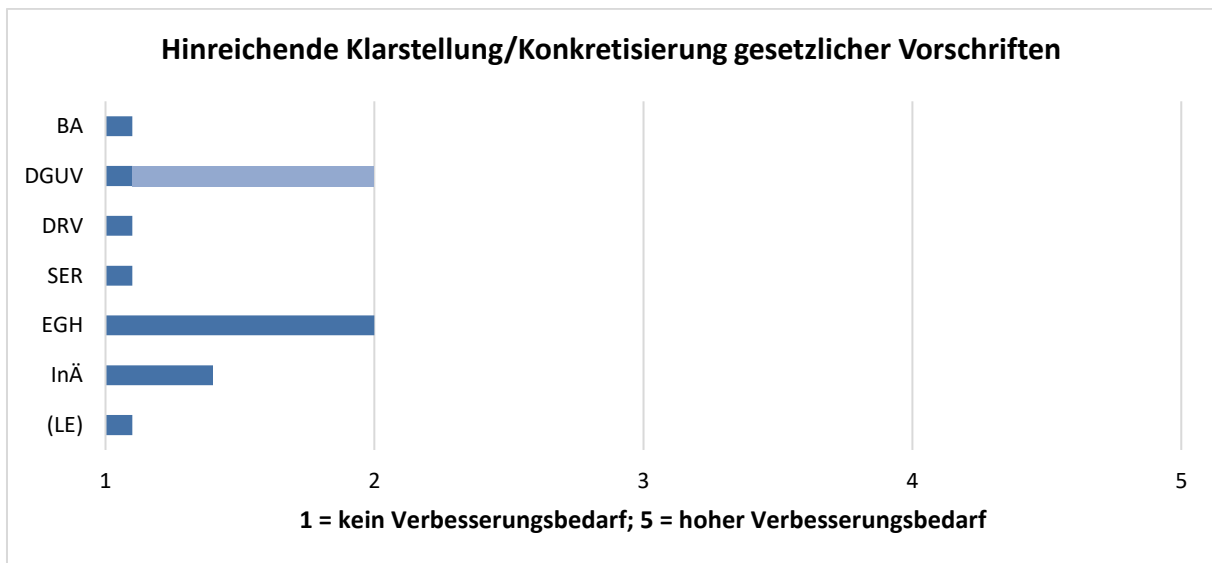
### 6.8.1.c.: Klarheit der Regelungen



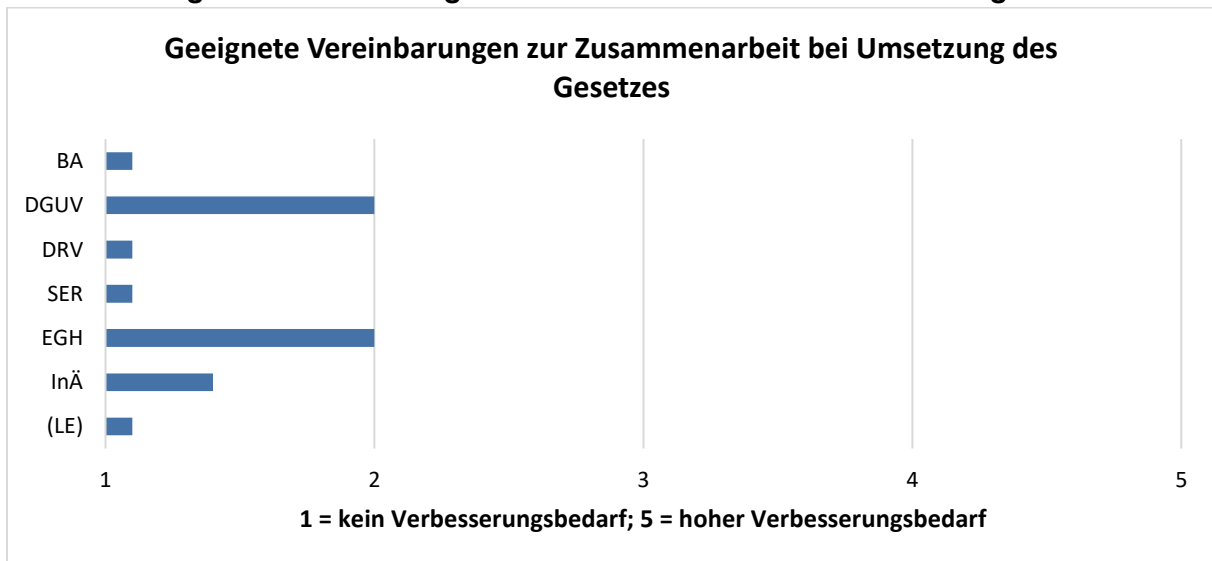
Aus Sicht der **DGUV** wären konkrete Praxisbeispiele, ggf. auch ein übersichtlicher Workflow wünschenswert.

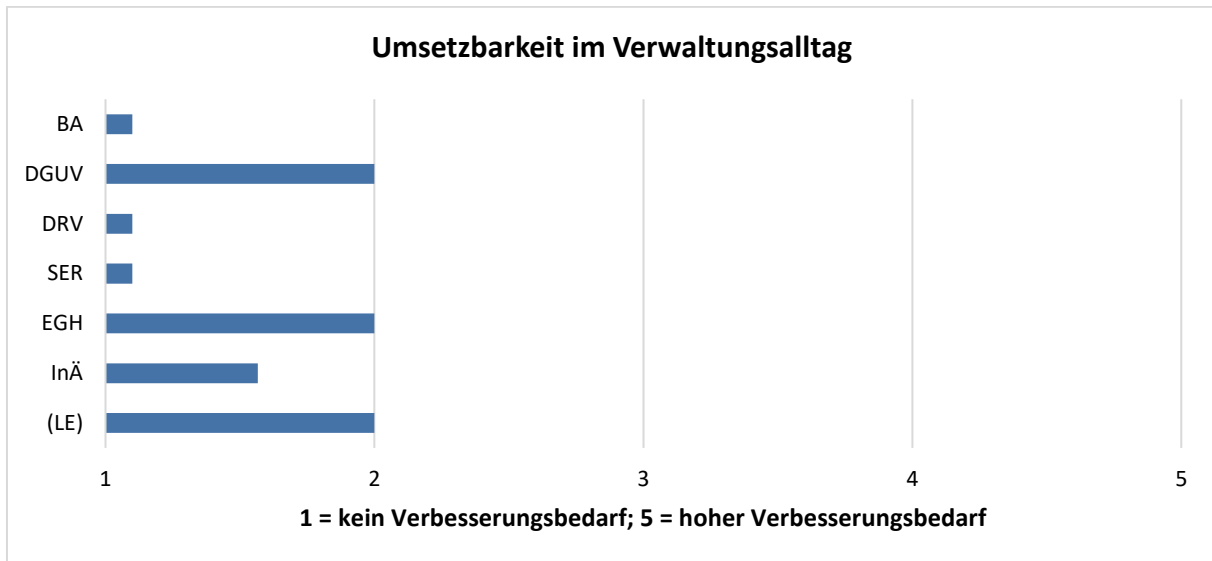
Das **IntA HB** merkt zu § 10 Abs. 3 (Ergebnisqualität) an, hier sei eine präzisere Aussage zum Begriff der angemessenen und geeigneten Form der Teilhabe am Arbeitsleben wünschenswert.



**6.8.1.d.: Hinreichende Klarstellung/Konkretisierung gesetzlicher Vorschriften**

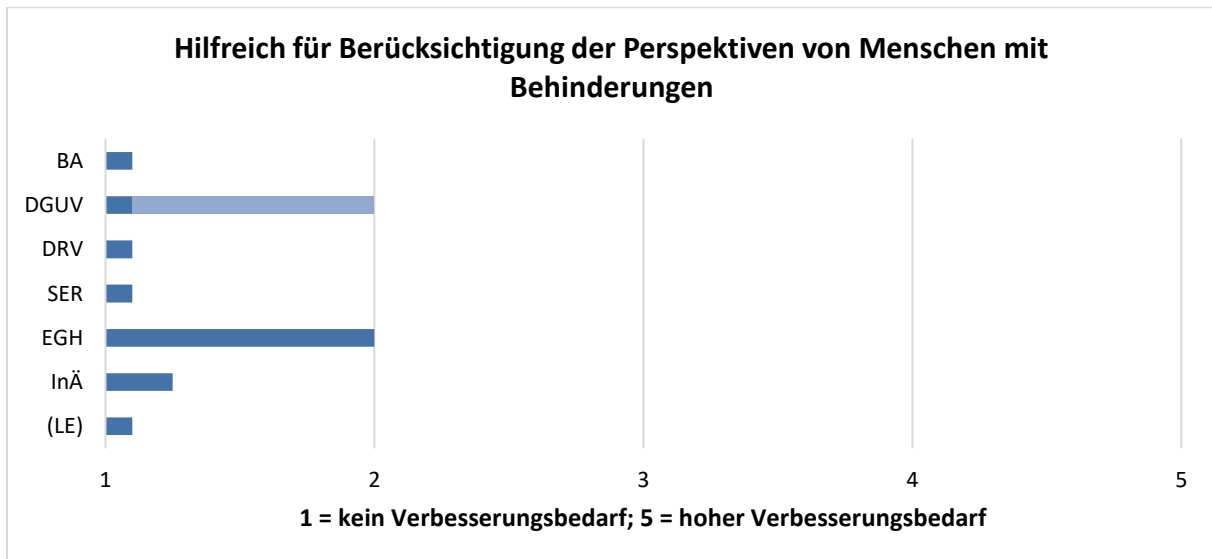
Die **DGUV** weist darauf hin, dass sich die Suche nach geeigneten Leistungserbringern gelegentlich schwierig gestaltet. Ein Hinweis auf geeignete Anbieter wäre dementsprechend hilfreich, ggf. ein Hinweis auf [www.bag-ub.de](http://www.bag-ub.de) oder Rehadat.

**6.8.1.e.: Geeignete Vereinbarungen zur Zusammenarbeit bei Umsetzung des Gesetzes**

**6.8.1.f.: Umsetzbarkeit im Verwaltungsalltag**

Der **KOF-Träger NW (LWL)** merkt an, die Unterstützte Beschäftigung sei in der KOF quasi kein Thema, es gebe keine praktischen Fälle bisher.

Dem **FV Sucht** zufolge muss die Vereinbarung bekannter gemacht werden.

**6.8.1.g.: Hilfreich für Berücksichtigung der Perspektive von Menschen mit Behinderungen**

Der **KOF-Träger MV** berichtet, es gebe keine Fälle Unterstützter Beschäftigung im Bereich der KOF. Daher lägen keine Erfahrungen vor.

### 6.8.1.h.: Weitere Ansatzpunkte für Verbesserungen

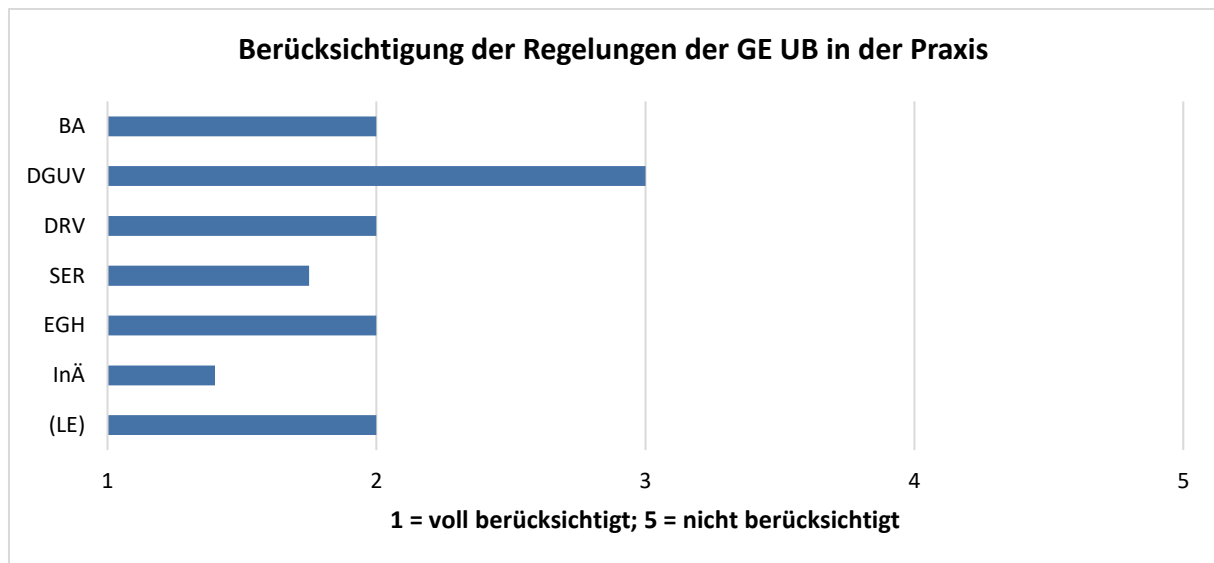
Die **BA** regt an, Umsetzung und konkrete Inhalte des Planungsgespräch ggfs. genauer zu beschreiben.

Der **KOV-Träger MV** weist darauf hin, dass dies keine KOV-Leistung sei und daher keine Erfahrungswerte vorhanden seien. Der **KOF-Träger MV**, berichtet, es gebe keinen Fall Unterstützter Beschäftigung. Deshalb bestünden keine Erfahrungen mit dieser GE.

Das **IntA MV** regt geschlechterneutrale Beschreibungen an. Für das **IntA NW (LWL)** wäre es hilfreich, wenn bei der nächsten Überarbeitung Veränderungen hervorgehoben würden.

## 6.8.2. Wie bewerten Sie die Umsetzung dieser GE?

### 6.8.2.a.: Berücksichtigung der Regelungen in der Praxis



### 6.8.2.b.: Besonders wichtige Regelungsgegenstände

Bei den Reha-Trägern aus dem Bereich der Sozialversicherung werden benannt:

- § 2 Zielgruppe (**BA**)
- § 5 Leistungsinhalte der InbeQ (**BA, DRV Bund, DGUV**)
- § 6 Leistungsinhalte Berufsbegleitung (**BA, DRV Bund, DGUV**)
- §§ 7 - 10 Qualitätsanforderungen (**BA, DRV Bund DGUV**); die DRV Bund und die DGUV heben hier die Anforderungen an die Prozessqualität hervor; die DGUV betont hier zudem das Wunsch- und Wahlrecht
- § 14 Anforderungen an die Zusammenarbeit der verschiedenen Akteure (**BA**)
- § 15 Teilhabeplanung (**BA**)

Die **DGUV** benennt zudem die Beschreibung der einzelnen Phasen auch im Hinblick auf ihre Dauer und das weitere Vorgehen bei Abschluss.

Im Bereich der **SER-Träger** berichten die **KOF-Träger MV, NI** und **NW (LWL)**, dass keine oder kaum Erfahrungswerte vorliegen, ebenso die **KOV-Träger MV und ST**, dies u.a. unter Hinweis darauf, dass es sich nicht um eine Leistung der KOV handele. Der **KOF ST** sieht die Leistungsinhalte der individuellen Qualifizierung (§ 5) als besonders wichtig an.

Die **BAGüS** berichtet, die GE habe für ihre Mitglieder geringe Relevanz.

Seitens der Integrationsämter benennt das **IntA BW** die Regelungen zum Übergang aus der Phase I InbeQ zur Phase II berufliche Sicherung. Die **IntA BE** und **MV** halten die Zielgruppendefinition für wichtig (§ 2), das **IntA BE** zudem auch die Inhalte der Berufsbegleitung (§ 6) und Schulungen (§ 12). Auch für das **IntA NW (LWL)** sind die in § 6 geregelten Leistungsinhalte der Berufsbegleitung wichtig, zudem die Anforderungen an die Zusammenarbeit der verschiedenen Akteure (§ 14). Das **IntA SH** benennt die Definition/Klärung des Begriffes „arbeitsplatzbezogen“ bzgl. § 3 Nummer 1 „Ziele der Unterstützten Beschäftigung“.

---

### **6.8.2.c.: Schwierigkeiten bei der Umsetzung**

Aus Sicht der **BA** ergeben sich folgende Umsetzungsschwierigkeiten:

- Die Suche nach passenden Arbeitgebern bzw. die kontinuierliche Vorteilsübersetzung bei Arbeitgebern, um die erfolgreiche Gestaltung der Maßnahme zu befördern, gestalte sich in der Praxis teilweise schwierig.
- Die Identifizierung der Notwendigkeit für eine Berufsbegleitung sei teilweise schwierig.
- In der Praxis sei es weiterhin schwer, einzelne Menschen mit Behinderungen von den Vorteilen der Beantragung eines Schwerbehindertenausweises zu überzeugen, um die sich nach einer InbeQ anschließenden Fördermöglichkeiten der Integrationsämter zu nutzen.
- Fortschreibung des Teilhabeplans beim Übergang in ein sozialversicherungspflichtiges Arbeitsverhältnis. Teilweise würden die konkreten Leistungen des Integrationsamtes erst im Nachgang an das Planungsgespräch auf Antrag geprüft.

Die **DRV Bund** verweist auf insgesamt geringe Fallzahlen und vor diesem Hintergrund auf das noch geringe Angebot an Anbietern in Flächenländern.

Die **DGUV** berichtet, die Suche eines qualifizierten Leistungserbringers sowie nach Arbeitgebern, die geeignete Arbeitsplätze zur Verfügung stellen, gestalte sich z.T. schwierig. Berichtet werde zudem von Problemen bei Personen mit Sprachbarrieren, aber auch teilweise bei der Zusammenarbeit der einzelnen Akteure sowie der Überprüfung der Qualitätsanforderungen der Leistungserbringer (siehe § 7-11 GE) je nach der jeweiligen Phase der UB (Einstiegsphase, Qualifizierungsphase, Stabilisierungsphase).

Im Bereich der SER Träger melden die **KOF-Träger MV, NW (LWL), MV, SN und ST** ebenso wie der **KOV-Träger ST** keine oder kaum praktische Erfahrungen. Der KOF-Träger MV weist ergänzend darauf hin, dass in MV die Kooperationsvereinbarung zwischen der Regionaldirektion Nord der BA und dem LAGUS den Übergang von der individuellen betrieblichen Qualifizierung zur Berufsbegleitung regelt.

Das **IntA BW** berichtet, Umsetzungsschwierigkeiten träten nicht mehr auf. Das **IntA SH** benennt die Sicherstellung einer kontinuierlichen persönlichen Begleitung und Unterstützung aufgrund „pandemiebedingter“ Kontakt- und Zugangsbeschränkungen.

Für den **FV Sucht** ist der Bekanntheitsgrad der GE eine Schwierigkeit.

## 7. Ausblick

Der nachfolgende Ausblick enthält die inhaltlichen Erkenntnisse aus der Zusammenfassung (vgl. Pkt. 4, 5 und 6 dieses Berichts), die für die Überarbeitung der entsprechenden GE besonders relevant sind. Die Erkenntnisse beziehen sich auf die Schwerpunkt-GE und die GE Reha-Prozess als eine weitere, für die Überarbeitung vorgesehene, GE. Sie werden bei der Überarbeitung der GE in den Fachgruppen aufgegriffen.

### Inhaltliche Erkenntnisse

Für die **GE „Prävention“** sind vor allem folgende Verbesserungsansätze relevant:

- stärkere Verknüpfung mit der Nationalen Präventionsstrategie, den Bundes- und Landesrahmenempfehlungen und dem Leitfaden Prävention
- Berücksichtigung von spezifischen Belangen von und Zugangswegen zu KMU
- allgemein verbesserte Ansprache von Arbeitgebern
- Bedeutung ärztlicher Unterlagen und des betriebsärztlichen Dienstes
- mehr Best-practice-Beispiele und Überlegungen zur Umsetzbarkeit und Umsetzung in der Praxis
- Übersicht über konkrete Präventionsangebote und die (spezial-)gesetzliche Verankerung von Präventionsleistungen einzelner Träger
- Fokussierung der Belange von Menschen mit psychischen Erkrankungen
- regionale Vernetzungsaktivitäten der Reha-Träger untereinander und mit den Betrieben
- Überlegungen zum Ausbau der Zusammenarbeit, insbesondere der Leistungsträger, auf Landesebene
- Konkretisierungen zu
  - o Technischen Beratungsdiensten (BA und IntA)
  - o Ansprechstellen für Arbeitgeber
  - o BEM-Bonus
- Aufgreifen der Chancen der Digitalisierung im Sinne eines ausgewogenen Verhältnisses zwischen weiterhin wichtigen Präsenz- und Digitalformaten (Vorteile u.a. Niederschwelligkeit, hohes Verbreitungspotenzial) unter Berücksichtigung von insbesondere Barrierefreiheit

Weitere Hinweise:

- Erhöhung der Bekanntheit von Präventionsleistungen bei Arbeitgebern und Arbeitnehmer:innen

Für die **GE „Qualitätssicherung“** sind vor allem folgende Verbesserungsansätze relevant:

- Aufgreifen zwischenzeitlicher gesetzlicher Änderungen im SGB V und SGB VI zum public reporting; hierbei perspektivisch die Potenziale einer einheitlich guten Zugänglichkeit im Blick behalten
- Aufgreifen zwischenzeitlicher Weiterentwicklungen von QS-Instrumenten
- Umsetzung der Ziele und Vereinbarungen der GE in der Praxis, u.a.
  - o Vermeidung mehrfacher QS-Verfahren bei einem Leistungserbringer, soweit gesetzlich möglich
  - o Anwendung der hohen konzeptionellen Standards in der Praxis
- mehr Transparenz von QS-Ergebnissen zwischen den Trägern
- Festlegungen zur Ergebnisqualität – Aufgreifen zwischenzeitlicher fachlicher und gesetzlicher Weiterentwicklungen
- vertiefte Berücksichtigung der Perspektive von Menschen mit Behinderungen

- deutlichere Bezugnahmen zu anderen GE und Vereinbarungen mit Qualitätsrelevanten Festlegungen (z.B. GE Einrichtungen LTA)
- Chancen der Digitalisierung aufgreifen, insbesondere
  - o als Mittel zu verbesserter Transparenz und Prozessbündelung – dabei Voraussetzungen wie technische Abstimmungen und Datenschutzfragen im Blick behalten
  - o Qualität digitaler Leistungsangebote (z.B. DiGAs, Videobasierte Angebote)
- Weiterentwicklung der Anforderungen an Barrierefreiheit

Auch die Erkenntnisse zu den weiteren GE werden aufgegriffen, sobald die jeweiligen GE Empfehlungen zur Überarbeitung anstehen. Dies wird insbesondere bei der für die Überarbeitung vorgesehenen GE „Reha-Prozess“ der Fall sein.

Für die **GE Reha-Prozess** sind – auch unter Berücksichtigung des letzten Berichts – folgende Verbesserungsansätze relevant:

- Anpassung an Änderungen durch das Teilhabestärkungsgesetz
- Konkretisierung des fristauslösenden Antrags unter Berücksichtigung aktueller rechtlicher und fachlicher Entwicklungen
- Klärung: Splitting durch LRT auch als zweitangegangener Träger oder nach Turboklärung?
- Regelungen zur Turboklärung konkretisieren
- Weiterleitung durch Integrationsämter konkreter einordnen
- prüfen: Vereinbarung von Fristen für einzelne Abschnitte der Teilhabepanung
- stärkere Berücksichtigung der Perspektive von Menschen mit Behinderungen – handlungsorientierte Ansätze
- Digitalisierung berücksichtigen z.B. im Austausch zwischen den Reha-Trägern
- stärkere Einbeziehung von EGH und Jugendhilfe, z.B. bei Zuständigkeitswechsel im Verfahren aufgrund von Änderungen der Teilhabeziele
- Bezugnahmen auf gesetzliche Regelungen nach Möglichkeit reduzieren, zugleich der Wunsch, gesetzliche Grundlagen sichtbarer zu machen
- mehr Praxisbeispiele und Visualisierung anhand von Schaubildern, zugleich der generelle Wunsch nach geringerem Umfang der GE
- Aufgreifen der in § 89 der GE benannten Themenfelder

Weitere Hinweise:

- nach Möglichkeit weniger Komplexität der GE
- Sozialdienste in Kapitel 6 und 7 konkret ansprechen
- Bezugnahmen auf andere trägerübergreifende Vereinbarungen- zu konkreten Teilaspekten (z.B. Verwaltungsabsprache BIH/BA/DRV/DGUV)
- Kontaktaufnahme mit Leistungsträgern während medizinischer Rehabilitation
- Unterscheidung zwischen GE-Zielgruppen und weiteren Beteiligten

Gerade bei der GE Reha-Prozess fällt auf, dass es teils widersprüchliche Vorstellungen gibt, wie eine Weiterentwicklung gestaltet werden kann. So wird beispielsweise eine Reihe von zusätzlichen bzw. noch konkreter als bisher aufzugreifenden Themenfeldern genannt, zugleich aber der Umfang der GE teils kritisch angemerkt. Da die GE gemäß dem gesetzlichen Auftrag aus § 25f SGB IX die äußerst komplexen gesetzlichen Regelungen insbesondere der §§ 14 bis 23 SGB IX aufgreift und möglichst verwaltungsnah konkretisiert, werden Komplexität und Umfang nicht unter ein hierdurch vorgegebenes Mindestmaß reduziert werden können.

**Weitere GE übergreifend relevante Aspekte**

- Bekanntheit von GE auf der Arbeitsebene der Reha-Träger sowie bei Leistungsberechtigten und Arbeitgebern erhöhen
- Ansprechpersonen bei den Trägern und Erreichbarkeit sicherstellen
- Chancen der Digitalisierung nutzen, dabei Voraussetzungen und Risiken beachten
- Besonderheiten der Zusammenarbeit unter Pandemiebedingungen
- Einbindung der Bundesländer im GE-Verfahren
- Einbindung von EGH und JuHi
- numerische Gliederung vs. Nutzung von §§
- Änderungshistorie bei Überarbeitungen
- verstärkte Vernetzung der Beteiligten auf regionaler bzw. auf Landesebene
- Praxisbeispiele nutzen
- Datenschutz

### **Weiterentwickelte Berichtsmethodik**

Der vorliegende Bericht bestätigt den Eindruck aus dem letzten Berichtszeitraum 2018/2019, dass die 2019 weiterentwickelte Befragungsmethodik punktuell zu einer erheblich konkreteren Befassung der Rehabilitationsträger mit den GE beigetragen hat.

Die mit der Umstellung der Methodik zunächst verbundenen Fragen betreffend das Ausfüllen der Fragebögen, insbesondere bei der Bündelung von Rückmeldungen verschiedener Träger aus einem Trägerbereich konnten zwischenzeitlich dem Grunde nach geklärt werden. Die Rückmeldungen der Träger zeigen punktuell, welche Spannbreite an Verbesserungspotenzialen innerhalb der Trägerbereiche zu einzelnen Teilaspekten gesehen wird.

### **Mehr Substanz in Rückmeldungen**

Die inhaltlichen Rückmeldungen der Rehabilitationsträger aus dem Bereich der Sozialversicherung sind auch in diesem Bericht wesentlich substantiierter als in den Berichten vor 2018, gleiches gilt für konkrete Hinweise aus dem Bereich der Leistungserbringer. Dies kontrastiert wie im letzten Bericht mit teilweise berichteter fehlender Praxisrelevanz im Bereich der KOV/F-Träger, überwiegend rückgemeldeter geringer Praxisrelevanz für die Mitglieder der BAGüS und gänzlich fehlenden Rückmeldungen aus dem Bereich der Jugendhilfe sowie auch aus dem Bereich der Verbände von Menschen mit Behinderungen.

Gleichzeitig wird jedenfalls in der Praxis und auch in der generellen Befassung mit Fragen des SGB IX im Zuge der Reformstufe III des BTHG seitens der Jugendhilfe ein anhaltendes Interesse an der Nutzung der Ergebnisse trägerübergreifender Abstimmungen wahrgenommen (vgl. Handreichung Niedersachsen „Jugendhilfe als Reha-Träger“).

Vor dem Hintergrund erneut ausgebliebener Rückmeldungen von Verbänden von Menschen mit Behinderungen, wird eine Thematisierung im Sachverständigenrat Partizipation als erforderlich erachtet.

## 8. Abkürzungsverzeichnis

BA	Bundesagentur für Arbeit
BAG	Bundesarbeitsgemeinschaft
BAGüS	Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und der Eingliederungshilfe
BE	Berlin
BFW	Berufsförderungswerke
BG	Berufsgenossenschaft
BGF	Betriebliche Gesundheitsförderung
BV	Bundesverband
BW	Baden-Württemberg
DRV	Deutsche Rentenversicherung
EGH	Eingliederungshilfe
GE	Gemeinsame Empfehlung/Gemeinsame Empfehlungen
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
HB	Bremen
IFD	Integrationsfachdienst
IntA	Integrationsamt
IntÄ	Integrationsämter
JuHi	Jugendhilfe
KMU	Kleine und mittlere Unternehmen
KOF	Kriegsopferfürsorge
KOV	Kriegsopferversorgung
LE	Leistungserbringer
LWL	Landschaftsverband Westfalen-Lippe
LVR	Landschaftsverband Rheinland
MV	Mecklenburg-Vorpommern
NI	Niedersachsen
NW	Nordrhein-Westfalen
RP	Rheinland-Pfalz
RPK	Rehabilitation psychisch kranker Menschen
RV	Rentenversicherung
SN	Sachsen
ST	Sachsen-Anhalt
SER	Soziales Entschädigungsrecht
SH	Schleswig-Holstein
SVLFG	Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau
TBD	Technischer Beratungsdienst
THP	Teilhabeplan
THPK	Teilhabeplankonferenz
TH	Thüringen
UB	Unterstützte Beschäftigung
UV(T)	Unfallversicherung(sträger)
WfbM	Werkstatt für behinderte Menschen
SGB	Sozialgesetzbuch
SV	Sozialversicherung
DSGVO	EU-Datenschutz-Grundverordnung



## 9. Anlagen

Erfahrungsbericht zu Gemeinsamen Empfehlungen (GE) nach § 26 Abs. 8 SGB IX  
Fragen zur Schwerpunkt-GE „Prävention nach § 3 SGB IX“



### 1) Wo sehen Sie Verbesserungsbedarf bei den Inhalten dieser GE und welchen?

(bitte jeweils auf einer Skala von 1 bis 10 bewerten – Korridorangaben sind möglich – und ggf. konkreten Verbesserungsbedarf benennen)

a) Klarheit über Zielgruppen	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
	(1 = kein Verbesserungsbedarf, 5 = hoher Verbesserungsbedarf)				

Konkreter Verbesserungsbedarf:  
Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

b) Klarheit der Gliederung	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
	(1 = kein Verbesserungsbedarf, 5 = hoher Verbesserungsbedarf)				

Konkreter Verbesserungsbedarf:  
Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

c) Klarheit der Regelungen	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
	(1 = kein Verbesserungsbedarf, 5 = hoher Verbesserungsbedarf)				

Konkreter Verbesserungsbedarf:  
Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

d) Klarstellungen und Konkretisierungen gesetzlicher Vorschriften	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
	(1 = kein Verbesserungsbedarf, 5 = hoher Verbesserungsbedarf)				

Konkreter Verbesserungsbedarf:  
Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

e) geeignete Vereinbarungen zur Zusammenarbeit bei Umsetzung gesetzl. Vorschriften	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
	(1 = kein Verbesserungsbedarf, 5 = hoher Verbesserungsbedarf)				

Konkreter Verbesserungsbedarf:  
Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

f) Umsetzbarkeit im Verwaltungsalltag	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
	(1 = kein Verbesserungsbedarf, 5 = hoher Verbesserungsbedarf)				

Konkreter Verbesserungsbedarf:  
Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

g) Berücksichtigung der Perspektive von Menschen mit Behinderung	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
	(1 = kein Verbesserungsbedarf, 5 = hoher Verbesserungsbedarf)				

Konkreter Verbesserungsbedarf:  
Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

### h) Weitere Ansatzpunkte für inhaltliche Verbesserungen:

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

### 2) Wie bewerten Sie die Umsetzung dieser GE?

a) Berücksichtigung der <del>Regelun-</del> gen in der Praxis	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
	(1 = voll berücksichtigt, 5 = nicht berücksichtigt)				

### b) Welche Regelungsgegenstände dieser GE sind bei der Umsetzung aus Ihrer Sicht besonders wichtig? (bitte mindestens eine Nennung)

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

### c) Wo gibt es Schwierigkeiten bei der Umsetzung dieser GE?

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

### **Erfahrungsbericht zu Gemeinsamen Empfehlungen nach § 26 Abs. 8 SGB IX**

– Erläuterungen zur Zusammenführung von Rückmeldungen zu den allgemeinen Fragen –

#### Erläuterungen:

Bei der Beantwortung der Fragen sollte grundsätzlich eine Zahl auf der Skala von 1-5 gewählt werden. Dies gilt auch für gebündelte Rückmeldungen. Sollte dies nicht möglich sein, sind zwei Alternativen möglich:

- Korridorangabe

Verteilen sich gebündelte Rückmeldungen ausgewogen über bis zu drei Skalenwerte, bitte alle Zahlen innerhalb dieses Korridors ankreuzen (z.B. 2, 3 und 4).

- Mittelwertangabe mit Angabe zu Minimum und Maximum

Sollte auch eine Korridorangabe die unterschiedlichen Antworten aus den einzelnen Trägerbereichen zu einer Frage nicht aussagekräftig abbilden, kann ein Mittelwert (übliche Rundungsregeln) gebildet und in der Skala angekreuzt und zusätzlich im Freitextfeld zur jeweiligen Frage eine Minimum- und Maximum-Angabe ergänzt werden. (z.B.: Skalenwert 4, Min.: 2; Max: 5)

## Träger des Sozialen Entschädigungsrechts

Rückmeldende Stelle	Bezeichnung im Bericht
Ministerium für Soziales, Gesundheit und Sport Mecklenburg-Vorpommern - KOF	KOF MV
Ministerium für Soziales, Gesundheit und Sport Mecklenburg-Vorpommern - KOV	KOV MV
Niedersächsisches Landesamt für Soziales, Ju- gend und Familie - Hauptfürsorgestelle	KOF NI
Landschaftsverband Rheinland, LVR Hauptfürsor- gestelle	KOF NW (LVR)
LWL Hauptfürsorgestelle	KOF NW (LWL)
Sächsisches Staatsministerium für Soziales und gesellschaftlichen Zusammenhalt - Soziales Ent- schädigungsrecht,	SER-Träger SN
Landesverwaltungsamt Sachsen-Anhalt - KOF	KOF ST
Landesverwaltungsamt Sachsen-Anhalt - KOV	KOV ST
Landesamt für soziale Dienste Schleswig-Holstein, Hauptfürsorgestelle	KOF SH
Thüringer Landesverwaltungsamt	SER-Träger TH

## Integrationsämter

Rückmeldende Stelle	Bezeichnung im Bericht
Kommunalverband für Jugend und Soziales Ba- den-Württemberg – Integrationsamt	IntA BW
Landesamt für Gesundheit und Soziales Berlin – Inklusionsamt	IntA BE
Amt für Versorgung und Integration Bremen – In- tegrationsamt	IntA HB
Ministerium für Soziales, Gesundheit und Sport Mecklenburg-Vorpommern – Integrationsamt	IntA MV
Landschaftsverband Westfalen-Lippe (LWL) – LWL-Inklusionsamt Arbeit	IntA NW (LWL)
Landesamt für Soziales, Jugend und Versorgung Rheinland-Pfalz – Integrationsamt	IntA RP
Ministerium für Soziales, Gesundheit, Jugend, Fa- milie und Senioren Schleswig-Holstein – Integrati- onsamt	IntA SH