

Jahresbericht 2018 / 2019

über die Erfahrungen mit den
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
www.bar-frankfurt.de

Frankfurt am Main – Juli 2020

Inhaltsverzeichnis

1. Vorbemerkungen	4
2. Weiterentwicklung des Berichts	7
3. Erläuterungen zur Auswertung	7
4. Zusammenfassung, übergreifende Aussagen	9
5. Schwerpunktberichte zu Erfahrungen mit den Gemeinsamen Empfehlungen	11
5.1. Gemeinsame Empfehlung „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	11
5.2. Gemeinsame Empfehlung „Einrichtungen für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben“ nach § 51 SGB IX	33
5.3. Gemeinsame Empfehlung „Unterstützte Beschäftigung“ nach § 55 SGB IX.....	50
6. Kompakte Berichte zu Erfahrungen mit den Gemeinsamen Empfehlungen..	63
6.1. Gemeinsame Empfehlung „Förderung der Selbsthilfe“ gemäß § 26 Abs. 2 Nr. 6 SGB IX	63
6.2. Gemeinsame Empfehlung „Beteiligung der Bundesagentur für Arbeit“ nach § 54 SGB IX	66
6.3. Gemeinsame Empfehlung „Qualitätssicherung“ nach § 37 Abs. 1 SGB IX	71
6.4. Gemeinsame Empfehlung „Prävention“ nach § 3 SGB IX.....	75
6.5. Gemeinsame Empfehlung „Begutachtung“ nach § 26 Abs. 1 i.V.m. § 25 Abs. 1 Nr. 4 SGB IX	80
6.6. Gemeinsame Empfehlung „Integrationsfachdienste“ nach § 196 Abs. 3 SGB IX...	86
6.7. Gemeinsame Empfehlung „Sozialdienste“ nach § 26 Abs. 2 Nr. 10 SGB IX.....	91
7. Ausblick	95
8. Abkürzungsverzeichnis	99
9. Anlagen	100

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 (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.

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

Als Schwerpunkte für die aktuelle Berichtsperiode 2018/2019 hat der Ausschuss Gemeinsame Empfehlungen auf seiner 27. Sitzung am 28. Oktober 2019 die Gemeinsamen Empfehlungen „Reha-Prozess“, „Einrichtungen für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben“ und „Unterstützte Beschäftigung“ festgelegt.

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

Weiterentwicklung des Berichts für den Berichtszeitraum 2018/2019

Der aktuelle Berichtszeitraum ist geprägt vom Inkrafttreten der 2. Reformstufe des BTHG zum 01.01.2018. Mit dieser wurden nicht nur die Vorschriften zur trägerübergreifenden Zusammenarbeit in Teil 1 SGB IX, insbesondere Kapitel 2 bis 4, verbindlicher gefasst. Auch wurden die Aufgaben der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation in § 39 SGB IX ausdrücklich gesetzlich verankert.

Diese Änderungen rücken das Instrument „Gemeinsame Empfehlung“ nach § 26 SGB IX und insbesondere den Bericht nach § 26 Abs. 8 SGB IX verstärkt in den Fokus.

Vor diesem Hintergrund wurden die Fragebögen weiterentwickelt und die Fragen konkretisiert (s. Punkt 2 sowie **Anlage 1**).

Überblick über den Berichtsgegenstand

Im Ergebnis enthält der vorliegende Bericht für den Zeitraum 2018/2019:

- Schwerpunktberichte zu den Gemeinsamen Empfehlungen
 - 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 „Einrichtungen für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben“ nach § 51 SGB IX sowie
 - o „Unterstützte Beschäftigung“ nach § 55 SGB IX Abs. 6 SGB IX
- Folgeberichte zu den Gemeinsamen Empfehlungen
 - o „Förderung der Selbsthilfe“ gemäß § 26 Abs. 2 Nr. 6 SGB IX
 - o „Beteiligung der Bundesagentur für Arbeit“ nach § 54 SGB IX
 - o „Qualitätssicherung“ nach § 37 Abs. 1 SGB IX

- „Prävention“ nach § 3 SGB IX
- „Begutachtung“ nach § 26 Abs. 1 i. V. m. § 25 Abs. 1 Nr. 4 SGB IX
- „Integrationsfachdienste“ nach § 196 Abs. 32 SGB IX
- „Sozialdienste“ nach § 26 Abs. 2 Nr. 10 SGB IX

Überblick über eingegangene Rückmeldungen

Folgende Rehabilitations-/Leistungsträger bzw. deren Spitzenorganisationen haben nach einer entsprechenden Anfrage der BAR für den vergangenen Zwei-Jahreszeitraum (2018 und 2019) Rückmeldungen zu ihren Erfahrungen mit den Gemeinsamen Empfehlungen gegeben:

- AOK-Bundesverband (AOK-BV)
- BKK Dachverband (BKK DV)
- IKK e.V.
- Verband der Ersatzkassen (vdek)

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

- Knappschaft, Abteilung Kranken- und Pflegeversicherung
- Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV Bund)
- Bundesagentur für Arbeit (BA)
- Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV)
- Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG, als Landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft (LBG) 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 (mit Ausnahme Bayern, Berlin, Bremen, Hamburg, Sachsen-Anhalt)
- Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen (BIH) bzw. einzelne Integrationsämter (Baden-Württemberg, Hamburg, Niedersachsen, LWL-Inklusionsamt, Sachsen, Sachsen-Anhalt).

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
- Bundesarbeitsgemeinschaft SELBSTHILFE e. V.
- BDH Bundesverband Rehabilitation
- Beauftragte der Hessischen Landesregierung für Menschen mit Behinderungen
- Beauftragter der Bundesregierung für die Belange von Menschen mit Behinderungen
- Blinden- und Sehbehindertenbund in Hessen
- Bundesverband für Körper- und Mehrfachbehinderte e. V. (BVKM)
- Bundesverband Psychiatrie Erfahrener e. V.

- Bundesvereinigung Lebenshilfe 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 27. Sitzung am 28. Oktober 2019 beschlossen, ergänzend zu dem bisher üblichen Adressatenkreis auch die Leistungserbringer zu befragen. Folgende Verbände bzw. Zusammenschlüsse von Verbänden wurden dabei mit einbezogen:

- Konferenz der Spitzenverbände der Reha-Leistungserbringer zur Gemeinsamen Empfehlung „Reha-Prozess“ (GE Reha-Prozess)
- Netzwerk berufliche Rehabilitation (NbR) zur Gemeinsamen Empfehlung „Einrichtungen für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben“ (GE Einrichtungen LTA)
- Bundesarbeitsgemeinschaft Unterstützte Beschäftigung (BAG UB) e. V. zur Gemeinsamen Empfehlung „Unterstützte Beschäftigung“ (GE UB)

Folgende Verbände haben eine Rückmeldung zu ihren Erfahrungen mit den Gemeinsamen Empfehlungen gegeben:

- Bundesarbeitsgemeinschaft der Berufsbildungswerke e. V. (BAG BBW) zur GE Einrichtungen LTA
- Bundesarbeitsgemeinschaft Beruflicher Trainingszentren e. V. (BAG BTZ) zur GE Einrichtungen LTA
- Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation psychisch kranker Menschen e. V. (BAG RPK) zur GE Einrichtungen LTA
- Bundesarbeitskreis der Berufsförderungswerke (BAK BFW) zur GE Einrichtungen LTA
- Bundesverband Deutscher Berufsförderungswerke e. V. (BV BFW) zur GE Einrichtungen LTA
- Bundesarbeitsgemeinschaft Unterstützte Beschäftigung (BAG UB) e. V. zur GE UB
- Bundesarbeitsgemeinschaft Werkstätten für behinderte Menschen e. V. (BAG WfbM) zur GE Reha-Prozess und zur GE Einrichtungen LTA

Die BAR hat die einzelnen Mitteilungen der Rehabilitations-/Leistungsträger sowie der Leistungserbringer zusammengefasst und aufbereitet.

2. Weiterentwicklung des Berichts

Die maßgeblichen Umstellungen im Recht der trägerübergreifenden Zusammenarbeit nach SGB IX, Teil 1, insbesondere Kapitel 2 bis 4, seit 01.01.2018 und die Verankerung der Aufgabenstellungen der BAR durch das BTHG rücken auch das Instrument „Gemeinsame Empfehlung“ nach § 26 SGB IX und insbesondere den Bericht nach § 26 Abs. 8 SGB IX vor allem aus zwei Gründen verstärkt in den Fokus:

- Gemeinsame Empfehlungen sind der zentrale Baustein zur Konkretisierung der gesetzlichen Vorschriften zur trägerübergreifenden Zusammenarbeit und zur Verständigung auf gemeinsame Grundlagen dieser Zusammenarbeit (vgl. auch § 39 Abs. 2 Nr. 3 SGB IX).
- Für die Umsetzung der ausdrücklichen gesetzlichen Aufgabenstellung der BAR nach § 39 Abs. 2 Nr. 1 SGB IX bedarf es entsprechender Instrumente zur Betrachtung der Zusammenarbeit der Rehabilitationsträger. Der Bericht nach § 26 Abs. 8 SGB IX nimmt hier aufgrund seiner gesetzlichen Verankerung eine besondere Stellung ein.

Die Rehabilitationsträger haben das zum Anlass genommen, den nach § 26 Abs. 8 SGB IX vorgesehenen Erfahrungsbericht mit entsprechendem Beschluss des Ausschusses Gemeinsame Empfehlungen auf seiner 27. Sitzung am 28. Oktober 2019 weiterzuentwickeln. Insbesondere wurden die für alle Gemeinsamen Empfehlungen gestellten allgemeinen Fragestellungen betreffend Verbesserungsbedarfe der einzelnen Gemeinsamen Empfehlungen und ihrer Umsetzung weiter ausdifferenziert (vgl. Anlage 1). Dieses Vorgehen zielt darauf ab, konkretere Aussagen zu diesen Aspekten und mithin konkretere Grundlagen für Überarbeitungen einzelner Gemeinsamen Empfehlungen zu gewinnen. Als Antwortmöglichkeit wurde eine vorgegebene Skala von 1 bis 10 angeboten. Zugleich bestand die Möglichkeit, Freitextangaben zu ergänzen.

3. Erläuterungen zur Auswertung

Die geänderte Befragungsmethodik hat bei einigen Befragungsadressaten zu Fragestellungen beim Ausfüllen der Fragebögen geführt, wenn divergierende Antworten aus einem Trägerbereich (z. B. verschiedener Regionalträger der Rentenversicherung) zusammengeführt werden sollten. Hierzu hat die BAR Klarstellungen veröffentlicht (vgl. **Anlage 2**).

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 kenntlich gemacht:

- Minimal/Maximalangaben (Angaben in den Freitextfeldern) wurden nur von der DRV Bund benannt. Die entsprechenden Angaben sind unter den Diagrammen vermerkt.
- Sofern Rückmeldungen aus einem Trägerbereich nicht gebündelt wurden, sondern von den einzelnen Trägern mitgeteilt wurden (SER, Integrationsämter) wurden für die grafische komprimierte Darstellung jeweils Mittelwerte aus den eingegangenen Rückmeldungen gebildet.

Die eingegangenen Freitextangaben sind im Text unter den Grafiken aufgeführt.

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.

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 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 § 5 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 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 NRW: LWL als KOF-Träger).
- In verschiedenen Bundesländern führen die mit den Aufgaben des Integrationsamtes nach dem SGB IX betrauten Stellen die Bezeichnung „Inklusionsamt“. Im Bericht bildet sich dies beim LWL-Inklusionsamt ab, welches auch so bezeichnet wird.
- Die im Bericht verwendeten konkreten Bezeichnungen der einzelnen SER-Träger bzw. Stellen, die zurückgemeldet haben, sind in **Anlage 3** zusammengestellt.

4. Zusammenfassung, übergreifende Aussagen

Die Rückmeldungen sind deutlich konkreter und umfangreicher als in den bisherigen Berichten. Dies ist vermutlich bedingt durch die geänderte Befragungsmethodik (s. Punkt 2). Sie zeigen z. T. eine große Spannweite sowohl zwischen den verschiedenen Trägern, als auch innerhalb eines Trägerbereichs, z. B. bei Rückmeldungen der DRV Bund. Insgesamt vermittelt der Bericht einen deutlich tieferen Einblick in die Erfahrungen der Rehabilitationsträger – und der Integrationsämter – als Vereinbarungspartner mit den Gemeinsamen Empfehlungen.

Über alle Gemeinsamen Empfehlungen hinweg zeigt sich, dass die meisten Trägerbereiche die Berücksichtigung der GE-Regelungen in der Praxis als mittel bis hoch einschätzen. Eine Ausnahme bildet insoweit die SVLFG. Zugleich wird aber auch oft auf eine eingeschränkte praktische Bedeutung einzelner GE hingewiesen. Oft werden die GE-Regelungen als hilfreich eingeschätzt. Zugleich werden zahlreiche konkrete Anhaltspunkte für mögliche weitere Verbesserungen aufgezeigt.

Im Bereich der SER-Träger haben Gemeinsame Empfehlungen eher punktuelle Bedeutung, dies überwiegend im Bereich der GE Reha-Prozess.

Berichtsschwerpunkte

Für die meisten befragten Reha- bzw. Leistungsträger hat die **GE Reha-Prozess** eine hervorgehobene Bedeutung in der Praxis, vor allem hinsichtlich der Regelungen in den Kapiteln 2 bis 4 in Teil 2 der GE (Zuständigkeitsklärung, Bedarfsermittlung und Feststellung, Teilhabeplanung). Es zeigt sich – mit Unterschieden zwischen den einzelnen Reha-Trägern –, dass viele der in der GE getroffenen Vereinbarungen zur Zusammenarbeit bei der Umsetzung des Gesetzes helfen, aber auch weiterhin Herausforderungen bestehen. Bemerkenswert ist hierzu zum Beispiel die Einschätzung der Praxisrelevanz aus den Trägerbereichen SER und Integrationsämter. Hier reichen die Einschätzungen von „keine Praxisrelevanz“ hin zu „sehr hilfreich“. Auch werden mitunter Herausforderungen, die in der – durch die GE nicht änderbare – komplexen Systematik des Gesetzes angelegt sind, als Verbesserungspotenzial der GE benannt. Die Zusammenarbeit zwischen den Vereinbarungspartnern und der Eingliederungshilfe, Jugendhilfe sowie Jobcentern wird als ausbaufähig eingeschätzt, hierzu schlägt die GKV eine ergänzende Verfahrensabsprache vor. Es werden sowohl zu den allgemeinen Fragen als auch zu den Schwerpunktfragen zahlreiche Informationen zur konkreten Umsetzung der Gemeinsamen Empfehlung sowie konkrete Verbesserungsansätze benannt.

Hinsichtlich der allgemeinen Fragen zu den Inhalten der **GE „Einrichtungen für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben“** (Einrichtungen LTA) wird überwiegend kein oder nur punktueller Verbesserungsbedarf gesehen. Allerdings wird z. B. eine Anpassung an die aktuellen gesetzlichen Regelungen, eine stärkere Betonung der Barrierefreiheit und eine Mustergliederung für einheitliche Anforderungen an Qualitäts- und Leistungshandbücher sowie insgesamt eine Vertiefung der Abstimmung als Verbesserungspotenzial benannt. Auch bei den Schwerpunktfragen zeigen sich verschiedene Verbesserungspotenziale und Hinweise zur Umsetzungspraxis, aus denen sich weitere Ansätze für Verbesserungen ableiten lassen.

Zu den Schwerpunktfragen berichten verschiedene Bundesverbände von Leistungserbringern, dass gerade diese GE eingebettet ist in zahlreiche andere, teils gesetzliche, teils untergesetzliche oder verschieden ausgestaltete vertragliche Regelungen. Hieraus ergibt sich ggf. Klärungsbedarf.

Bei der **GE „Unterstützte Beschäftigung“** (UB) werden Verbesserungsbedarfe zu den allgemeinen Fragen überwiegend als gering eingeschätzt. Als konkreter Verbesserungsbedarf wird z. B. die Anpassung an die Vorschriften des durch das BTHG geänderten SGB IX und der DSGVO benannt, aber auch die Verknüpfung mit weiteren GE. Nach Angaben verschiedener Träger sind besonders wichtige Regelungsgegenstände der GE die Definition der drei Phasen (§ 4 der GE) und das Übergabemanagement/die Teilhabeplanung (§§ 12, 13), aber auch die Anforderungen an den Leistungserbringer. Schwierigkeiten bei der Umsetzung werden unterschiedlich bewertet. Teilweise werden konkrete Handlungsfelder benannt, (z. B. Umsetzung von Teilhabeplanungen bzw. Planungsgesprächen, Überprüfung der Qualitätsanforderungen der Leistungserbringer), teilweise ausdrücklich keine Probleme gesehen. Aus den Schwerpunktfragen wird deutlich, dass die Erfahrungen mit dem Instrument UB überwiegend positiv sind, jedoch Teilaspekte wie die Umsetzung der Teilhabeplanung noch Verbesserungspotenzial aufweisen. Vor allem im Bereich der BA werden über die GE hinaus weitere Konzepte und Anforderungen genutzt. Die Leistungserbringer benennen einige bisher noch nicht in der GE aufgegriffene Handlungsfelder, z. B. arbeitsplatzsichernde Begleitung von nicht schwerbehinderten Menschen, Unterstützung durch die gesetzlichen Renten- und Unfallversicherungen, Persönliches Budget, Zuweisungen über 12 Monate, wöchentliche Teilnahmestunden oder personelle Anforderungen. Zu manchen Routinen der Auftragsvergabe wird die Auffassung vertreten, dass Auswirkungen auf die Qualität von Leistungen bestehen.

Die Erkenntnisse zu den beiden Berichtsschwerpunkten GE UB und GE Einrichtungen LTA können unmittelbar bei der im ersten Quartal 2020 bereits initiierten Überarbeitung dieser beiden Empfehlungen mit einfließen.

Folgeberichte zu weiteren GE (Auswahl)

Bei der GE IFD wird die Umsetzung in der Praxis z. T. unterschiedlich bewertet. Als besonders relevant und zugleich weiterentwicklungsfähig werden Regelungen zur Vergütung, zur fachdienstlichen Stellungnahme und zum Beauftragungsverfahren benannt.

Bei der GE Begutachtung werden z. B. der Verbesserungsbedarf und die Umsetzbarkeit der Regelungen im Verwaltungsalltag punktuell unterschiedlich oder sogar kritisch gesehen, nicht zuletzt mit Blick auf die formulierten Anforderungen vor dem Hintergrund des „Massengeschäfts“ und der Personenzentrierung. Wiederholt wird auch der Geltungsbereich angesprochen. Ein Träger regt hier die ausdrückliche Erweiterung um psychologische Gutachten an. Perspektivisch wird hier von mehreren Trägern die weiterentwickelte Ausrichtung der inhaltlichen Vorgaben für Gutachten an der ICF angeregt. Verbesserungsansätze werden zudem im Hinblick auf das Verhältnis zur Mitwirkung benannt.

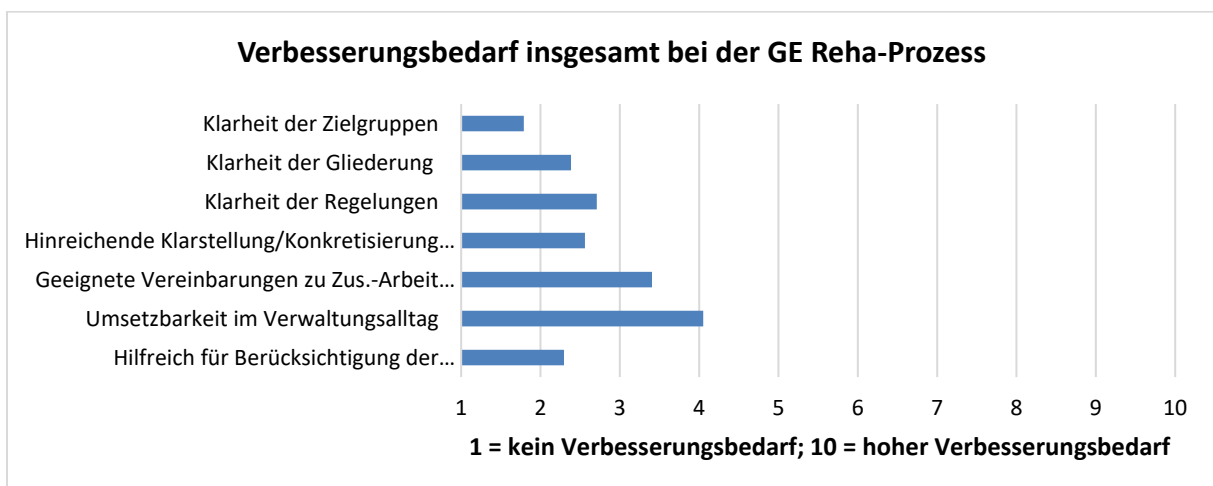
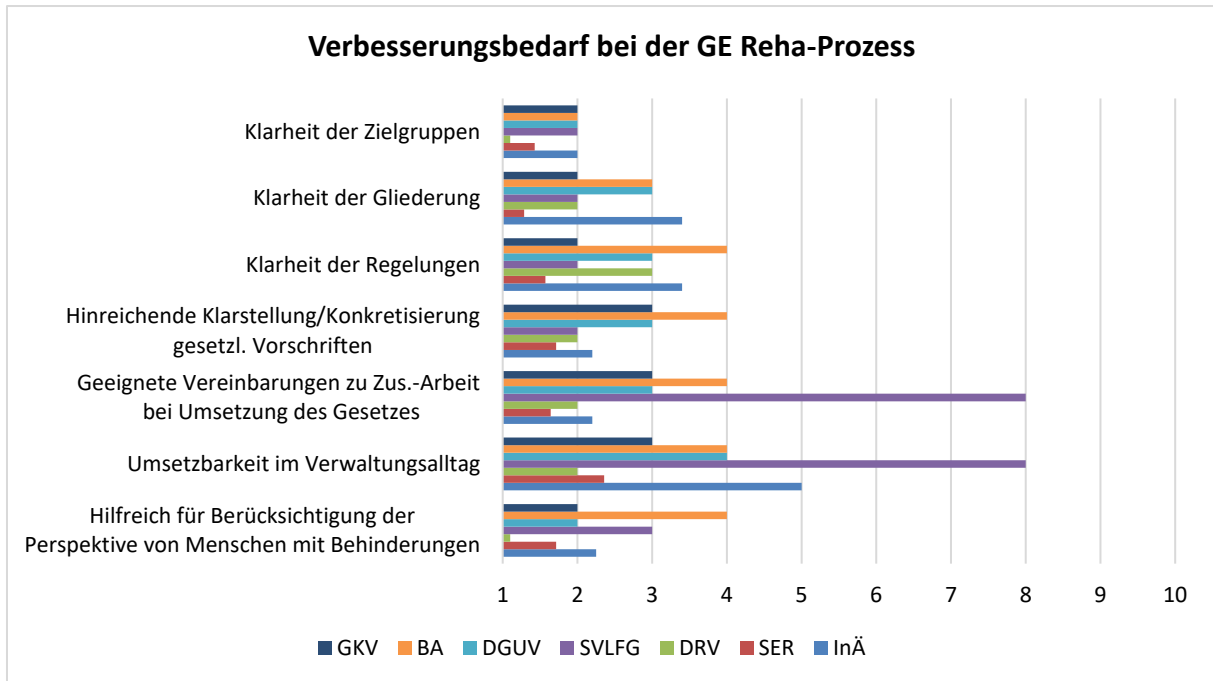
Reha-Träger die keine Vereinbarungspartner von Gemeinsamen Empfehlungen sind

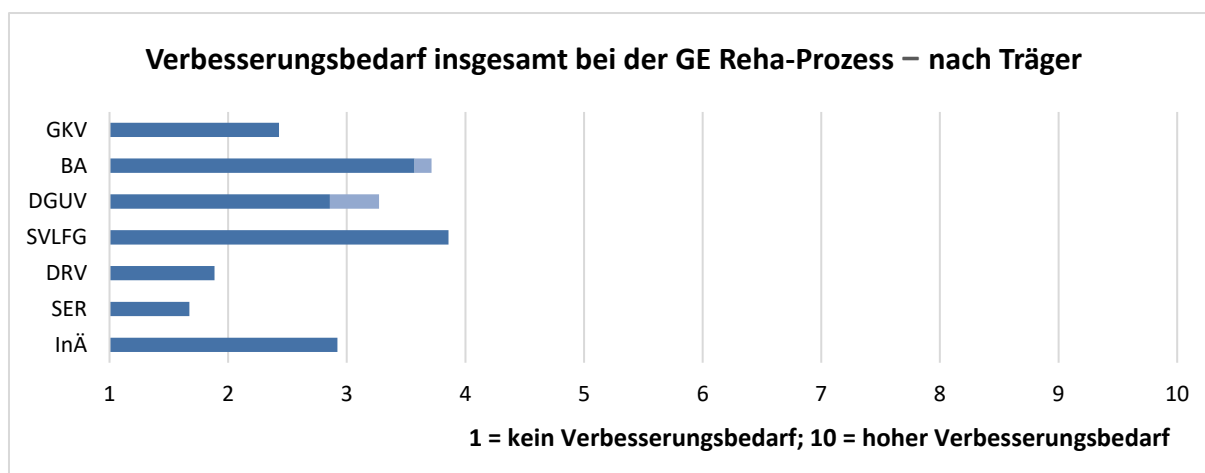
Im Bereich der Eingliederungshilfe haben nach Mitteilung der **BAGüS** die Gemeinsamen Empfehlungen für ihre Mitglieder insgesamt nur eine relativ geringe praktische Relevanz. Lediglich die GE Reha-Prozess habe eine (mittelbare) praktische Relevanz. Entsprechend wird aus diesem Trägerbereich auch nur zurückhaltend zurückgemeldet. Eine Ausnahme bildet insoweit die Rückmeldung des LWL-Inklusionsamts Arbeit, das auch die Zuständigkeit für die Eingliederungshilfe im Bereich Leistungen zur Teilhabe mit abbildet.

5. Schwerpunktberichte zu Erfahrungen mit den Gemeinsamen Empfehlungen

5.1. Gemeinsame Empfehlung „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

Überblick:





Zusammenfassung:

Für die befragten Reha- bzw. Leistungsträger hat die GE Reha-Prozess eine hervorgehobene Bedeutung in der Praxis, nicht nur, aber vor allem hinsichtlich der Regelungen in den Kapiteln 2 bis 4 in Teil 2 der GE (Zuständigkeitsklärung, Bedarfsermittlung und Feststellung, Teilhabeplanung). Mit vielen Unterschiedlichkeiten zwischen den Reha-Trägern kann die Rückmeldelage dahingehend zusammengefasst werden, dass viele der in der GE getroffenen Vereinbarungen zur Zusammenarbeit bei der Umsetzung des Gesetzes helfen, aber auch weiterhin Herausforderungen bestehen. Bemerkenswert ist zum Beispiel die Einschätzung der Praxisrelevanz in den vorliegenden Rückmeldungen aus den Trägerbereichen SER und Integrationsämter. Hier reichen die Einschätzungen von „keine Praxisrelevanz“ hin zu „sehr hilfreich“. Auch werden mitunter Herausforderungen, die in der – durch die GE nicht änderbare – komplexen Systematik des Gesetzes angelegt sind, als Verbesserungspotenzial der GE benannt.

Geringer Verbesserungsbedarf (Ausprägung bis „4“) wird bei allgemeinen Aspekten der GE von unterschiedlichen Trägerbereichen gesehen z. B. bei der Klarheit der Gliederung und der Regelungen, bei der Klarstellung/Konkretisierung gesetzlicher Vorschriften oder der Berücksichtigung der Perspektive von Menschen mit Behinderungen. Die Geeignetheit der Vereinbarungen zur Zusammenarbeit (Frage 1e) bzw. ihre Umsetzbarkeit im Verwaltungsalltag (Frage 1f) wird punktuell kritischer beleuchtet (SVLFG: 8/8, BA: 4/4, DGUV: 3-4/4-5, Integrationsämter: 2/5).

Die Berücksichtigung der GE in der Praxis (Frage 2a) mit Ausnahme von DGUV („5“) und SVLFG („4“) überwiegend mit ca. „7“ bewertet. Bei der Umsetzung werden vor allem die Regelungen zur Zuständigkeitsklärung von allen Reha-Trägern als wesentlich eingeschätzt, aber auch Teilhabeplanung und Bedarfsermittlung/-feststellung (hier u. a. Splitting/Beteiligung nach § 15 SGB IX) haben hervorgehobene Bedeutung.

Schwierigkeiten werden vor allem in der Praxis der Umsetzung getroffener Vereinbarungen gesehen, hier u. a. bei der Zuständigkeitsklärung.

Für die **BAGüS** hat lediglich die Gemeinsame Empfehlung „Reha-Prozess“ überhaupt eine (mittelbare) praktische Relevanz. Sie stellt aus Sicht der BAGüS-Mitglieder zumindest eine gute Basis dar für vor Ort geschlossene Vereinbarungen mit anderen Reha-Trägern dar.

Hinsichtlich der **Schwerpunktfragen** seien beispielhaft folgende Aspekte benannt:

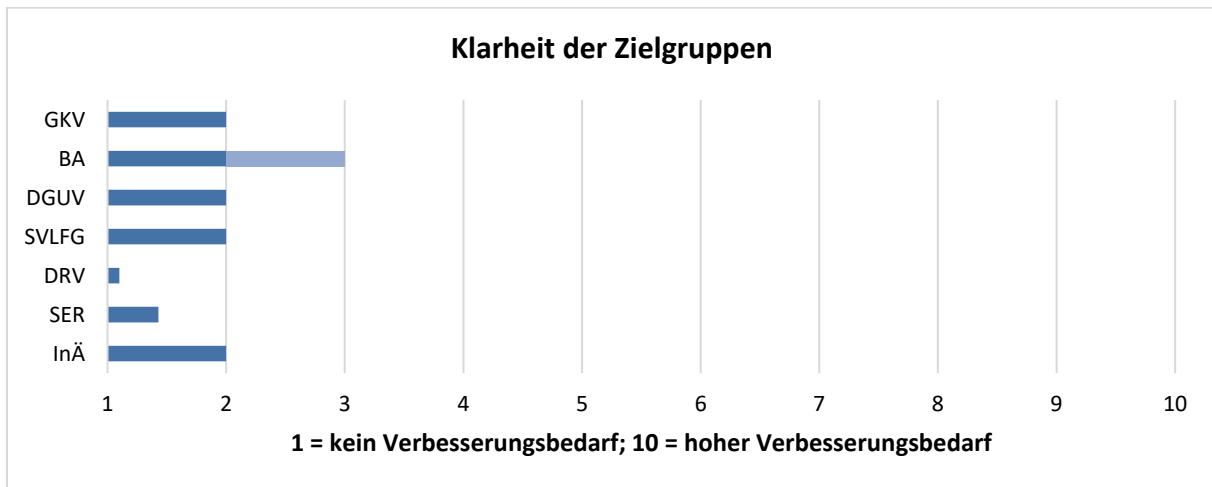
- Die Zusammenarbeit mit EGH/JuH, Jobcentern wird durch die GE befördert, ist allerdings weiterhin ausbaufähig, die GKV schlägt hierzu eine Verfahrensabsprache vor.

- Die Antragsdefinition § 19 Abs. 2 S. 2 GE Reha-Prozess wird überwiegend als hilfreich angesehen, bietet aber nach vereinzelt Ausführungen noch Raum für Interpretationen.
- Die Beschreibung des Prüfungsmaßstabs in § 20 Abs. 3 GE Reha-Prozess wird ebenfalls überwiegend als hilfreich angesehen. Allerdings finden sich hier deutlichere Hinweise auf Umsetzungs Herausforderungen.
- Die Regelung des § 25 GE Reha-Prozess bei Erkennung weiteren Reha-Bedarfs wird überwiegend als sinnvoll eingeschätzt, die praktische Bedeutung ist je nach Trägerbereich besonders unterschiedlich.
- Die Regelungen der §§ 29 und 30 der GE Reha-Prozess zum Splitting nach § 15 Abs. 1 SGB IX werden überwiegend als Unterstützung eingeschätzt, sind allerdings je nach Leistungsspektrum nicht für alle Träger praxisrelevant.
- Die Grundsätze für Instrumente der Bedarfsermittlung (§§ 35 – 46 GE Reha-Prozess) werden überwiegend als Unterstützung eingeschätzt.
- Bei der Teilhabeplanung stellt z. B. die Erreichbarkeit der anderen Reha-Träger eine Herausforderung dar. Unter anderem deshalb wird auch die Einhaltung der Fristen mitunter als problematisch eingestuft.
- Bei einigen Trägerbereichen kommen Teilhabeplanungen nicht sehr oft vor.
- Die Regelungen zur Kostenerstattung (§§ 72 bis 78 GE Reha-Prozess) werden überwiegend zurückhaltend positiv eingeschätzt, teilweise wird Konkretisierungsbedarf sowie Herausforderungen in der Praxis angezeigt.
- Regelungsbedarf für „stufenweise Bedarfsermittlung“ wird nicht bei allen Trägerbereichen gleichermaßen gesehen. Z. T. werden Hinweise zum denkbaren Umgang mit entsprechenden Fallgestaltungen gegeben.
- Bei der Erkennung von weiteren Bedarfen während einer Leistung (§ 80 GE Reha-Prozess) werden datenschutzrechtliche Aspekte sowie sehr hohe Anforderungen an die (auch trägerübergreifende) Kompetenz des Reha-Teams als Herausforderungen benannt.

Aus dem Bereich **Leistungserbringer** hat die **BAG WfbM** zurückgemeldet, dass vor allem die BTHG-bedingten Veränderungen hinsichtlich der Fachausschüsse (Ersetzung durch Teilhabeplanverfahren) relevant sei, insoweit aber noch wenig Praxisberichte der Mitglieder vorlägen.

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

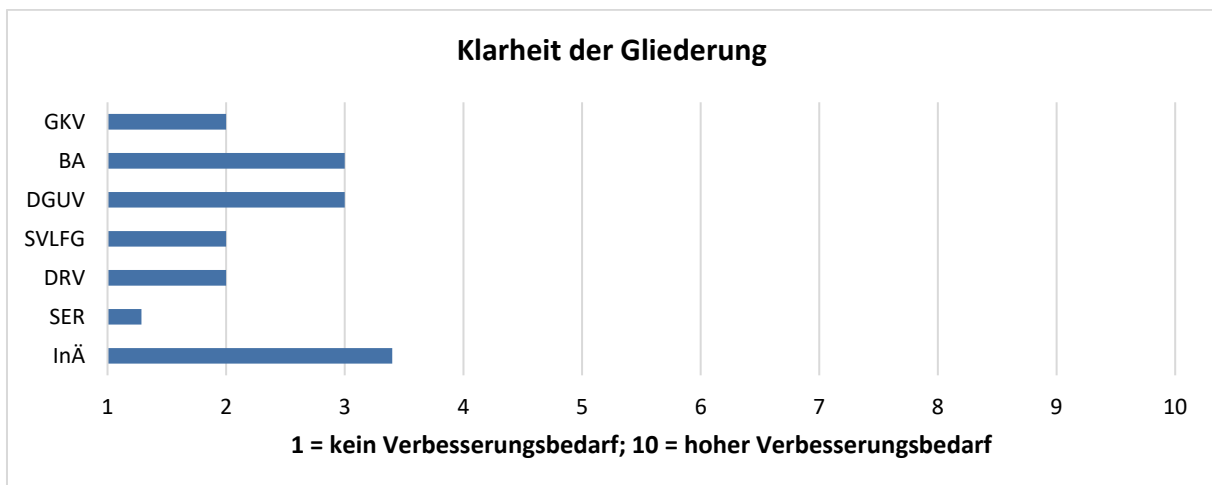
5.1.1.a.: Klarheit der Zielgruppen



Aus Sicht der **BA** könnte die Unterscheidung zwischen der Zielgruppe der GE und den am Rehabilitationsprozess beteiligten Akteuren weiter konkretisiert werden.

Der **KOV-Träger** Niedersachsen merkt an, dass kein Verbesserungsbedarf bestehe und alles klar definiert sei.

5.1.1.b.: Klarheit der Gliederung



DRV Bund: Min.: 1, Max.: 2

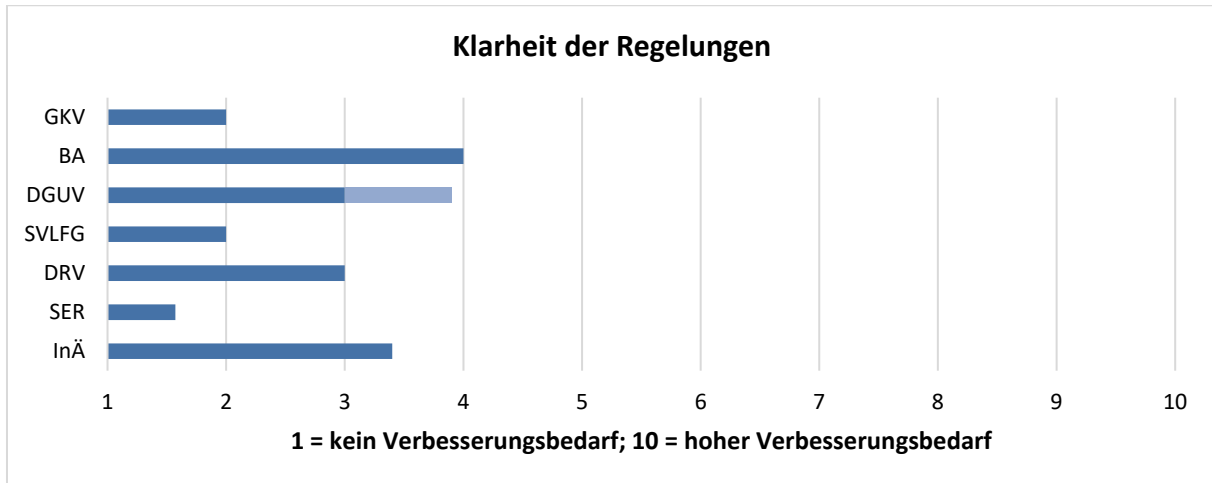
Die **BA** ist der Auffassung, dass zur besseren Lesbarkeit und zum besseren Verständnis Paragrafenangaben Gesetzen vorbehalten bleiben sollten. Ihre Verwendung in der GE irritiere und führe zu Verwechslungen. Stattdessen solle die GE numerisch oder alphabetisch oder alpha-numerisch gegliedert werden.

Zur Klarheit der Gliederung teilt die **DRV Bund** mit, dass neben dem SGB IX eine weitere/andere Paragrafensystematik aufgebaut werde, was eine leichte Anwendung nicht unbedingt unterstütze, zumal in den Regelungen der GE teilweise der Gesetzestext einfließe.

Der **KOF-Träger** Niedersachsen teilt mit, die Gliederung sei klar durchdacht und übersichtlich.

Aus Sicht des **Integrationsamts Hamburg** kann eine GE über 84 Seiten aufgrund der Länge nicht klar sein.

5.1.1.c.: Klarheit der Regelungen



DRV Bund: Min.: 1, Max.: 10

Die **BA** gibt folgende Anregungen für mögliche Verbesserungen:

1. einfacher (anwenderfreundlicher) formulieren,
2. Verweise vermeiden,
3. Beispiele zum besseren Verständnis ergänzen (z. B. Fristen),
4. Schaubilder zur Verdeutlichung von Prozessabläufen ergänzen.

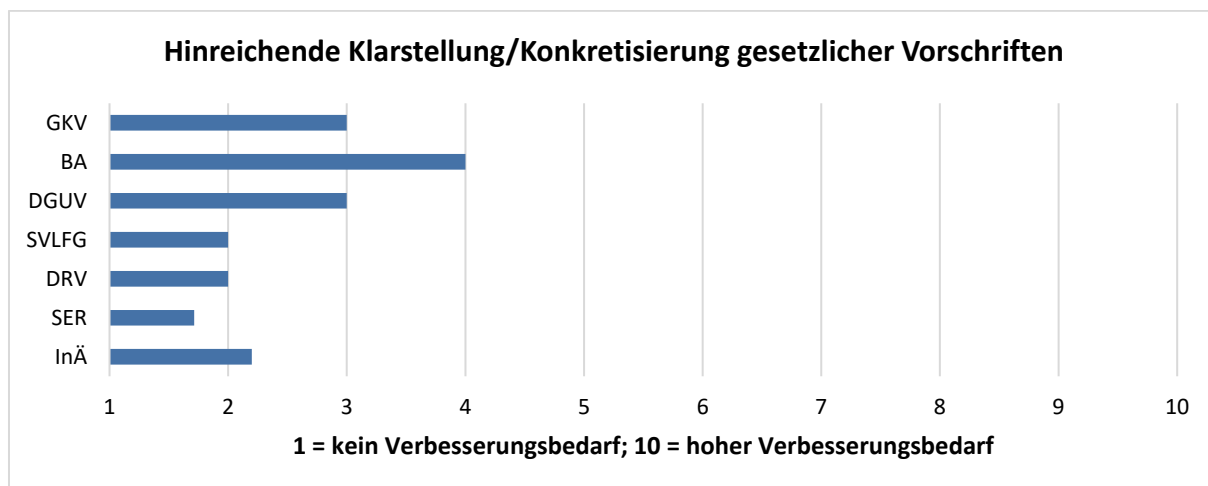
Aus Sicht der **DGUV** leiden unter dem notwendigen Umfang der GE Übersichtlichkeit und Verständlichkeit. Gleichzeitig würden aber aus dem Bereich der Unfallversicherung weitere Erläuterungen, gewünscht, wie z. B. zur Frage „Was ist ein vollständiger Leistungsantrag?“.

Die **DRV Bund** teilt mit, dass einzelne Rentenversicherungsträger anregen, in der GE die Wiedergabe des Gesetzestextes zu beschränken und auf eindeutige und klare Formulierungen zu achten.

Aus Sicht des **KOV-Trägers Niedersachsen** ist alles verständlich.

Für das **Integrationsamt Hamburg** spricht auch insoweit bereits die Länge der GE gegen Klarheit.

5.1.1.d.: Hinreichende Klarstellung / Konkretisierung gesetzlicher Vorschriften



DRV Bund: Min.: 1, Max.: 6

Die **BA** gibt die Anregung, Gesetzeswiederholungen zu vermeiden und handlungsorientierte Ansätze weiter zu stärken. Einzelne Aspekte würden nicht umfänglich dargestellt, z. B.

- § 22 Abs. 4 GE: rechtliche Einordnung der Weiterleitung vom Integrationsamt an den Rehabilitationsträger
- § 29 Abs. 5 GE: Wie ist die Beteiligungsoption des unzuständigen zweitangegangenen Trägers (zugleich leistender Träger) im Kontext zur Turboklärung zu bewerten?

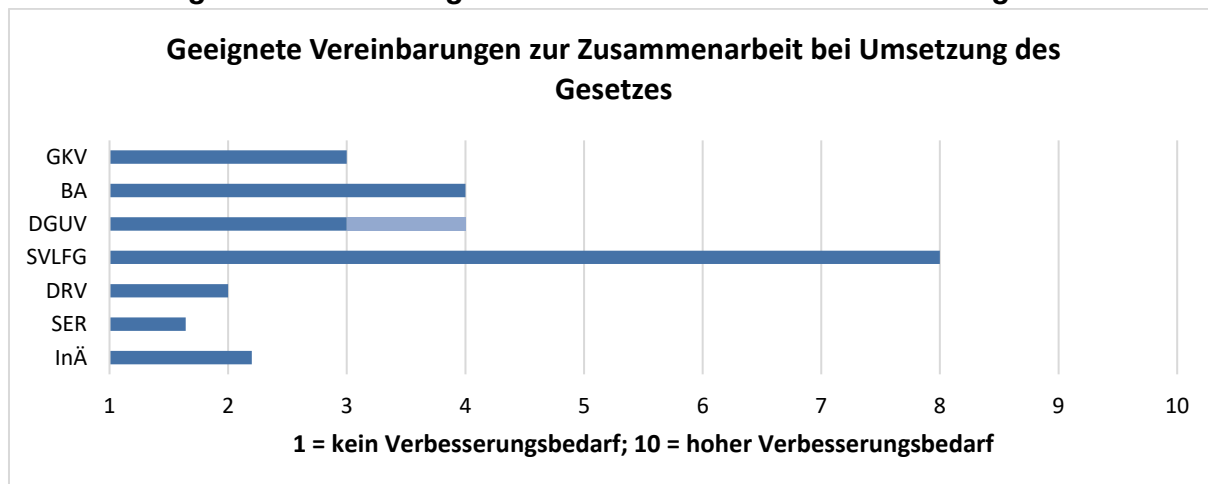
DRV Bund und **DGUV** verweisen hier auf die Anregungen zur Frage 1c).

Aus dem Bereich der **DRV** wird ergänzend eine weitere Präzisierung von § 19 Abs. 2 GE Reha-Prozess empfohlen. Allerdings wird auch darauf hingewiesen, dass früher auftretende Streitigkeiten über fristauslösende Unterlagen zumindest hätten reduziert werden können.

Aus Sicht des **KOV-Trägers Niedersachsen** wird die Klarstellung/Konkretisierung gesetzlicher Regelung für gut befunden.

Das **Integrationsamt Hamburg** benennt keinen unmittelbaren Verbesserungsbedarf, weist allerdings darauf hin, dass die GE in Hamburg nicht gelebt werde.

5.1.1.e.: Geeignete Vereinbarungen zur Zusammenarbeit bei Umsetzung des Gesetzes



DRV Bund: Min.: 1, Max.: 4

Die **BA** sieht die Verfahren und Verwaltungsumsetzung der Turboklä rung als ausbaufähig an, hier u. a. die Frist der Rückmeldung. Zudem wird eine Ergänzung um den Bezug zur „Orientierungshilfe“ von BA, DRV Bund und BAGüS zum Teilhabeplanverfahren bei WfbM nach § 15 Abs. 2 SGB IX angeregt.

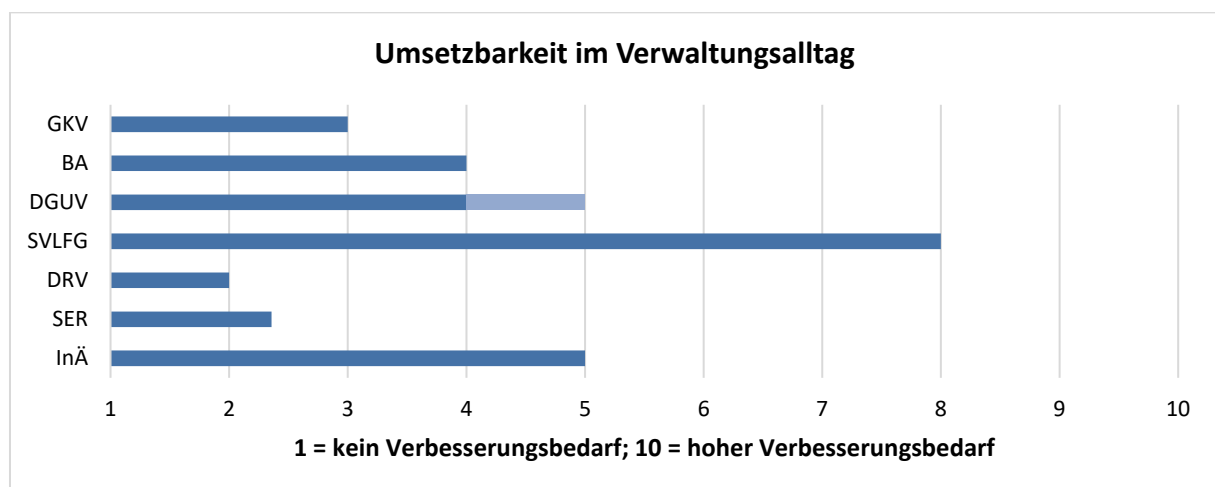
Die **DGUV** empfiehlt eine Regelung zur Nennung von festen Ansprechpersonen.

Die **SVLFG** sieht besonders hohen Verbesserungsbedarf und weist darauf hin, dass es mit der DRV weiterhin Probleme bei der Zusammenarbeit und im Erstattungsbereich gebe.

Laut Mitteilung der **DRV Bund** empfehlen einzelne Rentenversicherungsträger allgemein, sich mehr an der Praxis zu orientieren oder bei der Formulierung darauf zu achten, dass die GE in der Umsetzung nicht unterschiedlich verstanden werde. Konkret gebe es den Hinweis auf die Notwendigkeit einer klaren Regelung, bis wann der Teilhabeplan vom Verantwortlichen erstellt sein muss, da auch die beteiligten Träger diesen bei der Leistungsentscheidung zu berücksichtigen hätten (auch bei zwei Verfahren nach § 25 Abs. 2a der GE, wenn der zweite Träger keine Beteiligung durchführen muss und daher eine kürzere Frist hat).

Der **KOV-Träger** Niedersachsen hält die Vereinbarungen für geeignet, sofern die Reha-Träger nicht an alten Verhaltensmustern festhalten und sich ausreichend mit den Vereinbarungen befassen.

5.1.1.f: Umsetzbarkeit im Verwaltungsalltag



DRV Bund: Min.: 1, Max.: 8

Die **BA** weist auf die Verbindlichkeit der GE nur zwischen den SV-Rehabilitationsträgern hin und wünscht eine engere Einbindung der Jugend- und Eingliederungshilfe, um dort die Akzeptanz zu erhöhen und ggf. mehr Beitritte zur GE zu erreichen.

Der Transfer der GE-Regelungen in die Praxis gestaltet sich aus Sicht der **DGUV** schwierig. Beispielhaft wird auf die z. T. komplizierte Ermittlung von Ansprechpersonen Bezug genommen.

Die **SVLFG** verweist auch hier auf anhaltende Herausforderungen bei der Zusammenarbeit und im Erstattungsbereich hin.

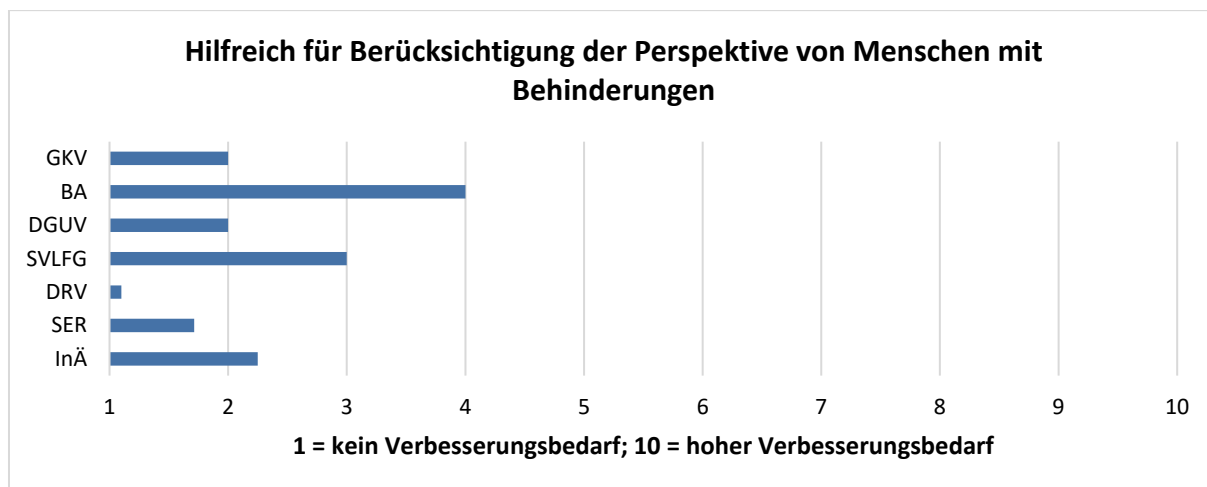
Laut **DRV Bund** wird überwiegend kein bzw. kaum Verbesserungsbedarf gesehen und im Übrigen auf die Anmerkungen zu b) sowie auf die allgemeinen Anmerkungen unter c) verwiesen.

Für den **KOV-Träger Niedersachsen** gestaltet sich die Zusammenarbeit bei der Weiterleitung/Turboklä rung manches Mal schwierig.

Das **Integrationsamt Hamburg** teilt mit, die Regelungen der GE hätten bisher in Hamburg trotz kurzer Wege nicht fest umgesetzt werden können, funktionierten aber in Einzelfällen. Das **LWL-Inklusionsamt** berichtet, nach wie vor seien die Regelungen zu § 14 SGB IX den Entscheidern im operativen Geschäft häufig nicht bekannt.

Die gemeinsame Ausführung von Teilhabeplänen anderer Leistungsträger mit dem Integrationsamt sind aus Sicht des **Integrationsamts Sachsen-Anhalt**entwicklungsfähig. Eine wichtige Rolle dabei bestehe in der Begutachtung nach ICF als einheitliches Begutachtungsinstrument als Voraussetzung für die Teilhabeplanung. Im Integrationsamt seien im Bereich arbeitsmedizinischer Voraussetzungen zukünftig Ressourcen zu erschließen, um den möglichen Rehabilitationsbedarf von Menschen mit einer Schwerbehinderung bzw. ihnen gleichgestellten unter Einbindung des Instrumentes ICF zu erheben. Das Integrationsamt Sachsen-Anhalt nutze die in der GE genannten weiteren Stellen in der Bedarfsermittlung (siehe § 33 GE Reha-Prozess). Eine Begutachtung auf der Grundlage des ICF könne zukünftig eine trägerübergreifende Vereinheitlichung hinsichtlich der Einheitlichkeit, Nachprüfbarkeit und Dokumentation ermöglichen (siehe § 37 GE Reha-Prozess).

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



DRV Bund: Min.: 1, Max.: 5

Die **BA** empfiehlt auch hier, Gesetzeswiederholungen stärker zu vermeiden und mehr handlungsorientierte Ansätze zu verfolgen.

Die **DRV Bund** unterstreicht, die Berücksichtigung der Perspektive von Menschen mit Behinderung sei Grundvoraussetzung für das Verwaltungshandeln. Positiv beurteilt werde, dass in dieser GE der Fokus auf den Prozessen liege. Allerdings werde auch hier empfohlen, pragmatische Wege zu gehen.

Der **KOV-Träger Niedersachsen** weist auf Nachteile durch verlängerte Bearbeitungsdauer in der Praxis hin, wenn z. B. der zweitangegangene Reha-Träger aufgrund seines Leistungsspektrums nicht Reha-Träger sein, d. h. Leistungen in beantragter Art nicht erbringen könne und der eigentlich zuständige Reha-Träger die Rücknahme des Antrages ablehne.

Der **KOF-Träger Niedersachsen** beschreibt den Aufwand als hoch.

5.1.1.h: Weitere Ansatzpunkte für Verbesserungen

Die **BA** regt an, Überarbeitungen zur besseren Nachvollziehbarkeit kenntlich zu machen und den Charakter der GE als Nachschlagewerk zu stärken (z. B. Leitsystem für einzelne Prozessbeteiligte zu entwickeln).

Die **DGUV** benennt als Verbesserungsansätze Praxisbeispiele, eine konkretere Definition, wann ein vollständiger Antrag vorliege und eine Darstellung der GE als Workflow mit Links zu wichtigen Themen und Gesetzen. Da die Regelungen der GE sehr umfangreich seien, sei auch eine verkürzte Online-Version hilfreich. Perspektivisch bedarf es aus Sicht der DGUV ergänzend der Klarstellung, wann ein leistender Reha-Träger seine Leistungen vollständig erbracht hat und nicht mehr weiter zuständig ist. Einige der Unfallversicherungsträger hätten zudem verstärkte Ansätze zur Förderung gemeinsamer Teilhabekonferenzen bei nicht abschließend geklärten/klärbaren Zuständigkeiten und für schnelle schriftliche Abstimmungen (mehr Raum für Dialoge) angeregt.

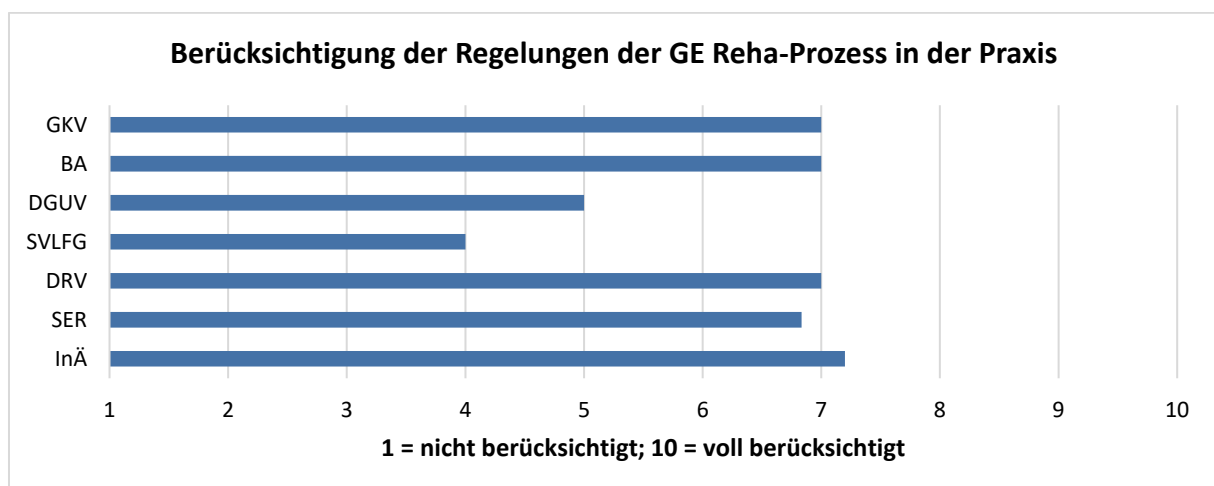
Die **DRV Bund** sieht überwiegend keinen Verbesserungsbedarf. Die GE sei allerdings erst ein Jahr in Kraft; nach längerer Zeit der Anwendung oder im Falle von Gesetzesänderungen oder Rechtsprechung oberer Gerichte könne sich ein konkreterer Bedarf ergeben. Bereits jetzt werde im Hinblick auf die für Rentenversicherungsträger neue Vorschrift des § 18 SGB IX – Stichwort: Genehmigungsfiktion – Konkretisierungsbedarf gesehen, was in § 89 GE Reha-Prozess auch bereits angekündigt worden sei.

Nach Mitteilung des **KOV-Trägers Niedersachsen** erfolgen Weiterleitungen oft ohne ausreichende Betrachtung der Behinderungsursache. Selbst bei oberflächlicher Betrachtung sei oft deutlich zu erkennen, dass der zweitangegangene Träger nicht zuständig sein könne, was wiederum zu Bearbeitungsproblemen aufgrund fehlender Zuständigkeit führe.

Das **Integrationsamt Hamburg** regt an, die GE zu kürzen.

5.1.2. Wie bewerten Sie die Umsetzung dieser GE?

5.1.2.a: Berücksichtigung der Regelungen in der Praxis



DRV Bund: Min.: 2, Max.: 10

5.1.2.b: Besonders wichtige Regelungsgegenstände

Alle Träger aus dem Bereich der Sozialversicherung (**GKV, SVLFG, DGUV, BA, DRV Bund**) sehen die Zuständigkeitsklärung sowie (mit Ausnahme der SVLFG) die Bedarfsermittlung und -feststellung als besonders wichtig an. Die **SVLFG** benennt zusätzlich die Erstattung im Verhältnis mit der DRV als ausschlaggebend. **DGUV, DRV Bund** und **BA** benennen zudem die Teilhabeplanung als besonders wichtigen Regelungsgegenstand.

Für die **DGUV** sind darüber hinaus grundsätzlich alle Regelungen relevant, insbesondere allerdings auch die Bedarfserkennung.

BA und **DRV Bund** benennen konkret die Koordinierung in den Fällen des § 15 SGB IX (Splitting, Beteiligung, §§ 29-31 GE Reha-Prozess) sowie die Sonderfälle der Weiterleitung (§ 22 GE Reha-Prozess) als besonders relevant.

Die **DRV Bund** sieht darüber hinaus den gesamten zweiten Teil der GE als wichtig an, auch Kap. 5 (Leistungsentscheidung). Konkret werden vor allem folgende weiteren Regelungsgegenstände als unterstützend angesehen: Entscheidung über die vom Antrag umfassten Leistungen (§ 67 GE) und Erstattungsanspruch (§ 74 GE).

Die **BA** konkretisiert die besonders relevante Regelungsgegenstände wie folgt:

- Anhaltspunkte für Bedarf an LTA-Leistungen (§ 11 GE)
- Rolle und Aufgaben des leistenden Rehabilitationsträgers, Rollenverteilung im Teilhabeplanverfahren und Fristen im Teilhabeplanverfahren.

In den vorliegenden Rückmeldungen der **SER-Träger (KOF-Träger Brandenburg, Hessen Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Rheinland-Pfalz, KOF-Träger Schleswig-Holstein, KOF-Träger Thüringen)** werden (mit Ausnahme Rheinland-Pfalz) ebenfalls die GE-Regelungen zur Zuständigkeitsklärung (einschließl. Weiterleitung/Turboklämung) als besonders relevant benannt. Zudem wird die Teilhabeplanung genannt (**Brandenburg, Schleswig-Holstein, Thüringen**). Der **KOF-Träger Thüringen** berichtet insoweit von einem Fall der praktischen Umsetzung und Teilnahme an einer Teilhabeplankonferenz mit Vertretern von Jugendamt, Hauptfürsorgestelle, Sozialamt, OVSt, einer Therapeutin, Integrativer Kindertagesstätte und der Pflegefamilie. Er benennt zudem noch die Regelungen zur Bedarfsermittlung und -feststellung als relevant. Aus Sicht des **KOV-Trägers Niedersachsen** ist zudem auch das Kapitel 5 in Teil 2 der GE (Leistungsentscheidung) besonders relevant.

Die **Integrations-/Inklusionsämter (Baden-Württemberg, Hamburg, LWL, Sachsen-Anhalt)** nennen ebenfalls die Zuständigkeitsklärung als besonders relevant. Das LWL-Inklusionsamt und das Integrationsamt Sachsen-Anhalt benennen zudem die Regelungen zur Bedarfsermittlung und -feststellung als wesentlich. Das Integrationsamt Sachsen-Anhalt führt konkret aus: *„Die gemeinsame Empfehlung „Reha-Prozess“ einschließlich der beigefügten Anlagen ist sehr umfangreich und konkret gestaltet. Dahingehend sind entsprechende Instrumente wie die Begutachtung nach ICF, die THPL und deren Fortschreibung, z. B. auch bei Leistungsträgerwechsel, verständlich beschrieben. Hinzukommend sind Besonderheiten in der Zuständigkeitsabgrenzung konkret benannt. Der gesamte Reha-Prozess ist von der Bedarfsermittlung und der Bedarfsfeststellung über die THPL, die Leistungsentscheidung, die Durchführung und die Beendigung einer Leistung zur Teilhabe konkret und verständlich nachvollziehbar. Die Rehabilitation als Prozess mit dem Menschen im Mittelpunkt zu sehen wird als grundlegendes gemeinsames Verständnis benannt. Dahingehend wird an verschiedenen Stellen nachhaltig das Wunsch- und Wahlrecht sowie die Einbindung des behinderten Menschen in die THPL voraussetzend benannt. Der Mensch mit Behinderung ist aktiv mit*

einzubeziehen. Voraussetzend für einen Umgang mit der GE „Reha-Prozess“ ist die Benennung der Regelungen. (siehe § 4), die nicht durchgehend für alle Leistungsträger gelten, jedoch hinsichtlich der Zuständigkeit und der Abgrenzung für die Leistungsträger im Folgenden konkret beschrieben werden. Dem Erfordernis einer mitunter interdisziplinären Zusammenarbeit aus verschiedenen Berufsgruppen in einer umfassenden Bedarfsermittlung und Bedarfsfeststellung wird im Integrationsamt im Land Sachsen-Anhalt Rechnung getragen. Schnittstellen zu anderen Leistungsträgern ergeben sich im Integrationsamt, z. B. hinsichtlich der BA in der UB, der BA zu Assistenzleistungen, von Pflegeleistungen im Arbeitsprozess, etc. Die benannten Anpassungs- und Konkretisierungsbedarfe zu trägerübergreifenden Mindeststandards für die Dokumentation bei der Bedarfsermittlung im Bereich der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben werden unterstützt.“

5.1.2.c Schwierigkeiten bei der Umsetzung

Laut **GKV** bestehen Hinweise darauf, dass die GE Reha-Prozess nicht allen Rehabilitationsträgern bekannt ist. Zudem erkennen die Rentenversicherungsträger das Muster 61 nicht als Rehabilitationsantrag an.

Die Zusammenarbeit der jeweiligen Akteure (Umsetzungsgrad des SGB IX und der GE bei den einzelnen Trägern) ist nach Mitteilung der **BA** unterschiedlich stark ausgeprägt.

Die **DGUV** weist darauf hin, dass die Träger aufgrund ihrer unterschiedlichen Aufgaben auch unterschiedliche Prioritätensetzungen und Auslegungen haben. Allgemein seien wiederholt feste Ansprechpartner bei den anderen Reha-Trägern gewünscht worden.

Die **SVLFG** sieht Herausforderungen im Bereich der Zuständigkeitsklärung und der Erstattung mit der DRV.

Die **DRV Bund** sieht überwiegend zurzeit keine Schwierigkeiten. Die hohe Komplexität der neuen gesetzlichen Herausforderungen und der Umgang mit den durch das BTHG ungelöst gebliebenen Zielkonflikten bedingen allerdings auch einen erheblichen Umfang der GE, was die Umsetzung erschwert. Wegen der erst vor einem Jahr erfolgten Veröffentlichung der umfangreichen GE sei für die Sachbearbeitung eine „Orientierung“ notwendig. Für die neuen Vorgehensweisen nach dem BTHG könne die GE als Argumentationshilfe dienen. Insbesondere spezielle Fragen wie Bedarfsermittlung und -feststellung/Splitting/Beteiligung als zweit-/drittangegangener Träger/Teilhabeplanverfahren etc. bedürften allerdings noch der Klärung, aber auch der Routine.

Aus dem Bereich der **SER-Träger** teilt der **KOF-Träger Brandenburg** Herausforderungen bei Bedarfsermittlung und Fristeinhalten mit. Die **SER-Träger aus Mecklenburg-Vorpommern und Niedersachsen** benennen die Weiterleitung bei Unzuständigkeit bzw. bei ungeklärter Behinderungsursache. Der **LWL als KOF-Träger** sieht die Teilhabeplanung als Herausforderung an, der **KOF-Träger Thüringen** die Realisierung von Aktivitäten nach Ende einer Leistung in Sinne des § 85 Abs. 5 der GE. Der **SER-Träger Sachsen** teilt mit, die allgemeingültigen Anhaltspunkte der GE „Reha-Prozess“ würden in der Teilhabe-Bedarfs-Ermittlung, speziell im Sächsischen Integrativen Teilhabeplan (ITP) berücksichtigt. Die Umsetzung hänge dabei generell von den jeweiligen Beteiligten ab. Ausdrücklich keine Schwierigkeiten im Berichtszeitraum benennen die **SER-Träger aus Niedersachsen, Rheinland-Pfalz und Schleswig-Holstein**. Der **KOF-Träger Mecklenburg-Vorpommern** kann die Frage nicht beurteilen.

Für das **LWL-Inklusionsamt** bestehen Herausforderungen beim Antragssplitting und den entsprechenden Besonderheiten der Regelungen für Integrationsämter. Das **Integrationsamt Sachsen-Anhalt** benennt die Teilhabeplanung und Umsetzung der ICF als Herausforderungen und verweist auf die Antwort zur Frage 1f). Das **Integrationsamt Hamburg** sieht Herausforderungen z. B. im Bereich der §§ 19-22 der GE.

5.1.3. Schwerpunktfragen

Allgemeiner Teil

5.1.3.1. *Inwieweit haben die 2018 neu gefassten GE-Regelungen zu einer Verbesserung der Zusammenarbeit mit den Akteurskreisen Jugendhilfe, Eingliederungshilfe und Jobcenter geführt bzw. diese befördert?*

Für die **GKV** bestehen Schwierigkeiten im Verhältnis zur Eingliederungshilfe und Jugendhilfe, insbesondere in Bezug auf Anträge auf HKP und Schul-/Arbeitsassistenz sowie die Zweitausstattung mit Hilfsmitteln. Die GKV regt an auf Ebene der BAR einen Austausch zwischen den Trägern der Eingliederungshilfe (über BAGÜS, Deutscher Landkreistag, Deutscher Städtetag) zu initiieren mit dem Ziel einer Verfahrensabsprache zur bestehenden Problematik zu erzielen. Die Sachverhalte seien ausführlich im BAR/BAGÜS Workshop dargelegt worden.

Die **BA** berichtet, dass die Zusammenarbeit mit Jobcentern konstruktiv sei, das läge u. a. auch an den gesonderten Verfahrensvorschriften für den Rehabilitationsträger BA (§ 6 Abs. 3 SGB IX) sowie – insbesondere bei gemeinsamen Einrichtungen des kommunalen Trägers und der Agentur für Arbeit – an weiteren Empfehlungen zur Zusammenarbeit und den vor Ort getroffenen Vereinbarungen. Die Zusammenarbeit mit Trägern der Eingliederungshilfe habe sich tendenziell verbessert, es gäbe allerdings weiter regionale Unterschiede. Insbesondere dort, wo sich die Eingliederungshilfeträger neu strukturieren, komme es vereinzelt noch zu Reibungsverlusten. Die Zusammenarbeit mit den Trägern der Jugendhilfe stelle in einigen Regionen noch ein besonderes Handlungsfeld dar.

Für die **DGUV** bestehen bisher wenige Berührungspunkte mit diesen Trägerbereichen.

Die **DRV Bund** teilt mit, dass die Rentenversicherungsträger aufgrund der Regelungen des BTHG mit den Arbeitsagenturen, Jobcentern oder Eingliederungshilfeträgern mehr in Kontakt stünden. Vereinzelt werde von den Trägern dargelegt, dass diese Zusammenarbeit noch verbesserungsfähig sei. Zum Teilhabeplanverfahren hätten sich verschiedene Akteure (RV-Träger mit Eingliederungshilfe) verständigt. In der Praxis sei eine weitere Erprobung abzuwarten. Die GE könne in diesem Zusammenhang als Auslegungshilfe relevant und hilfreich werden. Mit der Jugendhilfe sei bisher eine Zusammenarbeit für eine Aussage zu selten.

Laut **SVLFG** stellt die GE eine gute gemeinsame Rechtsgrundlage dar.

Aus dem Bereich der **SER-Träger** melden der **KOF-Träger Brandenburg, Schleswig-Holstein**; der **KOV-Träger Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, SER-Träger Rheinland-Pfalz, Sachsen** sowie der **LWL als KOF-Träger**. Der **KOF-Träger Mecklenburg-Vorpommern** und der **SER-Träger Rheinland-Pfalz** berichten von einer verbesserten Zusammenarbeit mit dem Jobcenter und der Bundesagentur für Arbeit. Der **KOV-Träger Niedersachsen** begrüßt die klar strukturierten Empfehlungen, auch wenn konkrete Veränderungen

noch nicht bemerkbar seien. Der **SER-Träger Sachsen** teilt mit, bis Juni 2019 habe eine gute Zusammenarbeit bestanden, seitdem arbeiteten die Träger intensiv an der Umsetzung der durch das Bundesteilhabegesetz ab 2020 geltenden Regelungen. Eine Verbesserung der Zusammenarbeit sei durch den hohen Arbeitsaufwand erst nach der vollzogenen Umstellung zu erwarten und könne im nächsten Bericht dokumentiert werden. Der **KOF-Träger Schleswig-Holstein** berichtet von der gemeinsamen Erarbeitung eines Hilfeplans.

Dem **Integrationsamt Baden-Württemberg** zufolge wurde durch die GE die Zusammenarbeit befördert. Das **Integrationsamt Hamburg** sieht keine Veränderungen. Das **LWL-Inklusionsamt** ist der Ansicht, dass die GE die ohnehin durch das BTHG geforderte engere Zusammenarbeit im Rahmen von Gesamt- und Teilhabeplanung allenfalls abstrakt unterstütze, konkrete Vereinbarungen würden mit den regionalen Partnern getroffen und seien im Alltag sehr viel relevanter als die GE.

Zuständigkeitsklärung

5.1.3.2. *Inwieweit unterstützt die Antragsdefinition in § 19 Abs. 2 S. 2 der GE die Klarheit über den Zugang ins Verwaltungsverfahren?*

Die Ausführungen sind für die **GKV** verständlich. Insbesondere der geforderte Bezug auf konkrete Teilhabeleistungen i. S. d. § 4 SGB IX schaffe ausreichende Klarheit und ermögliche eine inhaltliche Beurteilung der Zuständigkeit.

Für die **BA** unterstützt die Definition grundsätzlich das Verständnis. Sie sei nachvollziehbar formuliert. Gleichwohl sei zu beobachten, dass es weiterhin unterschiedliche Auslegungen in Sonderfällen der „Antragstellung“ gebe, so sollten z. B. bloße Atteste als fristauslösende Antragstellung nicht ausreichen.

Laut **DGUV** dient die Regelung grundsätzlich der Klarstellung. Allerdings forderten einige Reha-Träger ihre eigenen Antragsformulare für die Antragsanerkennung.

Die **SVLFG** teilt mit, die BG leiste grundsätzlich von Amts wegen.

Für die meisten Fälle wird laut **DRV Bund** die Klarheit der Regelungen über den Zugang ins Verwaltungsverfahren durch die Definition „Antrag“ bestätigt.

Aus dem Bereich der **SER-Träger** halten der **KOF-Träger Brandenburg** und die **SER-Träger Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Rheinland-Pfalz und Sachsen** die Definition für hilfreich bis sehr hilfreich und verständlich. Der **LWL als KOF-Träger** und der **KOF-Träger Schleswig-Holstein** melden keine bzw. kaum Erfahrungen. Der LWL als KOF-Träger weist insoweit darauf hin, dass bevor eine Anerkennung nach dem BVG oder den Nebengesetzen (vornehmlich OEG) erfolge, i. d. R. Anträge bei anderen Trägern gestellt würden. Problematisch ist es laut dem **KOF-Träger Mecklenburg-Vorpommern**, die 14 Tage Frist einzuhalten, wenn z. B. Gutachten benötigt würden. Der **SER-Träger Rheinland-Pfalz** weist darauf hin, dass die Antragsdefinition noch auslegungsfähig sei hinsichtlich der erforderlichen Unterlagen zur Zuständigkeitsklärung. Eine Erörterung könne hier Klarheit bringen, welche Unterlagen vorliegen sollten zur Beurteilung der Zuständigkeit. Der **SER-Träger Sachsen** führt hierzu aus, eine Weiterleitung an das Soziale Entschädigungsrecht sei nach der Definition nur mit Nachweisen möglich, die einen Anspruch auf Entschädigungsleistungen belegten.

Das **Integrationsamt Hamburg** und das **LWL-Inklusionsamt** schätzen die Definition als hilfreich ein. Laut dem **Integrationsamt Baden-Württemberg** ist unklar, was Unterlagen seien, „die eine Beurteilung der Zuständigkeit ermöglichen“.

5.1.3.3. Inwieweit unterstützt die Beschreibung des Prüfungsmaßstabs hinsichtlich „fremder Leistungsgesetze“ während der Zuständigkeitsklärung (§ 20 Abs. 3 S. 3 und 4 der GE) die Verwaltungspraxis?

[Vorbemerkung: In der Fragestellung wird unzutreffend auf S. 3 und 4 statt auf S. 2 und 3 verwiesen.]

Der beschriebene Umfang der Zuständigkeitsprüfung ist für die **GKV** hilfreich. Die Tiefe der Prüfung werde auf die Ebene der Leistungsgruppen begrenzt, so dass sie aufgrund der §§ 5 und 6 SGB IX, bestehender Regelungen zu nach- und gleichrangigen Zuständigkeiten sowie unter Beachtung trägerspezifischer Reha-Ziele in der Praxis noch geleistet werden könne.

Laut **BA** ist die Beschreibung des Prüfmaßstabs ausreichend.

Für die **DGUV** ist die Beschreibung grundsätzlich hilfreich, allerdings könne es auch innerhalb einer Leistungsgruppe unterschiedliche Zuständigkeiten geben.

Ein Träger der Unfallversicherung führt aus, dass Satz 3 nur eingeschränkt weiter helfe, weil es möglich sein könne, dass auch innerhalb einer Leistungsgruppe unterschiedliche Zuständigkeiten bestehen (z. B. UVT). Zwischen den Trägern sei in der Praxis die Definition von Reha-Leistungen und daher deren Abgrenzung z. T. weiterhin strittig (Beispiel: EAP und KSR der UV).

Die **SVLFG** benennt die konkrete Bezugnahme Reha-Träger nach §§ 5 und 6 SGB IX.

Die **DRV Bund** berichtet von durchaus gegensätzlichen Rückmeldungen der Rentenversicherungsträger. Ein Teil sehe in der Beschreibung des Prüfungsmaßstabs keinerlei Unterstützung oder Hilfe, ein anderer Teil sehe ihn als durchaus hilfreich an.

Die **SER-Träger Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen und Rheinland-Pfalz** bewerten die Regelung als positiv. Der **KOF-Träger Brandenburg** weist darauf hin, dass die Regelung von anderen Leistungsträgern oft nicht beachtet und nicht wirklich geprüft werde. Man erhalte viele ungeprüft weitergeleitete Anträge, für die man nicht zuständig sei. Auch die **KOV-Träger Mecklenburg-Vorpommern und Niedersachsen** weisen auf praktische Umsetzungshürden hin, u. a. weil beim erstangegangenen Reha-Träger umfassende Kenntnisse über verschiedenste Leistungsgesetze vorausgesetzt würden. Die **SER-Träger Sachsen**, der **KOF-Träger Schleswig-Holstein** und der **LWL als KOF-Träger** weisen auf geringen Praxisbezug hin. Der SER-Träger Sachsen führt dazu aus, das Soziale Entschädigungsrecht (SER) sei für den anspruchsberechtigten Personenkreis Kostenträger für alle Leistungen zur Teilhabe im Sinne des § 5 SGB IX.

Laut den **Integrationsämtern Baden-Württemberg und Hamburg** ist die Regelung hilfreich. Das **LWL-Inklusionsamt** schätzt sie hingegen als nicht hilfreich ein, weil das Leistungsspektrum des anderen Reha-Trägers nicht klar sei. Die abstrakte Aussage helfe nicht weiter, sondern führe in der Konsequenz zu zeitaufwändigen Amtshilfeersuchen, die zulasten des Antragstellers gingen.

5.1.3.4. Inwieweit unterstützt die Regelung des § 25 der GE in Fällen der Erkennung weiteren Reha-Bedarfs die Verwaltungspraxis bei der Erfüllung der gesetzlichen Aufgabe zeitnaher Antragsbearbeitung einerseits und umfassender Bedarfsermittlung und -feststellung andererseits?

Die **GKV** teilt mit, dass die Ausführungen ausreichend seien und die Umsetzung des Grundsatzes „Leistungen aus einer Hand“ unterstützen.

Für die **BA** ist die Regelung hilfreich, da das Verfahren beschrieben sei. Ergänzend weist sie daraufhin, dass die Umsetzung einer trägerübergreifenden Bedarfsermittlung innerhalb der gesetzlich festgelegten Fristen in der Praxis kritisch zu sehen sei.

Die **DGUV** betont, es sei wichtig, dass bei Bedarfserkennung nach Ablauf der 14-Tagefrist ein neues Antragsverfahren die Beteiligung und auch die Kostenübernahme des hierfür zuständigen Reha-Trägers ermögliche, ohne dass dies negative Auswirkungen für die Betroffenen bei der Teilhabeplanung und Leistungserbringung habe. § 25 der GE sei sehr komplex und bedürfe daher in der Praxis der Erläuterung. Hilfreich an dieser Stelle sei sicherlich der von der BAR entwickelte Fristenrechner¹ mit den entsprechenden Erläuterungen.

Die Konkretisierung für den Umgang mit ergänzenden Bedarfen scheint aus Sicht der **SVLFG** hilfreich zu sein.

Die **DRV Bund** misst der Regelung grundsätzlich eine unterstützende Funktion bei, allerdings sei diese Fallgestaltung lediglich in Ausnahmefällen praktisch relevant geworden. Vereinzelt sei angeregt worden, die Konsequenzen einer fehlenden Antragstellung durch den Leistungsberechtigten näher auszuführen.

Aus dem Bereich **SER-Träger** schätzen die **KOV-Träger Mecklenburg-Vorpommern und Niedersachsen** sowie der **SER-Träger Rheinland-Pfalz** und der **KOF-Träger Niedersachsen** die Regelung als hilfreich bzw. sinnvoll ein. Laut **KOV-Träger Mecklenburg-Vorpommern** unterstreicht die Regelung nicht nur die Pflicht, sondern auch das Recht der Reha-Träger, die Antragsteller auf mögliche Ansprüche gegenüber anderen Leistungsträgern hinzuweisen. In Niedersachsen konnten allerdings noch keine konkreten Erfahrungswerte gesammelt werden. Der **KOF-Träger Brandenburg** sieht die Regelung als für den Bereich der Kriegsopferversorgung schwierig an, da hier die medizinische Kausalität zu beachten sei. Der **LWL als KOF-Träger**, der **SER-Träger Sachsen** und der **KOF-Träger Schleswig-Holstein** messen der Regelung keine praktische Bedeutung bei. Laut dem LWL als KOF-Träger würden, bevor eine Anerkennung nach dem BVG oder den Nebengesetzen (vornehmlich OEG) erfolge, i. d. R. Anträge bei anderen Trägern gestellt. Der SER-Träger Sachsen weist darauf hin, dass das Soziale Entschädigungsrecht (SER) für den anspruchsberechtigten Personenkreis Kostenträger für alle Leistungen zur Teilhabe im Sinne des § 5 SGB IX sei. Ein weiterer angemessener Rehabilitationsbedarf fließe bei gleicher Leistung mit ein oder bewirke eine weitere Entscheidung nach der zutreffenden Leistungsgruppe.

Das **Integrationsamt Baden-Württemberg** sieht die Regelung als umfassende Unterstützung an, das **LWL-Inklusionsamt** teilt mit, die Regelung sei hilfreich bei Unklarheiten. Dem **Integrationsamt Hamburg** zufolge wird die Regelung in Hamburg nicht grundsätzlich praktiziert, insofern bestehe keine Praxiserfahrung.

¹ www.reha-fristenrechner.de.

Bedarfsermittlung und -feststellung

5.1.3.5. Inwieweit unterstützen die Regelungen der GE zum Antragssplitting nach § 15 Abs. 1 SGB IX (vgl. § 29 und 30 der GE) die Umsetzung im Verwaltungsalltag? Bei welchen weiteren Aspekten des Splittings bedarf es aus Ihrer Sicht einer trägerübergreifenden Verständigung?

Die **GKV** berichtet, dass durch weitestgehend klare Verantwortlichkeiten im Rahmen des Antragssplittings sichergestellt sei, dass der Rehabilitationsträger über den Antrag entscheidet, der auch sachkompetent für die jeweilige Leistungsgruppe ist. Einer trägerübergreifenden Verständigung bedarf es im Rahmen des Antragssplittings insbesondere bei der Sicherstellung der fristgerechten Leistungsentscheidung durch den leistenden Rehabilitationsträger. Zur Problematik im Verhältnis zur Eingliederungshilfe wird auf die Antwort zu Frage Nr. 1 verwiesen.

Für die **BA** unterstützen die Regelungen grundsätzlich einen stringenten Reha-Prozess; sie funktionierten jedoch nur, wenn „Splitting-Adressaten“ auch kooperativ seien.

Laut **DGUV** ist die Regelung für die Unfallversicherung weniger bedeutend, da sie selbst nicht splitten könne.

Die **SVLFG** teilt mit, dem gesetzlich zuständigen Leistungsträger werde noch das Eintrittsrecht ermöglicht.

Überwiegend wird laut **DRV Bund** angegeben, dass die Regelungen die Umsetzung im Verwaltungsalltag unterstützen, indem sie zu mehr Klarheit im Verfahren führen und die Komplexität der gesetzlichen Regelungen für die Sachbearbeitung verständlich systematisieren. Vereinzelt werde darauf hingewiesen, dass allen Trägern deutlicher gemacht werden müsse, dass auch im Falle eines Splittings eine trägerübergreifende Abstimmung erforderlich sei.

Die **SER-Träger Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, LWL als KOF-Träger, SER Rheinland-Pfalz, SER Sachsen, KOF-Träger Brandenburg, Schleswig-Holstein** haben bisher keine oder kaum Erfahrungen mit trägerübergreifenden Leistungen. Die SER-Träger Brandenburg und Sachsen weisen insoweit auf die umfassende Zuständigkeit (für alle Leistungsgruppen) der Träger des sozialen Entschädigungsrechts hin.

Das **Integrationsamt Baden-Württemberg** sieht die Regelung als umfassende Unterstützung an, das **LWL-Inklusionsamt** teilt mit, die Regelung sei hilfreich, habe aber kaum praktische Relevanz. Dem **Integrationsamt Hamburg** zufolge wird die Regelung in Hamburg nicht grundsätzlich praktiziert, insofern bestehe keine Praxiserfahrung.

5.1.3.6. Inwieweit haben die in den §§ 35 bis 46 der GE Reha-Prozess vereinbarten Grundsätze für Instrumente der Bedarfsermittlung die Überarbeitung von Instrumenten in Ihrem Trägerbereich unterstützt? Welche der vereinbarten Grundsätze stellten besondere Herausforderungen dar?

Verschiedene Richtlinien, einheitliche (Antrags-)Vordrucke sowie strukturierte Assessments stellen als systematische Arbeitsprozesse und standardisierte Arbeitsmittel für den Bereich der **GKV** eine einheitliche und frühzeitige Bedarfserkennung sicher.

Die Grundsätze unterstützen für die **BA** die Bedarfsermittlung und -feststellung. Sie unterstreichen die trägerübergreifende Vereinheitlichung im Rehabilitationsprozess und befördern somit die Zusammenarbeit.

Anforderungen an die Bedarfsermittlung und die damit verbundenen Verfahren werden nach Angaben der **DGUV** für den Bereich der Unfallversicherung auf ihrer Ebene weiter konkretisiert.

Die **DRV Bund** berichtet, dass sich die vereinbarten Grundsätze aus Sicht der Rentenversicherungsträger überwiegend bewährt haben. An der Weiterentwicklung der Bedarfsermittlungsinstrumente bestehe Interesse und sie werde fortgeführt, auch unter Berücksichtigung der Ergebnisse der Studie zur Implementierung von Instrumenten zur Bedarfsermittlung des BMAS. Es werde angeregt, die Schrift der Deutschen Rentenversicherung ‚Das ärztliche Gutachten für die gesetzliche Rentenversicherung – Hinweise zur Begutachtung‘ als Verweis in die Anlage 3 der GE aufzunehmen.

Für die **SER-Träger** haben die Regelungen überwiegend (**SER-Träger Mecklenburg-Vorpommern** und **Niedersachsen, LWL als KOF-Träger, SER-Träger Rheinland-Pfalz**) keine eigenständige praktische Bedeutung. Der **KOF-Träger Mecklenburg-Vorpommern** weist ergänzend darauf hin, dass Instrumente zur Bedarfsermittlung bei „großen“ Reha-Trägern, wie Rentenversicherung und Bundesagentur für Arbeit angesiedelt seien. Laut **LWL als KOF-Träger** würden innerhalb des LWL andere Fachabteilungen im Rahmen der Amtshilfe gebeten, die Bedarfsermittlung vorzunehmen. Der **KOF-Träger Brandenburg** sieht die Regelungen als Unterstützung an für die Umsetzung des Bedarfsermittlungsinstrumentes unter Anwendung von ICF. Der **SER-Träger Sachsen** teilt mit, die Teilhabe-Bedarfsermittlung und Teilhabe-Planung im individuellen Einzelfall erfolge regelmäßig über den Träger der Eingliederungshilfe und das SER schließe sich den jeweiligen Länderbestimmungen an.

Bei den **Integrationsämtern Baden-Württemberg** und **Hamburg** liegen keine Erfahrungen mit der Regelung vor. Das **Integrationsamt Hamburg** führt ergänzend dazu aus, es sei weder explizit darauf geschultes Personal vorhanden, noch gebe es grundsätzlich immer den persönlichen Kontakt zum Antragsteller, wo entsprechend umfassend beraten werden könne. Das **LWL-Inklusionsamt** teilt mit, in Westfalen-Lippe werde das Bedarfsermittlungsinstrument BEI-NRW angewandt. Es sei von beiden Landschaftsverbänden in NRW gemeinsam erarbeitet worden und werde insbesondere für die Themenfelder Kinder und Jugendliche sowie Arbeit weiterentwickelt. Hilfreich für die Entwicklung des Instruments wäre eine BAR-GE zur Bedarfsermittlung zu einem früheren Zeitpunkt gewesen.

Teilhabeplanung

5.1.3.7. Bitte nennen Sie in Ihrer Verwaltungspraxis besonders relevante Herausforderungen bei der Umsetzung der Regelungen zur Teilhabeplanung in der Zusammenarbeit mit anderen Rehabilitationsträgern (§§ 49 bis 66 der GE)

Für die **GKV** ist im Verhältnis zur Eingliederungshilfe die einheitliche Anwendung des Formulars Teilhabeplan nicht immer sichergestellt, da Träger der Eingliederungshilfe sich darauf berufen, nicht Vereinbarungspartner der GE Reha-Prozess zu sein. Es habe sich gezeigt, dass nicht in allen Fällen die Nutzung des umfangreichen Dokuments Teilhabeplanung erforderlich sei, daher solle nochmals beraten werden, ob die Möglichkeit besteht, einen gekürzten Teilhabeplan abzustimmen.

Für die **BA** stellen sich folgende Herausforderungen:

- Kommunikation zwischen den Rehabilitationsträgern sei regional sehr unterschiedlich ausgeprägt.
- Fristen würden in der Zusammenarbeit mit anderen Rehabilitationsträgern teilweise als sehr eng erlebt. Das äußere sich in – vereinzelt stark – verzögerten Reaktionen auf Anfragen bei anderen Trägern und in Terminierungsproblemen für Teilhabeplankonferenzen.
- Teilweise mache sich eine Überforderung der Menschen mit Behinderungen durch die Vielzahl der Informationen und Dokumente bemerkbar.
- Eine technische Plattform zur Einbeziehung aller Akteure an der Teilhabeplanung sei erstrebenswert.

Die **DGUV** nennt folgende Herausforderungen:

- die konkrete Kontaktaufnahme zu anderen Reha-Trägern mit zeitgerechter Rückmeldung,
- der uneinheitliche Informations- und Umsetzungsgrad bei den einzelnen Reha-Trägern,
- die umfassende Leistungserbringung außerhalb des eigenen Leistungsgesetzes.

Eine Herausforderung bei der Umsetzung der Regelungen zur Teilhabeplanung betrifft laut **DRV Bund** die Einhaltung der gesetzlichen Fristen. Die erforderliche Abstimmung mit anderen Trägern zum Teilhabeplan, fehlende „kurze“ und auch datenschutzrechtlich angemessene Kommunikationswege² oder das Fehlen von für alle einzubeziehenden Reha-Träger hinreichenden Fakten für die Beurteilung bedingten beispielsweise einen zeitlichen Versatz, der innerhalb der gesetzlichen Fristen nur schwer aufzufangen sei. Für „Standardfälle“ dürfte es hilfreich sein, ein verwaltungsökonomischeres Vorgehen anzubieten. Ergänzend wird darauf hingewiesen, dass Teilhabepläne bisher überwiegend für sogenannte „WfbM-Fälle“ gefertigt würden, für die es jeweils gesonderte Vereinbarungen zwischen den beteiligten Leistungserbringern gebe.

Die **SER-Träger** haben überwiegend noch keine Erfahrungen mit den Regelungen (**SER-Träger Mecklenburg-Vorpommern** und **Niedersachsen**, **KOF-Träger Brandenburg** und **Schleswig-Holstein**). Laut dem **LWL als KOF-Träger** ist der KOF-Träger allzuständig, daher ergebe sich selten die Notwendigkeit eines Teilhabeplanverfahrens. Der **SER-Träger Rheinland-Pfalz** sieht die Regelungen zum Teilhabeplanverfahren und die Umsetzung der Fristen zur Teilhabeplankonferenz als besonders anspruchsvoll an.

Nach Angaben des **SER-Trägers Sachsen** erfolgt die Teilhabeplanung in Zusammenarbeit mit dem Träger der Eingliederungshilfe unter Berücksichtigung der jeweiligen landesrechtlichen Grundsätze (Freistaat Sachsen – ITP). Auf Grund der besonderen Regelungen im Sozialen Entschädigungsrecht (schädigungsbedingter Bedarf) seien zusätzliche Herausforderungen gegeben. Der enorme Zeitaufwand zur Teilhabeplanung erschwere seit Juli 2019 die Zusammenarbeit.

Bei den **Integrationsämtern Baden-Württemberg** und **Hamburg** bestehen keine oder kaum Erfahrungen mit den Regelungen. Das **LWL-Inklusionsamt** berichtet, das Instrument der Teilhabeplanung hätten viele Rehabilitationsträger noch nicht im Blick, Gründe dafür seien fehlende Vernetzung bzw. fehlende Kenntnisse von anderen Leistungsmöglichkeiten. Für das Teilhabeplanverfahren für Leistungen nach §§ 57, 58 SGB IX sei in NRW eine

² Im September 2019 wurde u.a. hierzu die Arbeitshilfe „Datenschutz im trägerübergreifenden Reha-Prozess“ veröffentlicht; abrufbar unter www.bar-frankfurt.de/themen/reha-prozess/datenschutz.html.

Rahmenvereinbarung zur Prozessgestaltung zwischen der Regionaldirektion der BA, Rentenversicherungsträgern und beiden Landschaftsverbänden getroffen worden. Diese sei für die Praxis deutlich relevanter als die GE.

Leistungsentscheidung

5.1.3.8. Inwieweit waren die in den §§ 72 bis 78 der GE vereinbarten Regelungen zu Kostenerstattungen nach § 16 SGB IX geeignet entsprechende Verfahren zu vereinfachen und Streitigkeiten zu vermeiden?

Für die **GKV** geben die Regelungen eine Unterstützung zur Abwicklung von Erstattungsansprüchen. Konkrete Verbesserungen seien noch nicht erkennbar.

Laut **BA** sind die Vorgaben der GE zu den §§ 72 bis 78 verständlich und zielführend und eignen sich für die Erarbeitung von Argumentationsketten. Jedoch reichten diese nur soweit, wie sich Träger an die Regelungen halten oder daran gebunden fühlten.

Die **DGUV** berichtet, die Regelungen schafften Klarheit, allerdings gebe es weiterhin unterschiedliche Auffassungen, was Rehabilitationsleistungen sind und es seien weiterhin vereinzelt Klageverfahren anhängig.

Die **SVLFG** weist auf bekannte Probleme mit der Rentenversicherung bei EAP und BGSW hin.

Bisher liegen flächendeckend für die **DRV Bund** noch keine ausreichenden Erfahrungen vor. In diesem Rahmen werde zum Teil die Geeignetheit bestätigt, andererseits würden praxisbezogene Ergänzungen empfohlen. Da die GE für die Gerichtsbarkeit aus Sicht der DRV keine rechtliche Bindung entfalte, seien entsprechende Entscheidungen abzuwarten und die Regelung gegebenenfalls anzupassen. Bei § 72 Abs. 4 GE Reha-Prozess sei unklar, wie der UV-Träger seine Zuständigkeitsprüfung nachzuweisen habe und wann sich daraus ein Erstattungsanspruch nach § 105 SGB X ergebe. Der Begriff „irrtümlich“ in § 74 Abs. 3 GE Reha-Prozess GE solle konkretisiert werden.

Viele **SER-Träger** haben noch keine Praxiserfahrungen mit den GE-Regelungen bzw. einschlägigen Streitverfahren (**KOF-Träger Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, KOV-Träger Niedersachsen, LWL als KOF-Träger, KOF-Träger Schleswig-Holstein**). Teilweise werden den Regelungen positive Wirkungen zugeschrieben. (**KOF-Träger Mecklenburg-Vorpommern und Niedersachsen, SER-Träger Rheinland-Pfalz**). Im Bericht aus Mecklenburg-Vorpommern wird insoweit konkret auf Kostenerstattung mit der BA Bezug genommen. Der **SER-Träger Sachsen** meldet hierzu „Kein Kommentar“.

Das **Integrationsamt Hamburg** und das **LWL-Inklusionsamt** halten die Regelungen für hilfreich. In Hamburg gab es insoweit bisher nur wenige Fälle. Im **Integrationsamt Baden-Württemberg** bestehen keine Erfahrungen mit den Regelungen.

5.1.3.9. Inwieweit sehen Sie Regelungsbedarf in der GE zu Fallgestaltungen, in denen ein Rehabilitationsbedarf, der sich aus einem Reha-Antrag ergibt, nicht innerhalb der Fristen nach §§ 15 Abs. 4 und 18 Abs. 2 SGB IX abschließend und umfassend ermittelt werden kann (z. B. weil Erfolgsaussichten von beantragten beruflichen

Leistungen erst nach einer Eignungsabklärung oder einer medizinischen Leistung beurteilt werden können)? Welche Vorgehensweise wählen Sie in solchen Fällen?

Für die **GKV** besteht kein Regelungsbedarf.

Die **BA** teilt mit, dass Ablehnungen mit Verweis auf eine spätere erneute Antragstellung erfolgen, wenn die medizinische Rehabilitation die weiteren Bedarfe hinreichend erkennen lasse und die weitere Rehabilitationsfähigkeit ermöglicht bzw. unterstützt habe.

Laut **DGUV** wird wenn möglich zeitnah über den Anspruch dem Grunde nach entschieden. Die konkrete Leistungsausgestaltung erfolge im weiteren Verfahren. Ziel sei eine vertrauensvolle Zusammenarbeit und Abstimmung mit dem Versicherten (Auskunft, Beratung, Beteiligung, ggf. Zwischennachricht mit Begründung, BAR-Musterformular³ 7).

Die **SVLFG** meldet insoweit: Absprache und Entscheidung nach Eingang der entscheidungserheblichen Unterlagen.

Von Seiten der **DRV Bund** wird grundsätzlich Regelungsbedarf für die genannte Fallkonstellation von den Trägern der Rentenversicherung gesehen. Dies lasse sich auch aus den Ergebnissen der Studie zur Implementierung von Instrumenten der Bedarfsermittlung des BMAS deutlich erkennen, insbesondere im Zusammenhang mit der Problematik der Massenverwaltungen. Die Träger gingen aktuell mit dem Spannungsfeld zwischen den Fristen des § 18 SGB IX einerseits und dem Erfordernis einer personenzentrierten Bedarfsermittlung andererseits speziell in dem genannten Fall auf unterschiedliche Weise um (z. B. zunächst Grundbescheid für Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben oder Abstimmung mit Versicherten über das weitere Vorgehen). Alle bisherigen Erfahrungen zeigten jedoch, dass eine klare, rechtssichere und für die Versicherten am Ende optimale Lösung wohl nur durch eine entsprechende Anpassung des Gesetzes denkbar sei.

Bei den **SER-Trägern** bestehen zum Teil keine Erfahrungen mit der Problematik (**KOV-Träger Mecklenburg-Vorpommern, KOF-Träger Niedersachsen, LWL als KOF-Träger, KOF-Träger Schleswig-Holstein**). Einige Träger schildern konkrete Vorgehensweisen bei den einschlägigen Fällen (**KOF-Träger Brandenburg**: Zwischenmitteilungen an Berechtigte, bevorzugte medizinische Prüfung durch versorgungsärztlichen Dienst; **KOF-Träger Mecklenburg-Vorpommern**: das direkte Gespräch suchen mit z. B. dem Maßnahmeträger und dem Kostenträger; **SER-Träger Rheinland-Pfalz**: es würden die gesetzlichen Vorgaben umgesetzt, die zu mehr Klarheit geführt hätten; **SER-Träger Sachsen**: die weitere Bedarfsrealisierung (med. Leistung) erfolge durch Antragsanregung bzw. bei Einverständnis des Berechtigten von Amts wegen. Da derartige Abläufe praxisbezogen erfolgten, sei auf Sanktionen wegen Fristverstoß zu verzichten. Im Fokus stehe das Gesamtziel Eingliederung, welches durch Teilabschnitte erreicht werden könne.) Laut **KOV-Träger Niedersachsen** sind die Fristen allesamt zu eng gefasst, sodass diese Fristen zum größten Teil nicht eingehalten werden könnten. Es werde versucht die Verfahren im Rahmen des Möglichen zu beschleunigen.

Das **Integrationsamt Baden-Württemberg** hat keine Erfahrungen mit einschlägigen Fallgestaltungen. Laut dem **Integrationsamt Hamburg** kommt das Integrationsamt in der Regel erst zu einem späteren Zeitpunkt nach Anerkennung einer Behinderung zum Zuge. Beim **LWL-Inklusionsamt** wird ein pragmatisches Vorgehen in Form von einzelfallbezogenen Absprachen zwischen den Trägern gewählt.

³ Vgl. www.bar-frankfurt.de/themen/reha-prozess/musterformulare.html.

Durchführung von Leistungen zur Teilhabe

5.1.3.10. Welche Herausforderungen bestehen bei der Erkennung von weiteren Bedarfen bei der Leistungsdurchführung (§ 80 der GE)?

Die **GKV** berichtet, dass der Rahmenvertrag Entlassmanagement-Reha in § 3 Regelungen zur Erkennung und Berücksichtigung weiterer rehabilitativer Bedarfe enthalte. Probleme könnten bei der Zuständigkeitsprüfung auftreten. Des Weiteren verfügten die Krankenkassen aus datenschutzrechtlichen Gründen nicht über medizinische Unterlagen. Dies könne die Bedarfserkennung erschweren.

Die **BA** führt aus, da sie nur Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erbringen könne, komme der Zusammenarbeit mit anderen Trägern eine hohe Bedeutung zu. Die Erkennung von weiteren Rehabilitationsbedarfen setze ein umfangreiches Fachwissen aus den Rechtsgebieten der anderen Rehabilitationsträger voraus.

Für die **DGUV** sind Bedarfe aufgrund unfallunabhängiger Erkrankungen in der Regel im laufenden Reha-Prozess leichter erkennbar als zu Beginn und stellen keine größeren Probleme dar. Für die Unfallversicherung bedürfe es zur Einschaltung anderer Reha-Träger dann einer gesonderten Einverständniserklärung der betroffenen Person, da bisher kein „echter“ Antrag vorliege.

Laut **DRV Bund** betrifft die Regelung in der Praxis bei der Rentenversicherung weitaus überwiegend den Fall, dass zunächst eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation (LMR) bewilligt wird. Insofern bestehe die Herausforderung darin, Bedarfserkennung im Verlauf der Erbringung der LMR im Sinne des BTHG weiter zu optimieren, fort zu entwickeln und als zusätzlich Standards zu etablieren (personelle Kompetenzen des Reha-Teams, klare Leistungsanforderungen an Leistungserbringer, optimierte Bedarfsermittlungsinstrumente, z. B. Entlassungsberichte).

Bei einigen SER-Trägern bestehen noch keine Praxiserfahrungen mit der Regelung (**SER-Träger Niedersachsen, LWL als KOF-Träger, KOF-Träger Brandenburg und Schleswig-Holstein**). Der **KOF-Träger Niedersachsen** benennt insoweit typische KOF-Leistungen wie Kfz und Pflege. Die **SER-Träger Mecklenburg-Vorpommern** weisen darauf hin, dass der Informationsfluss zwischen den einzelnen Reha-Trägern bzw. die Nahtlosigkeit gewährleistet sein müssten, damit nicht zu lange Wartezeiten zwischen einzelnen Maßnahmen entstünden. Der **SER-Träger Rheinland-Pfalz** unterstreicht die Verknüpfung zur Teilhabeplanung und die Anregung eines entsprechenden Antrags bei Erkennung weiterer Bedarfe. Hierfür sei eine hinreichende Ausstattung mit qualifiziertem Personal unabdingbar. Der **SER-Träger Sachsen** benennt auch hier die allumfassende Zuständigkeit des SER-Trägers. Dies umfasse auch die weitere Antragstellung bzw. Leistungen von Amts wegen. Die Erstellung und Dokumentierung von Teilhabeplänen im jetzigen Umfang binden die Sachbearbeitung zeitlich stark ein.

Das **Integrationsamt Hamburg** verweist auf die Antwort zu Frage 9. In Fällen, in denen das Integrationsamt im Vorfeld beteiligt war, würde in der Regel nach Beratung zunächst die anderen Reha-Maßnahmen abgewartet. Eine Begleitung durch das Integrationsamt könne nicht erfolgen. Eine Herausforderung sei hier die Qualifikation der Mitarbeiter im Zusammenhang mit dem Berufsbild der Sachbearbeitung in den Integrationsämtern. Laut **LWL-Inklusionsamt** müssen Bedarfe und Zuständigkeiten der anderen Leistungsträger erkannt werden. Wechselseitige Qualifizierungen/Austauschformate im Fallmanagement der verschiedenen

Träger seien hilfreich, jedoch eher auf regionaler bzw. Landesebene als bundesweit. Im **Integrationsamt Baden-Württemberg** bestehen keine Erfahrungen mit der Regelung.

5.1.4. Ergänzende Angaben aus den Rückmeldungen der Träger:

Die **DGUV** teilt ergänzend zu den gestellten Fragen mit, dass aufgrund des Antwortverhaltens der Unfallversicherungsträger diese GE für den Bereich der Unfallversicherung z. Z. die höchste Praxisrelevanz habe.

5.1.5. Ergänzungsfragen für Leistungserbringer

5.1.5.1. *Inwieweit werden bei der Durchführung einer Teilhabeplanung Empfehlungen von Ihnen abgefragt und in die Planung einbezogen (§ 54 Abs. 2 der GE)?*

Die **BAG WfbM** merkt an, dass eine flächendeckende Aussage hierzu schwierig sei. Es gebe mehrere Rückmeldungen von Mitgliedern und den LAG WfbM, dass nunmehr weitgehend der Fachausschuss durch das Teilhabeplanverfahren ersetzt worden sei. Trotzdem werde sowohl von Leistungsträgern als auch von Werkstätten ein weiterer regelmäßiger Austausch für notwendig erachtet, wobei dieser sich in der Regel nicht auf die individuelle Teilhabeplanung erstrecke bzw. erstrecken sollte.

5.1.5.2. *Inwieweit werden auf Ihre Anregung hin Teilhabeplankonferenzen durchgeführt (vgl. § 59 Abs. 3 der GE)?*

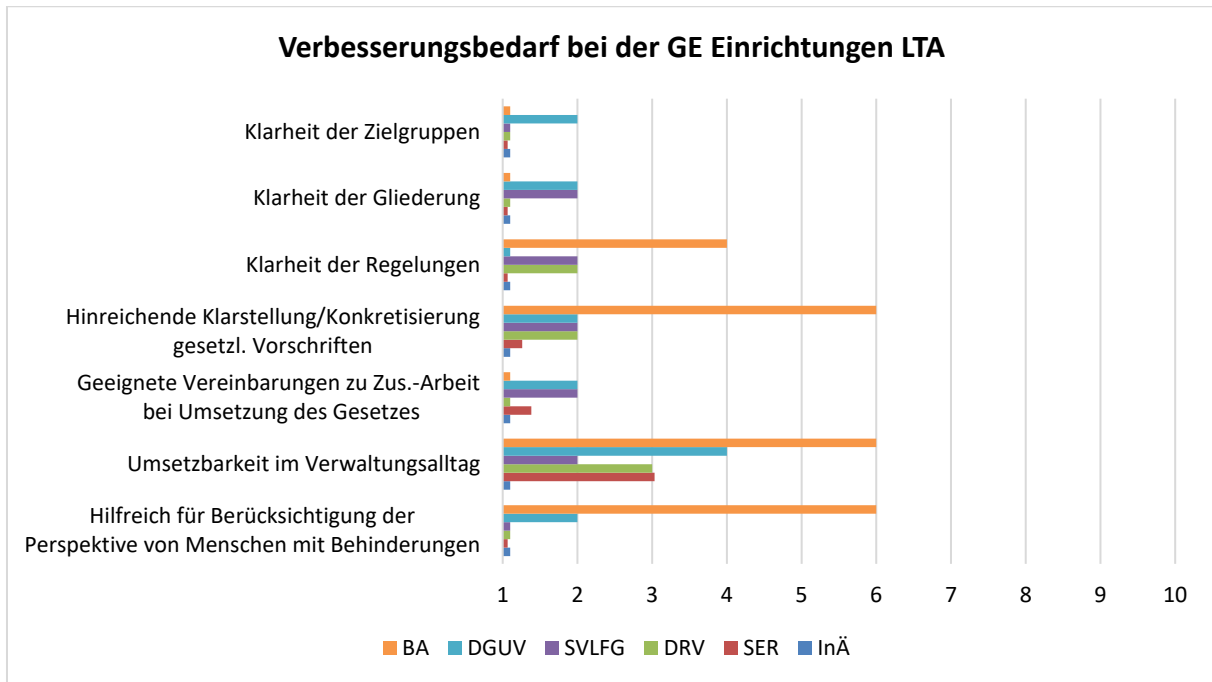
Die **BAG WfbM** teilt mit, dass hierzu keine Erfahrungsberichte ihrer Mitglieder vorlägen. Aufgrund des nahezu praktischen Wegfalls des Fachausschusses, habe die Regelung für Werkstätten, insbesondere beim Übergang vom Eingangsverfahren und Berufsbildungsbereich in den Arbeitsbereich der Werkstatt, jedoch eine hohe praktische Relevanz.

Rückmeldungen aus dem Bereich der Träger des sozialen Entschädigungsrechts (SER) zu den Ergänzungsfragen

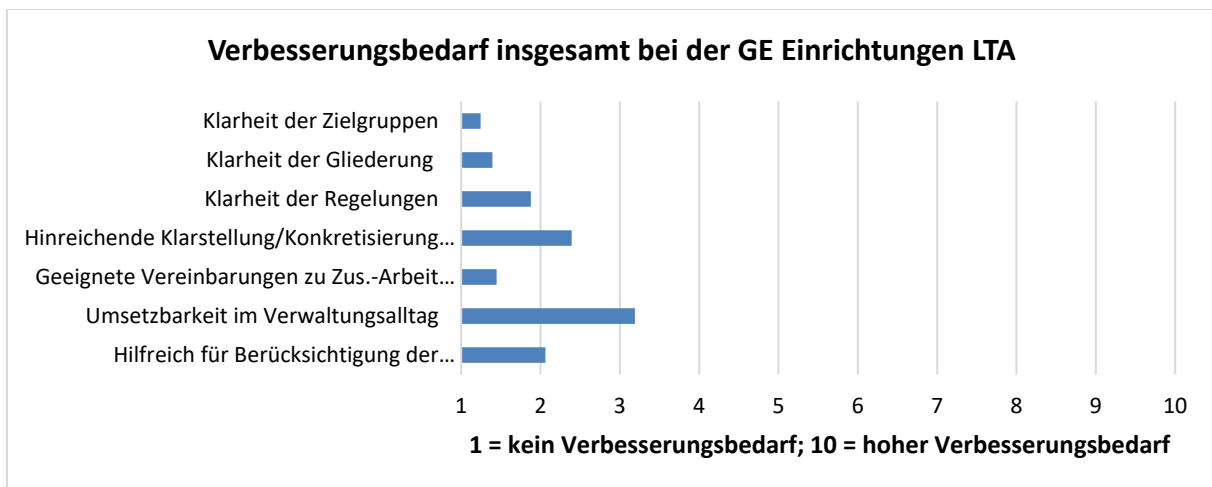
Der **KOF-Träger Brandenburg** und der **KOF-Träger Schleswig-Holstein** teilen hierzu mit, dass noch kein Teilhabeplanverfahren durchgeführt worden sei. Der **SER-Träger Sachsen** berichtet insoweit, Empfehlungen der behandelnden Ärzte, der Leistungserbringer sowie von Sachverständigen würden regelmäßig bei Bedarf beigezogen und entsprechend berücksichtigt. Die **KOF-Träger Brandenburg, Sachsen** und der **KOF-Träger Schleswig-Holstein** teilen hierzu mit, dass noch kein Teilhabeplanverfahren durchgeführt worden sei.

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

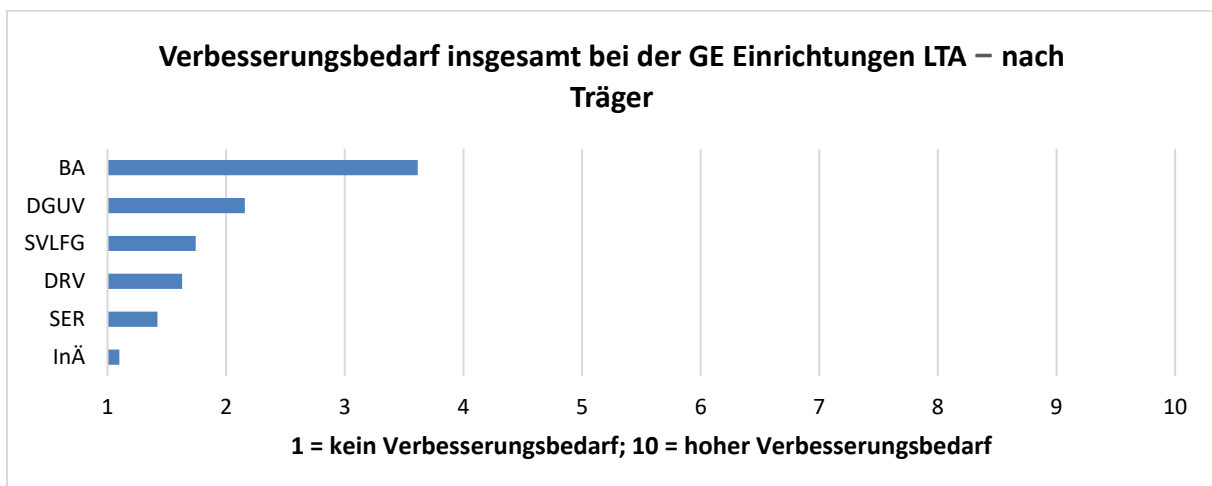
Überblick:



1 = kein Verbesserungsbedarf; 10 = hoher Verbesserungsbedarf



1 = kein Verbesserungsbedarf; 10 = hoher Verbesserungsbedarf



1 = kein Verbesserungsbedarf; 10 = hoher Verbesserungsbedarf

Zusammenfassung:

Hinsichtlich der allgemeinen Fragen (Frage 1a bis 1h) zu den Inhalten der GE wird überwiegend kein oder nur punktueller Verbesserungsbedarf gesehen. Die **BA** meldet allerdings Verbesserungsbedarf hinsichtlich der Fragen 1c (4) sowie 1d, 1f und 1g (jeweils „6“). Die **DRV Bund** hat zwar keinen allgemeinen Verbesserungsbedarf angegeben, teilt aber verschiedene Anregungen zu den Fragen 1, 1b, 1d -1f mit. Weitere Ansatzpunkte für Verbesserungen sieht die DRV Bund z. B. in der Anpassung an die aktuellen gesetzlichen Regelungen, stärkere Betonung der Barrierefreiheit und einer Mustergliederung für einheitliche Anforderungen an Qualitäts- und Leistungshandbücher. Die BA benennt insoweit z. B. konkrete Personalschlüssel und eine deutlichere Betonung der übergeordneten Zielsetzung – nachhaltige Integration in den allg. Arbeitsmarkt.

Als in der Umsetzung (Frage 2a bis 2c) besonders wichtige Regelungsgegenstände werden z. B. benannt: möglichst verbindliche Vorgaben für alle Beteiligten (DRV Bund), Kooperation der Akteure, vertrauensvolle Zusammenarbeit (DGUV), Definition der Strukturmerkmale in § 2 und die Beschreibung der Aufgaben und Leistungen in § 4 (BA). Schwierigkeiten bei der Umsetzung sieht die DRV Bund in einseitigen Festlegungen oder Konkretisierungen der BA, auch wenn sie auf der GE basierten. Die DGUV benennt hier die Verfügbarkeit von Leistungserbringern in strukturschwachen Gebieten. Die BA fokussiert insoweit u. a. Einrichtungen ohne Qualitäts- und Leistungshandbuch, die Umsetzung betrieblicher Phasen und die Personalrekrutierung bei den Einrichtungen.

Zu den Schwerpunktfragen wird zusammenfassend berichtet:

- Erfahrungen hinsichtlich der Durchführung betrieblicher Phasen der Qualifizierung (§ 5 der GE): Konkrete Erfahrungen werden geschildert. Als Herausforderung benennt die BA z. B. die Durchführung von Praktika eher am Ort der Einrichtung als am Wohnort der Teilnehmenden.
- Ausgestaltungsformen von Kooperationsvereinbarungen (§ 5 Abs. 3 der GE): Hingewiesen wird auf Ausbildungs-/Umschulungsverträge, Teilnehmerverträge sowie Praktikumsverträge.
- Zusammenarbeit von Einrichtungen mit den für Berufsbildung zuständigen Stellen (§ 6 Abs. 2 der GE): es werden grundsätzlich bestehende und funktionierende Kooperationen beschrieben, die allerdings regional auch Herausforderungen bergen und nicht immer auch auf eine formale Grundlage gestellt sind.
- Enge und vertrauensvolle Zusammenarbeit (§ 6 Abs. 1 der GE): hierzu geht aus den Berichten hervor, dass die Zusammenarbeit in verschiedenen Formaten wie Berichten und regionalen Abstimmungen grundsätzlich gut funktioniert.
- Auswirkungen der 2018 in Kraft getretenen neuen Datenschutzvorschriften (DSGVO und Umsetzungsgesetze) auf § 9 der GE. Hier werden keine grundlegenden Veränderungen gemeldet, allerdings durchaus eine erhöhte Aufmerksamkeit für die Thematik und punktuell auch Anpassungsbedarf bei den Prozessen. Die Erhebung der Ergebnisqualität kann ggf. datenschutzrechtlich eine Herausforderung sein.
- Umsetzung der Prüfung der Beachtung und Umsetzung der GE in einer Einrichtung (§ 6 Abs. 4 der GE). Es werden unterschiedliche Formen der Prüfung berichtet. Die BA lässt die Prüfung z. B. durch einen eigenen Dienst durchführen, die DRV verweist u. a. auf die Kontrollfunktion durch Sitz in den entscheidenden Gremien der Leistungserbringer sowie auf Qualitätsdialoge und Visitationen. Die DGUV führt keine eigenen gesonderten Prüfungen durch, sondern nimmt fallbezogen Kontakt auf.
- Zu berücksichtigende Entwicklungen seit Inkrafttreten der GE (2012): Hier werden verschiedene Punkte benannt. Ein Schwerpunkt liegt auf den Anpassungen an die

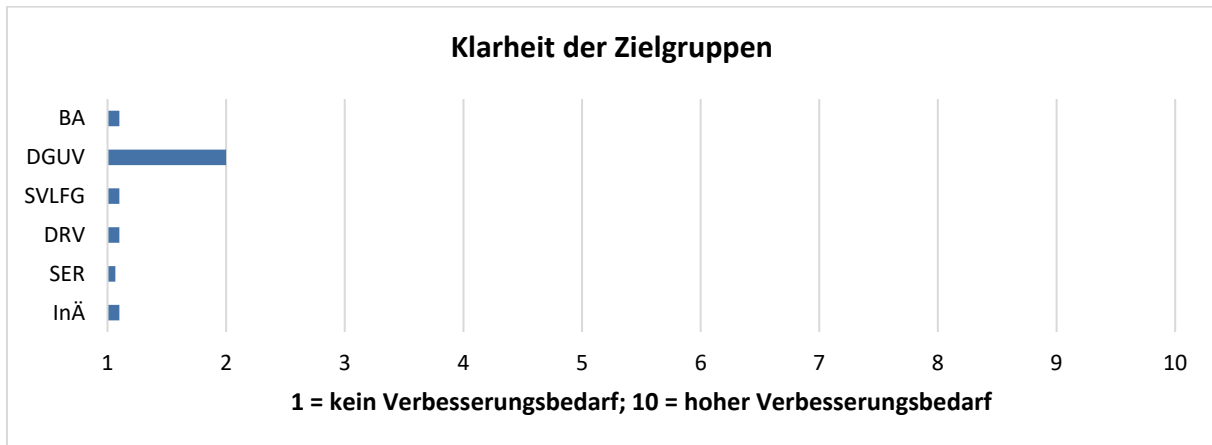
Änderungen durch das BTHG. Darüber hinaus wird z. B. hingewiesen auf: Ausrichtung des Ausbildungsangebots an den Entwicklungen des Arbeitsmarktes, Digitalisierung und Arbeitswelt, Fachkräftemangel, Vernetzung mit med. Reha, Fachkräftemangel.

Zu den Schwerpunktfragen haben verschiedene Bundesverbände von Leistungserbringern zurückgemeldet (BAG BBW, BAG BTZ, BAG RPK, BV BFV, BAK BFW, BAG WfbM). Im Überblick wird berichtet:

- Maßgebliche Regelungen neben der GE: Die Leistungserbringer berichten über zahlreiche weitere Regelungen, die für die Ausgestaltung von Maßnahmen zu berücksichtigen sind. U. a. gesetzliche und untergesetzliche Vorschriften, Rahmenverträge und konkretisierende Vereinbarungen mit den Reha-Trägern, Vorgaben der Reha-Träger wie das Fachkonzept der BA, Vereinbarungen bei der BAR.
- Verhältnis dieser Regelungen zur GE: Zusammengefasst bildet die GE aus Sicht der Leistungserbringer eine gute Grundlage, die unterschiedlich stark durch die verschiedenen weiteren Regelungen ausgeprägt werde. Teilweise wird hierzu Klärungsbedarf benannt.

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

5.2.1.a.: Klarheit der Zielgruppen

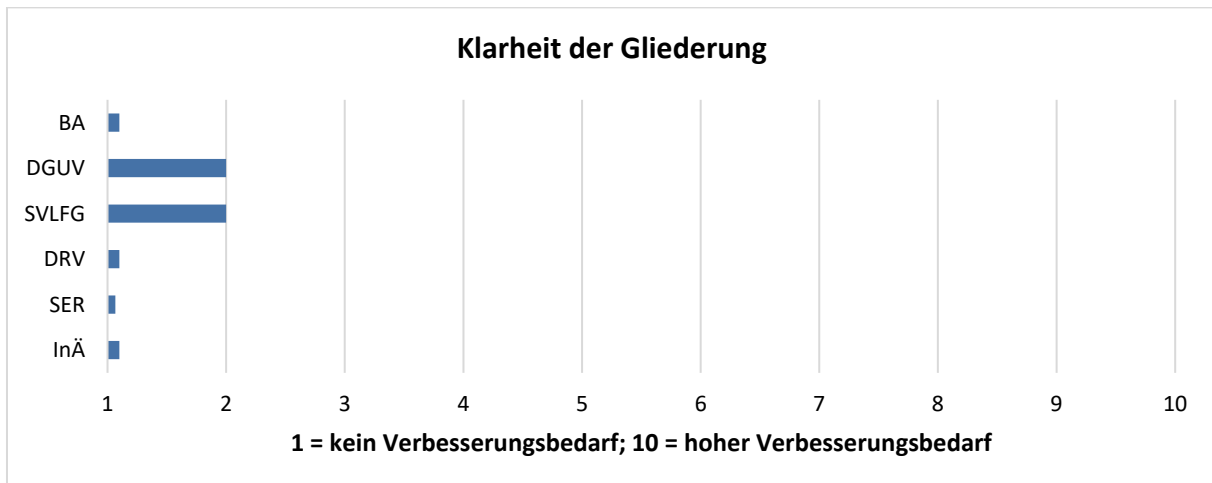


DRV Bund: Min.: 1, Max.: 2

Die **DRV Bund** regt an, die rechtlichen Grundlagen, insbes. mit Blick auf Änderungen im SGB III, zu aktualisieren. Außerdem solle eine Ergänzung für „andere Leistungsanbieter“ im Sinne von § 60 SGB IX geprüft werden.

Laut **Integrationsamt Hamburg** findet die GE im Bereich der Integrationsämter keine Anwendung.

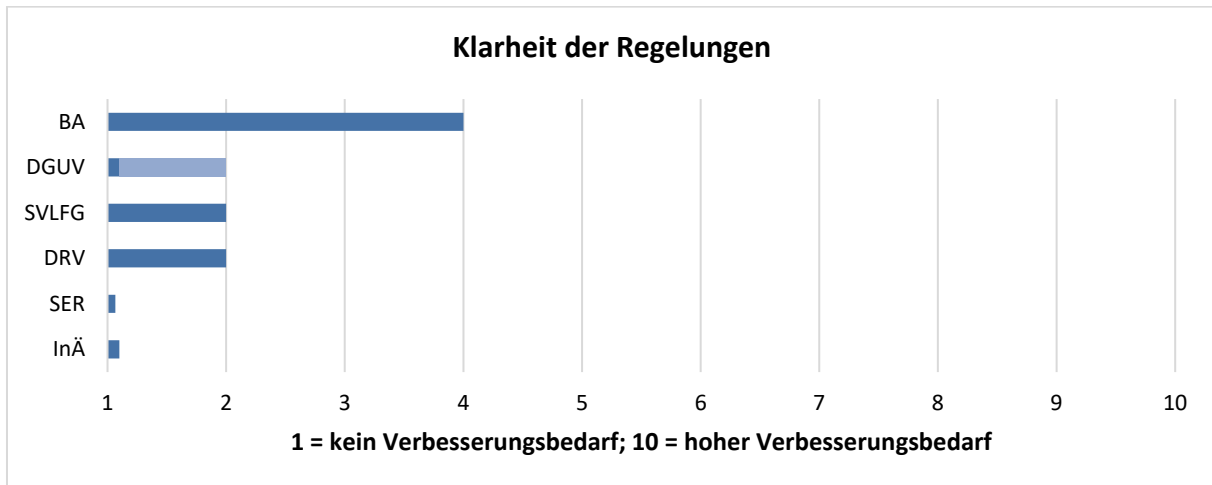
5.2.1.b.: Klarheit der Gliederung



DRV Bund: Min.: 1, Max.: 4

Aus Sicht der **DRV Bund** sollten die rechtlichen Grundlagen aktualisiert sowie die Definition der Standorte / Außenstellen präzisiert werden.

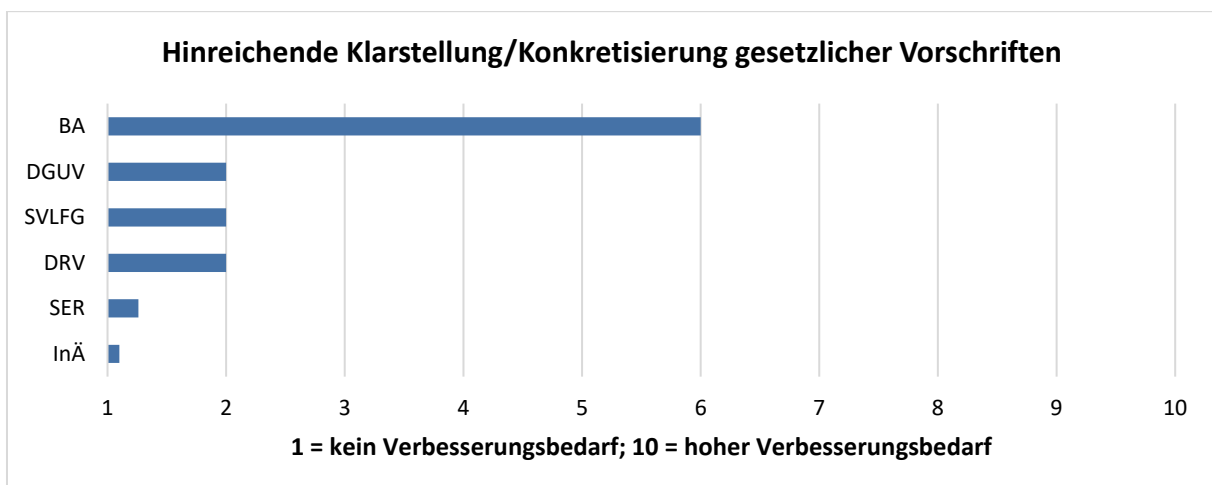
5.2.1.c.: Klarheit der Regelungen



DRV Bund: Min.: 1, Max.: 5

Die **BA** hält es für erforderlich die rechtlichen Grundlagen zu aktualisieren.

5.2.1.d.: Hinreichende Klarstellung / Konkretisierung gesetzlicher Vorschriften

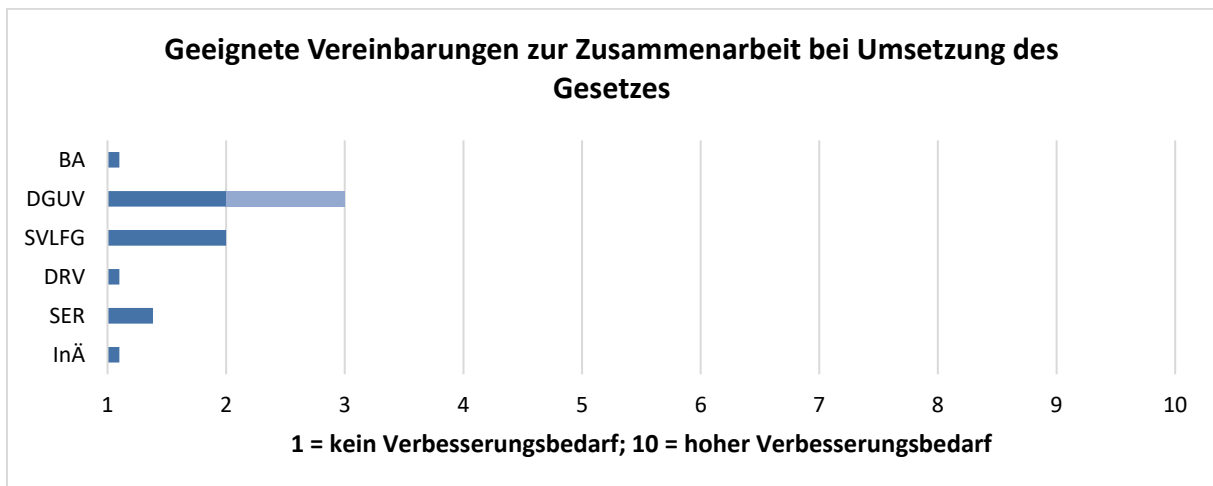


DRV Bund: Min.: 1, Max.: 5

Die **DRV Bund** merkt an, ein Vereinbarungsmuster wäre hilfreich.

Die **BA** sieht die Notwendigkeit, die Inhalte teilweise noch weiter zu konkretisieren. Die Verwendung von Begrifflichkeiten (wie bspw. Außenstelle, Standort) solle geschärft werden, so dass ein einheitliches Verständnis sichergestellt ist.

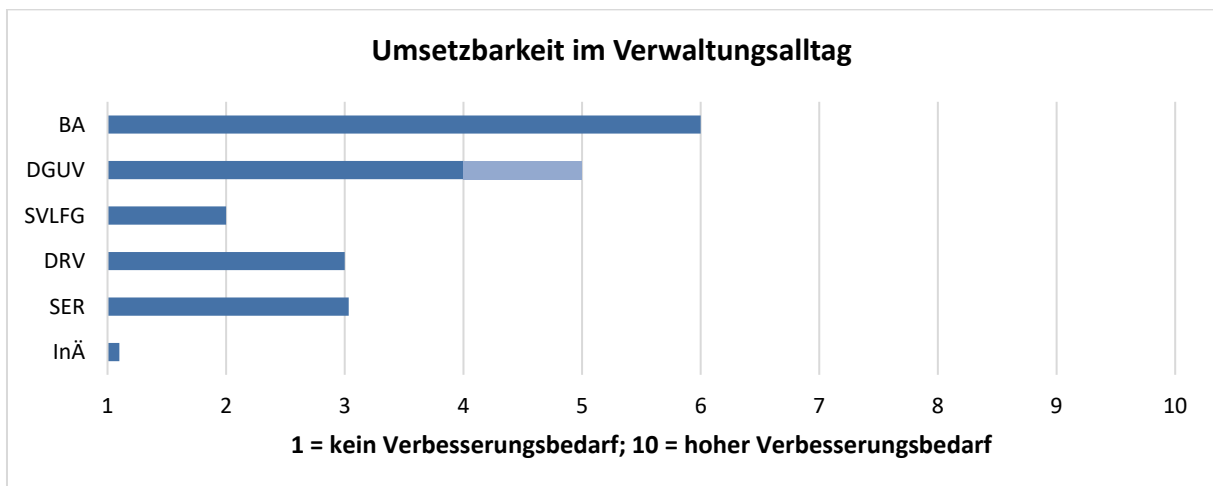
5.2.1.e.: Geeignete Vereinbarungen zur Zusammenarbeit bei Umsetzung des Gesetzes



DRV Bund: Min.: 1, Max.: 3

Auch hierzu merkt die **DRV Bund** an, ein Vereinbarungsmuster wäre hilfreich.

5.2.1.f: Umsetzbarkeit im Verwaltungsalltag



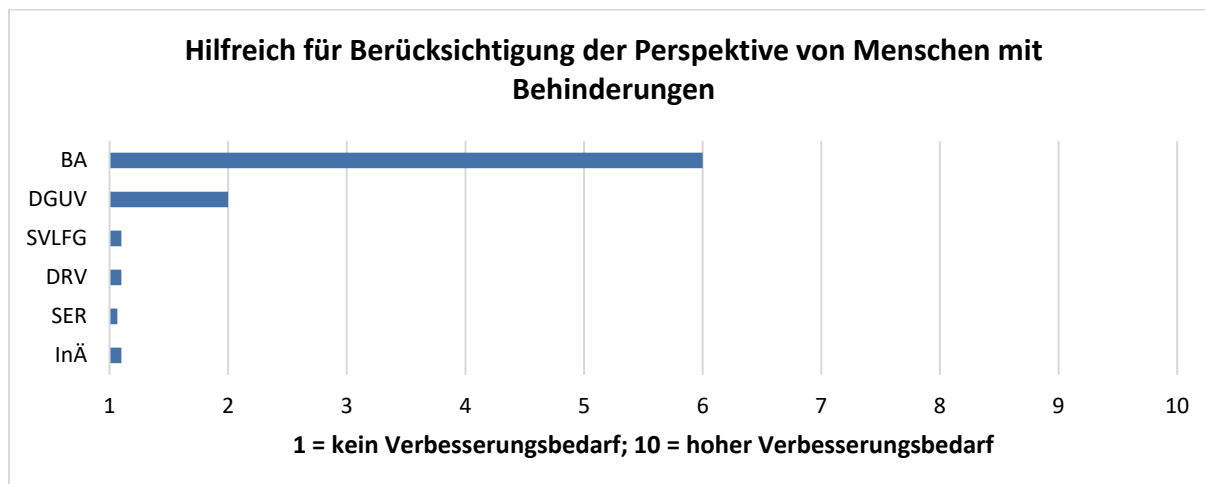
DRV Bund: Min.: 1, Max.: 4

Laut **DRV Bund** wirkt sich die Umsetzung als ständiger (Routine-) Prozess zunehmend positiv aus. Die Forderung nach mind. 70% fest angestellten Fachpersonals (§ 3) wird wegen Fachkräftemangels als problematisch angesehen.

Für eine Umsetzung im Verwaltungsalltag ist die GE aus Sicht der **BA** teilweise zu allgemein. Seitens der BA seien deshalb Konkretisierungen mit einem Fachkonzept vorgenommen worden.

Der **SER-Träger Rheinland-Pfalz** verweist auf die Antwort zu Ziffer 3 der Schwerpunktfragen.

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



DRV Bund: Min.: 1, Max.: 2

Die **BA** regt eine stärkere Verankerung des Inklusionsgedankens durch einen höheren Fokus auf Übergänge in betriebliche Durchführungsformen innerhalb der gesetzlichen Rahmenbedingungen an. Die veränderte Lebens- und Berufswelt solle berücksichtigt werden (z. B. in Form von Teilzeit-Angeboten).

5.2.1.h: Weitere Ansatzpunkte für Verbesserungen

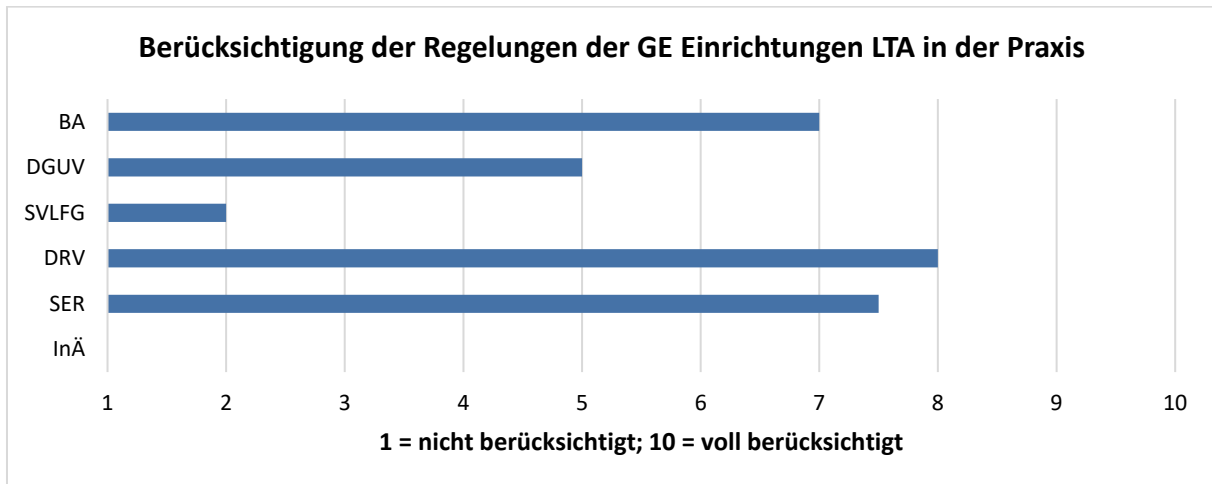
Die **DRV Bund** sieht eine Anpassung an die aktuellen gesetzlichen Regelungen als erforderlich an. Außerdem könne der Aspekt der Barrierefreiheit ausführlicher berücksichtigt werden. Eine Anpassung von § 3 Abs. 2 (70% fest angestelltes Fachpersonal) vor dem Hintergrund des Fachkräftemangels sei zu prüfen. Zudem wird angeregt, eine Mustergliederung für einheitliche Anforderungen an ein Qualitäts- und Leistungshandbuch abzustimmen.

Aus Sicht der **BA** wären Empfehlungen zu konkreten Personalschlüsseln sinnvoll sowie eine stärkere Betonung der Bedeutung des gemeinsamen Absolventenmanagements (Leistungsträger und Leistungserbringer). Praxisrelevante Aspekte zur Mitgestaltung, Einbindung und Mitwirkung der Teilnehmenden (§ 7) sollten aufgenommen werden. Einige Anforderungen der GE seien anpassungsbedürftig aufgrund veränderter Rahmenbedingungen, z. B. im Hinblick auf den aktuellen Fachkräftemangel. Die übergeordnete Zielsetzung – nachhaltige Integration in den allg. Arbeitsmarkt – solle deutlicher hervorgehoben und damit der Maßnahmenerfolg stärker fokussiert werden.

Das **Integrationsamt Sachsen** sieht keine Ansatzpunkte für Verbesserungen.

5.2.2. Wie bewerten Sie die Umsetzung dieser GE?

5.2.2.a: Berücksichtigung der Regelungen in der Praxis



DRV Bund: Min.: 6, Max.: 10

5.2.2.b: Besonders wichtige Regelungsgegenstände

Die **SVLFG** meldet hierzu die Eingliederung zur Teilhabe am Arbeitsleben.

Für die **DRV Bund** ist es wichtig, möglichst verbindliche Vorgaben für alle Beteiligten abzustimmen. Außerdem seien Regelungen zur Ausstattung (§ 2) und zum Personal (§ 3) sowie zur Einrichtung bedeutsam. Daneben seien Regelungen zur Durchführung betrieblicher Phasen (§ 5) oder auch zur engen Kooperation nach § 6 der GE sowie zum Umfang der besonderen Hilfen (insbes. MD und PD) wichtig.

Die **DGUV** benennt die Kooperation der Akteure, die vertrauensvolle Zusammenarbeit, die Einbindung und Mitwirkung der Teilnehmenden und die Qualitätssicherung

Aus Sicht der **BA** sind vor allem relevant: Definition der Strukturmerkmale (§ 2), die Beschreibung der Aufgaben und Leistungen (§ 4) und qualitative Anforderungen an das eingesetzte Personal. Auch die Aspekte zur Durchführung betrieblicher Phasen seien wesentlich, da diese durch die Nähe zum Arbeitsmarkt eine besondere Bedeutung mit Blick auf die dauerhafte Integration einnehmen. Qualitäts- und Leistungshandbücher seien schließlich unerlässlich, um das konkrete Leistungsangebot zu beschreiben.

Aus dem Bereich der SER-Träger benennt der **KOF-Träger Niedersachsen** die Umsetzung durch die BA als wichtig, der **SER-Träger Rheinland-Pfalz** die Aufgaben- und Leistungserbringung der Einrichtung. Die **SER-Träger Mecklenburg-Vorpommern** teilen mit, die Frage könne nicht beurteilt werden, der KOF-Träger weist insoweit darauf hin, dass LTA keine Reha-Leistung der KOF seien. Der **KOF-Träger Thüringen** berichtet, dass er Einrichtungen wie z. B. Berufsschule und Berufsförderungswerk beauftrage.

Das **Integrationsamt Sachsen** teilt mit, diese GE habe keine praktische Bedeutung.

5.2.2.c Schwierigkeiten bei der Umsetzung

Für die **DRV Bund** sind einseitige Festlegungen oder Konkretisierungen der BA, auch wenn sie auf der GE basieren, problematisch.

In der Verfügbarkeit von Leistungserbringern in strukturschwachen Gebieten sieht die **DGUV** Schwierigkeiten bei der Umsetzung. Die Eigenverantwortung der Teilnehmenden solle in der GE noch mehr herausgestellt werden.

Laut **BA** gibt es immer noch Einrichtungen ohne Qualitäts- und Leistungshandbuch. Die Umsetzung betrieblicher Phasen gelinge in der Praxis nicht immer. Von Seiten der Einrichtungen würden der BA Probleme z. B. im Hinblick auf die Personalrekrutierung mitgeteilt.

Aus dem Bereich der Träger des **sozialen Entschädigungsrechts** werden vom **SER-Träger Rheinland-Pfalz** und **KOF-Träger Niedersachsen** keine Schwierigkeiten gesehen, der **KOF-Träger Brandenburg** teilt als Schwierigkeit die Einhaltung von Fristen und die Bedarfsermittlung mit.

5.2.3. Schwerpunktfragen

5.2.3.1. Welche Erfahrungen bestehen hinsichtlich der Durchführung betrieblicher Phasen der Qualifizierung gem. § 5 der GE? Welche Dauern und welchen Umfang weisen diese betrieblichen Phasen üblicherweise auf?

Die **BA** berichtet, dass die Durchführung betrieblicher Phasen eines der grundsätzlichen Leistungsversprechen der Einrichtungen nach § 51 SGB IX sei. Praktika mit Erfahrungen zum betrieblichen Alltag seien ein wesentlicher Faktor, um bei diesen außerbetrieblichen Maßnahmen einen Übergang in den betrieblichen Arbeitsalltag erfolgreich zu gestalten und eine dauerhafte Integration sicherzustellen. Die Umsetzung (Dauer und Umfang) erfolge sehr individuell (grundlegend entsprechend der Maßnahme). Mindestvorgaben der Ausbildungsordnung bzw. des BBiG zu Dauern würden berücksichtigt. Häufig würden die betrieblichen Phasen zunächst bei Arbeitgebern der Region durchgeführt, mit denen bereits ein langjähriger Kontakt bestehe, was den „Klebeffekt“ nicht für alle Jugendlichen ermögliche. Die Organisation einer Unterbringung in Betrieben z. B. am Wohnort der Jugendlichen gestalte sich wegen der Betreuung vor Ort weiterhin noch schwierig, werde aber von einzelnen Einrichtungen zunehmend angestrebt. Entscheidend sei, dass die Einrichtung bei der Betriebsgewinnung breit und permanent in der Akquise tätig ist.

Laut Mitteilung der **DGUV** werden die betrieblichen Phasen der Qualifizierung als sehr wichtig gesehen, dauern üblicherweise die Hälfte der Maßnahmendauer oder werden individuell nach Bedarf abgestimmt.

Die **SVLFG** weist darauf hin, dass auch in den betrieblichen Phasen eine ausreichende Betreuung durch die Einrichtungen erfolge.

Die **DRV Bund** teilt mit, dass betriebliche Phasen unverzichtbare Elemente der Qualifizierung seien und konzeptabhängig festgelegt würden. Dabei seien die Vorgaben der Kammern einzuhalten. Betriebliche Praktika führten oft zu einer ersten Einstellung des Rehabilitanden („Klebeffekt“), was der Integration auf dem Arbeitsmarkt zugutekomme.

Aus dem Bereich der **SER-Träger** berichten der **KOF-Träger Brandenburg** der **KOV-Träger Mecklenburg-Vorpommern**, dass die Frage nicht beurteilt werden könne (keine Erfahrungen). Aus Sicht des **KOF-Trägers Niedersachsen** bestehen gute Erfahrungen, hingewiesen wird auf 2-3 Monate Vollzeit-Maßnahmen. Der **SER-Träger Rheinland-Pfalz** hat Erfahrungswerte im Berichtszeitraum nur für die Werkstätten für behinderte Menschen, die im

Eingangsverfahren 3 Monate und Berufsbildungsbereich 2 Jahre betragen. Laut **KOF-Träger Thüringen** besteht dort ein 14-tägiger Rhythmus über 2 Jahre.

Das **LWL-Inklusionsamt** teilt mit, dass aufgrund der sehr geringen Fallzahlen keine fundierte Aussage getroffen werden könne.

5.2.3.2. Welche Ausgestaltungsformen von Kooperationsvereinbarungen nach § 5 Abs. 3 der GE sind bekannt?

Die **BA** teilt mit, Kooperationsvereinbarungen würden zwischen Einrichtung und Betrieb jeweils schriftlich unter Einbeziehung der Teilnehmenden geschlossen. Inhaltlich sollten die Rechte und Pflichten der Beteiligten sowie der jeweils individuell zu leistende Unterstützungsbedarf dargestellt sein. Es gebe Kooperationsvereinbarungen z. B. in Form von Praktikumsverträgen.

Die **DGUV** weist darauf hin, dass es sich um Praktikumsverträge zwischen Rehabilitanden, der Einrichtung und dem (Praktikums-) Betrieb handele, die dem Reha-Träger nicht zur Kenntnis gegeben werden müssten. Ein Träger berichte über eigene Kooperationsvereinbarungen mit einem BFW.

Laut **DRV Bund** bestehen Kooperationsvereinbarungen in Form von Ausbildungs-/Umschulungsverträgen, Teilnehmerverträgen sowie Praktikumsverträgen.

Aus dem Bereich der **SER-Träger** teilen der **KOV-Träger Mecklenburg-Vorpommern** und der **SER-Träger Rheinland-Pfalz** mit, dass die Frage nicht beurteilt werden könne. Der **KOF-Träger Niedersachsen** verweist insoweit auf die BA.

5.2.3.3. Wie gestaltet sich die erforderliche enge und vertrauensvolle Zusammenarbeit aller beteiligten Akteure, insbesondere die Kooperation der Einrichtung mit den zuständigen Leistungsträgern? (§ 6 Abs. 1 der GE)

Aus Sicht der **BA** erfolgt im Allgemeinen eine enge und vertrauensvolle Zusammenarbeit (umgehende Informationen des Leistungsträgers bei Vorkommnissen, Veränderungen und zum Maßnahmeverlauf, grundsätzliche vorherige Abstimmung mit dem Leistungsträger hinsichtlich geplanter Schritte, feste Ansprechpartner). Es fänden regelmäßige Treffen und Gespräche zwischen den Einrichtungsbetreuern der Agentur für Arbeit und den zuständigen Ansprechpartnern der Einrichtungen statt. Zusätzlich fände ein regelmäßiger elektronischer Austausch statt. In der Regel sei eine gute, zeitnahe und kundenorientierte Zusammenarbeit möglich. Je nach Einrichtungsart gebe es auch Abstimmungskreise mit allen Leistungsträgern, um übergeordnete Themen und Ausrichtungen zu besprechen.

Laut **DGUV** gestaltet sich die Zusammenarbeit insgesamt gut. Die Zusammenarbeit erfolge im persönlichen Gespräch und in regelmäßigen Telefonaten im Reha-Management, auf Sprechtagen und immer bei Auftreten von Problemlagen. Darüber hinaus wird berichtet, dass UV-Träger über neue Angebote regelmäßig informiert würden.

Für die **SVLFG** gestaltet sich die Zusammenarbeit durch regelmäßige Verlaufsberichte und rechtzeitige Unterrichtung der Leistungsträger bei Komplikationen.

Die **DRV Bund** berichtet, dass die Zusammenarbeit in der Praxis überwiegend unproblematisch sei. Regionale Abstimmungen fänden regelmäßig und anlassbezogen sowie engmaschig zwischen den Akteuren statt.

Aus dem Bereich der **SER-Träger** berichtet der **KOF-Träger Brandenburg**, die Kooperation mit den Trägern und Einrichtungen funktioniere momentan in bisheriger Weise. Der **KOF-Träger Niedersachsen** bezeichnet die Zusammenarbeit als gut. Es bestünden persönliche Kontakte und regelmäßige Rückmeldungen. Auch der **SER-Träger Rheinland-Pfalz** weist auf eine grundsätzlich gute und vertrauensvolle Zusammenarbeit hin. Durchaus ergäben sich ggf. Schwierigkeiten im Einzelfall mit den zuständigen Sachbearbeitern anderer Leistungsträger.

Der **KOV-Träger Mecklenburg-Vorpommern** teilt mit, die Frage könne nicht beurteilt werden.

Das **LWL-Inklusionsamt** berichtet, wenn es zu einer Zusammenarbeit komme, sei diese gut, weil sie zeitnah und unkompliziert erfolge.

5.2.3.4. Inwieweit gibt es Erkenntnisse über die Zusammenarbeit von Einrichtungen mit den für Berufsbildung zuständigen Stellen (z. B. Industrie- und Handelskammern, Handwerkskammern) und den Sozialpartnern? (§ 6 Abs. 2 der GE)

Die **BA** berichtet, dass die Einrichtungen mit den für die Berufsbildung zuständigen Stellen eng zusammenarbeiten. Die Qualität der Zusammenarbeit lasse sich nicht allgemein beurteilen. Es komme auf die Regionen und handelnden Akteure an. Themen der Zusammenarbeit seien z. B. mit den Innungen/Kammern im Rahmen der Anerkennung von Berufsausbildungsverträgen: Klärung von Voraussetzungen für Prüfungszulassungen, Prüfungsabnahme, Prüfungserleichterungen sowie Anerkennung von neuen Berufsfeldern.

Die **DGUV** erläutert, die Abstimmung der Ausbildungsinhalte erfolge mit Kammern bzw. Genehmigungs- oder Prüfbehörden, insbesondere bei Neukonzeptionen und neuen Angeboten.

Die **SVLFG** berichtet, dass eine Zusammenarbeit erfolge. Als Leistungsträger werde dies beim Ablauf der Maßnahme gesehen.

Laut **DRV Bund** sind die regionalen Kontakte gut. Erfahrungen mit der Ausgestaltung von Kooperationsvereinbarungen bestehen nur in begrenztem Maße. Regional hätten sich bei der Zusammenarbeit einiger Einrichtungen mit den Kammern Probleme ergeben, aufgrund derer sogenannte DUO-Umschulungen hätten eingestellt werden müssen. Soweit regionale Unterschiede in Bezug auf Zuständigkeiten und Arbeitsprozesse bestünden, erschwere dies den Austausch.

Aus dem Bereich der **SER-Träger** teilen der **KOF-Träger Brandenburg**, der **KOV-Träger Mecklenburg-Vorpommern**, der **KOF-Träger Niedersachsen** sowie der **SER-Träger Rheinland-Pfalz** und der **KOF-Träger Thüringen** mit, dass keine Erkenntnisse im Berichtszeitraum vorlägen.

Das **LWL-Inklusionsamt** weist auch hier darauf hin, dass aufgrund der sehr geringen Fallzahlen hier keine fundierte Aussage getroffen werden könne.

5.2.3.5. Welche Auswirkungen haben die 2018 in Kraft getretenen neuen Datenschutzvorschriften (DSGVO und Umsetzungsgesetze) auf die Regelung des § 9 der GE bzw. dessen Umsetzung?

Die neuen Datenschutzvorschriften wurden von der **BA** zum Anlass genommen, die bestehenden Verfahren und Prozesse zu überprüfen und bei Bedarf anzupassen. Es würden nur Daten erhoben und gespeichert, die für die Erbringung der Leistungen unerlässlich seien. Die Daten seien vor dem unberechtigten Zugriff Dritter geschützt. Zudem werde jeder Teilnehmende vor Zuweisung und Beginn der Maßnahme zu den Regelungen des Datenschutzes persönlich informiert und sein schriftliches Einverständnis hinsichtlich des Datenaustausches eingeholt. Bei Einbindung von Dritten führten die komplizierten Datenschutzbestimmungen dazu, dass die Zusammenarbeit sich schwieriger gestalten würde. Alle Beteiligten stellten sich dem höheren Verwaltungsaufwand.

Die **DGUV** berichtet über verstärkte Hinweise auf den Datenschutz.

Die **SVLFG** teilt mit, der Datenschutz werde eingehalten.

Die **DRV Bund** berichtet, dass datenschutzrechtliche Vorgaben berücksichtigt würden. Von den Einrichtungen würden die Verfahren und Informationen an die Anforderungen des Datenschutzes angepasst. Auch hinterfragten Einrichtungen besondere Anforderungen an die Übermittlung von Ergebnissen an die Leistungsträger und die Aufbewahrungsfristen für Unterlagen. Insgesamt dürften die Vorgaben des Datenschutzes keine Verzögerungen bei zeitnahen Entscheidungen verursacht haben. Ein Nachteil bestehe darin, dass die Erhebung der Ergebnisqualität erschwert werde, sofern die TN nach Abschluss der Maßnahme auf die Löschung ihrer Daten bestehen.

Aus dem Bereich der **SER-Träger** melden der **KOF-Träger Brandenburg**, der **KOV-Träger Mecklenburg-Vorpommern**, der **KOF-Träger Niedersachsen** und der **KOF-Träger Thüringen**, dass die Frage nicht beantwortet würde. Der **SER-Träger Rheinland-Pfalz** teilt mit, dass § 9 der GE um die neuen Datenschutzvorschriften ergänzt werden sollte, da diese von den Leistungserbringern umzusetzen seien.

Laut **LWL-Inklusionsamt** kann aufgrund der dort sehr geringen Fallzahlen keine fundierte Aussage getroffen werden.

5.2.3.6. In welchem Umfang haben Reha-Träger von ihrem Recht Gebrauch gemacht/machen müssen, die Beachtung und Umsetzung der GE in einer Einrichtung zu prüfen und von ihr entsprechende Informationen und Auskünfte einzuholen? In welcher Weise sind solche Überprüfungen erfolgt? (§ 6 Abs. 4 der GE)

Die **BA** berichtet, dass Prüfungen sowohl systematisch durch den Prüfdienst Arbeitsmarktdienstleistungen als auch anlassbezogen durch die Regionaldirektionen und Regionalen Einkaufszentren durchgeführt würden. Auch Außendienste der Regionaldirektionen würden zu Stichprobenprüfungen genutzt. Zwischen Einrichtungsbetreuung der Agenturen für Arbeit und Einrichtungen fänden regelmäßige Kontakte statt, bei denen auch die Durchführungsqualität thematisiert und stichprobenartig Prüfungen durchgeführt würden.

Die **DGUV** teilt mit, die gesetzliche Unfallversicherung nehme keine eigenständige, gesonderte Prüfung der Einrichtungen vor. Die Einrichtungen würden fallbezogen aufgesucht. Über Auffälligkeiten, die eine Überprüfung notwendig gemacht hätten, sei nicht berichtet worden. Im Übrigen stimmten sich Bundesagentur, DRV Bund und DGUV ab.

Auch die **SVLFG** teilt mit, dass keine Prüfung durch ein eigenes Team erfolge.

Die **DRV Bund** berichtet, dass über die Vertretung in den Gremien der Berufsförderungswerke eine Kontrollfunktion wahrgenommen werde. Im Bedarfsfall würden schriftlich

angeforderte Unterlagen seitens der Einrichtungen zur Verfügung gestellt. Außerdem würden derzeit Qualitätsdialoge erprobt. Auch seien Visitationen möglich; derzeit werde ein gemeinsames Konzept für Visitationen unter den federführenden Reha-Trägern (BA/RV/UV) abgestimmt und mit den Berufsförderungswerken erörtert.

Aus dem Bereich der **SER-Träger** melden der **KOF-Träger Brandenburg**, der **KOV-Träger Mecklenburg-Vorpommern**, der **KOF-Träger Niedersachsen** keine Erfahrungen. Der **SER-Träger Rheinland-Pfalz** teilt mit, Überprüfungen erfolgten nur in Form der schriftlichen Kommunikation, dies sei personell anderweitig nicht möglich.

Das **LWL-Inklusionsamt** berichtet, dass keine Überprüfungen vorgenommen würden.

5.2.3.7. Welche Entwicklungen gab es seit Inkrafttreten der GE 2012, die aus Ihrer Sicht in der GE berücksichtigt werden sollten?

Für die **BA** sind die Rechtsgrundlagen aufgrund Inkrafttretens des BTHG zum 1.1.2018 anzupassen. Zudem sei eine verstärkte Ausrichtung des Ausbildungsangebots an den Entwicklungen des Arbeitsmarktes erforderlich. Digitalisierung und Arbeitswelt 4.0 seien noch nicht berücksichtigt, hier würden Mindeststandards an Einrichtungen als erforderlich gesehen. Auch eine stärkere Implementierung des Inklusionsgedankens sei zu berücksichtigen.

Die **DGUV** benennt das SGB IX, in der Fassung des BTHG, und die daraufhin erstellten Regelungen (GE Reha-Prozess, Arbeitshilfe Datenschutz u. ä.).

Folgende Entwicklungen sind für die **DRV Bund** künftig in der GE zu berücksichtigen:

- die sich wandelnden Anforderungen des Arbeitsmarkts (z. B. Differenzierung der Berufsbilder,
- neue Formen der Wissensvermittlung (E-Learning),
- die besonderen Anforderungen an die Integration älterer Rehabilitanden (55+),
- der Fachkräftemangel,
- die Herausforderungen des BTHG,
- die Vernetzung mit der medizinischen Rehabilitation,
- der rückläufige Bedarf an Internatsunterbringung,
- der Bedarf an präventiven Angeboten,
- die Gestaltung individueller Leistungen sowie
- der zunehmende Bedarf an kleineren Lehrgruppen.

Aus Sicht des **KOV-Trägers Mecklenburg-Vorpommern** und des **KOF-Trägers Niedersachsen** kann die Frage nicht beurteilt werden bzw. ist nicht von praktischer Bedeutung. Der **SER-Träger Rheinland-Pfalz** verweist auf die Frage 5 (§ 9 der GE sollte um die neuen Datenschutzvorschriften ergänzt werden, da diese von den Leistungserbringern umzusetzen sind).

Das **Integrationsamt Hamburg** und das **LWL-Inklusionsamt** geben zusammenfassend an, dieser Themenbereich finde keine oder nur sehr geringe Anwendung.

5.2.4. Ergänzungsfragen für Leistungserbringer

5.2.4.1. Welche weiteren Regelungen sind neben der GE für Sie maßgeblich bei der Ausgestaltung von Maßnahmen, Strukturen und Prozessen?

Maßgebliche Arbeitsgrundlage für Berufsbildungswerke ist laut **BAG BBW** der Rahmenvertrag zwischen der Bundesagentur für Arbeit (BA) und der Bundesarbeitsgemeinschaft der Berufsbildungswerke e. V. (BAG BBW) in Vertretung für die Berufsbildungswerke (BBW) vom 22.07.2015. Dieser regelt die grundsätzliche Zusammenarbeit zwischen beiden Vertragspartnern. Dazu gehören die detaillierten Beschreibungen der einzelnen Reha-Leistungen sowie fest vereinbarte Kennzahlen zur Qualitätssicherung und -entwicklung. Ziel sei die gleichberechtigte Teilhabe von Menschen mit Behinderung und von Behinderung bedrohter Menschen am Leben in der Gesellschaft insbesondere im Sinne der Art. 24, 26 und 27 Konvention der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderung (UN-BRK). Berufsbildungswerke arbeiteten an der Realisierung einer inklusiven Ausbildungs- (Art. 24 Abs. 5 UN-BRK) bzw. Arbeitswelt (Art. 27 UN-BRK) und damit an einer inklusiven Gesellschaft im Sinne der UN-BRK mit. Durch eine umfassende Rehabilitation solle die nachhaltige Eingliederung in das Arbeitsleben (§§ 112, 117 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 Buchst. a Sozialgesetzbuch Drittes Buch – SGB III) erreicht werden. Folgende weitere, nicht abschließende, Regelungen benennt die BAG BBW:

- Tarifverträge,
- vertragliche Vereinbarungen mit den Regionalen Einkaufszentren,
- Betriebsvereinbarungen,
- gesetzliche Arbeitsschutzbedingungen,
- Vorgaben der unterschiedlichen Träger der Einrichtungen (Kirchenrecht),
- Betriebsverfassungsgesetz,
- Vorgaben der einzelnen Leistungsträger,
- Sozialgesetzbücher II, III, VIII, und IX.

Die **BAG BTZ** berichtet, dass die Arbeit der BTZ durch interne Vereinbarungen innerhalb der BAG BTZ (Qualitätsstandards) und Beschlüsse der Mitgliederversammlung geregelt sei. Zum anderen seien rechtliche Rahmenbedingungen durch Gesetze wie Sozialgesetzbücher, Betriebsverfassungsgesetz, arbeitsrechtliche Bestimmungen, etc. maßgeblich. Des Weiteren werden Verträge und Vorgaben der Leistungsträger, sowie Betriebsvereinbarungen usw. von der BAG BTZ genannt.

Die **BAG RPK** teilt mit, dass RPK Einrichtungen auf der RPK Empfehlungvereinbarung (2005) mit Handlungsempfehlungen (2010) basierten, in denen inhaltliche und strukturelle Standards sowie maßgebliche Prozesse für die Einrichtungen formuliert seien. Die einzelnen Einrichtungen legten auf Grundlage dieser Empfehlungvereinbarung Konzeptionen vor, die von den regional zuständigen Akteuren der Leistungsträger anerkannt werden müssten, es würden entsprechende Verträge geschlossen. Die RPK Empfehlungvereinbarung befinde sich ab 2020 in der Überarbeitung/Aktualisierung. Daneben gälten für die BAG RPK übergeordnet die UN BRK, die Sozialgesetzgebung, sowie alle arbeitsrechtlichen Bestimmungen, wie bereits bei den anderen Einrichtungen beschrieben.

Für Werkstätten (so auch die GE in § 1 Abs. 2) gelten laut **BAG WfbM** vorrangig die §§ 56 ff., 219 ff. SGB IX, die Werkstättenverordnung (WVO) und die Werkstättenmitwirkungsverordnung (WMVO). Daneben seien von Werkstätten die Vorgaben zur Leistungserbringung und Qualitätsmanagement aus dem Fachkonzept der Bundesagentur für Arbeit im Eingangsverfahren und Berufsbildungsbereich (AZAV), die Werkstattempfehlungen der BAGüS, die Forderungen der UN-BRK (Artikel 27), sowie gesetzliche Arbeitsschutzbestimmungen je nach Gewerk zu beachten. Zudem gälten sämtliche arbeitsrechtlichen Regelungen (kollektivrechtlich und regelmäßig auch kirchenrechtlich) für die angestellten Fachkräfte. Insbesondere die folgenden arbeitsrechtlichen Vorschriften und Grundsätze gälten dabei nicht nur lediglich für die Fachkräfte, sondern auch entsprechend für die

Werkstattbeschäftigten (keine abschließende Aufzählung): Arbeitszeitgesetz, Bundesurlaubsgesetz, Entgeltfortzahlungsgesetz, Mutterschutzgesetz und Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetz, DSGVO, Pflegezeitgesetz, Betriebsverfassungsgesetz, Grundsätze der Arbeitnehmerhaftung.

Eine Reihe von gesetzlichen und betrieblichen Regelungen beeinflussen für die **BAK BFW** die Ausgestaltung von Maßnahmen, Strukturen und Prozessen (kein Anspruch auf Vollständigkeit):

- Betriebsvereinbarungen,
- gesetzliche Arbeitsschutzbedingungen,
- Vorgaben der unterschiedlichen Träger der Einrichtungen,
- Betriebsverfassungsgesetz,
- Vorgaben der einzelnen Leistungsträger,
- Sozialgesetzbücher.

Der **BV BFW** führt aus, dass eine wesentliche Grundlage der Zusammenarbeit zwischen Berufsförderungswerken der Rahmenvertrag zur Zusammenarbeit mit den Rehabilitationsträgern sei. Weiterhin orientierten sich Maßnahmen, Prozesse und Strukturen an relevanten Sozialgesetzbüchern (insbesondere SGB IX, SGB VI, SGB III, SGB VII, SGB II, SGB IV) und neben der GE an spezifischen Qualitätsanforderungen der einzelnen Rehabilitationsträger (z. B. Leistungsklassifikation berufliche Rehabilitation, Berliner Fragebogen, Integrationsdaten, Teilnehmendenbefragungen u. a.). Abseits der klassischen Rehabilitationsleistungen orientierten sich Maßnahmen und Prozesse auch an entsprechenden Vertragsgrundlagen (z. B. Verträge mit Krankenkassen, Unternehmen o. Ä.). Weitere Regelungen (nicht-rehaspezifisch), die von den Berufsförderungswerken berücksichtigt werden, sind für den BV BFW beispielsweise:

- Akkreditierungs- und Zulassungsverordnung Arbeitsförderung (AZAV),
- Zertifizierungen nach ISO 9001:2015,
- Datenschutzprüfungen,
- Betriebsprüfungen,
- Jahresabschlussprüfungen,
- Prüfungen Arbeitsschutz, Brandschutz,
- Jährliche Durchführung von Gefährdungsbeurteilungen, hier auch zur psychischen Gefährdung,
- Jährliche Jahresabschlussprüfung nach HGB,
- Lohnsteueraußenprüfung nach EStG ca. alle 4 Jahre,
- Betriebsprüfung durch die Finanzbehörden nach AO ca. alle 3 Jahre,
- individuelle Datenschutzprüfungen nach Bundesdatenschutzgesetz,
- individuelle UVV-Prüfungen nach den Unfallverhütungsvorschriften,
- Hygieneinspektion nach VDI 6022 (Raumluftechnik) alle 2 Jahre.

5.2.4.2. Wie schätzen Sie das Verhältnis der GE zu diesen Regelungen ein?

Für die **BAG BBW** bietet die GE eine gute Orientierung zur Überprüfung der laufenden Prozesse und Strukturen. Mit dem geltenden Rahmenvertrag hätten Berufsbildungswerke

bereits wesentliche Punkte hinsichtlich Qualitätssicherung, Transparenz der Leistungen und Vergütung erreicht bzw. seien im Begriff, diese weiter umzusetzen.

Die oben genannten Regelungen sind für die **BAG BTZ** Rahmenbedingungen, die nur zum Teil beeinflussbar seien und zumeist schlicht beachtet werden und unmittelbar umgesetzt werden müssten. Die Gemeinsamen Empfehlungen seien vor allem Empfehlungen für die Leistungsträger, die die BTZ mittelbar beeinflussen.

Laut **BAG RPK** wird die medizinisch-berufliche Komplexeleistung der RPK in der RPK Empfehlungvereinbarung mit anspruchsvollen Kriterien beschrieben. Diese seien für die Struktur sowie die tägliche Arbeit der RPK Einrichtungen entscheidend. Das Verhältnis der RPK Empfehlungvereinbarung zu anderen GE, welche das RPK Konzept inhaltlich berühren (z. B. auch die GE Einrichtungen für LTA) sei dagegen ungeklärt. So sei die RPK als Einrichtungstyp in der GE Einrichtungen für LTA gar nicht benannt (und war bei der Erarbeitung nicht beteiligt), dennoch würden Strukturmerkmale daraus mitunter als zusätzliche Prüfkriterien an RPK Einrichtungen angelegt. Da sich die RPK Empfehlungvereinbarung ab 2020 in Überarbeitung befinde, sei es wünschenswert, das Verhältnis zu den anderen Gemeinsamen Empfehlungen in diesem Rahmen zu thematisieren.

Die **BAG WfbM** berichtet, dass die GE auch für die Ausgestaltung von Prozessen und Strukturen für Werkstätten relevante und wichtige Grundlagen enthalte. Viele Inhalte der GE fänden sich auch in den spezifischen Regelungen zur Leistungserbringung in Werkstätten. Nichtsdestotrotz spielten die GE – im Sinne einer unmittelbaren Anwendung durch die Beteiligten – derzeit jedoch aufgrund der Veränderungen durch das BTHG, den teilweise sehr restriktiven Vorgaben der Leistungsträger für die Leistungserbringung und den gesetzlichen Vorschriften, eine eher untergeordnete Rolle in Werkstätten.

Die Gemeinsamen Empfehlungen sind für die **BAK BFW** neben den weiter o. g. teilweise gesetzlichen Vorgaben für die Leistungserbringer wichtige Orientierungen zur Durchführung der angebotenen Maßnahmen.

Der **BV BFW** teilt mit, dass die GE die Leistungen mittelbar beeinflussten. Unterschiedliche Interpretationen der GE durch die Träger seien in der Umsetzung problematisch. In den letzten Jahren hätten sowohl die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung als auch die Bundesagentur für Arbeit in Auslegung der GE oder eigener Qualitätsanforderungen unabhängig voneinander verschiedene Qualitätssicherungsverfahren entwickelt bzw. trägerspezifische Anforderungen an nachzuweisende Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualitätsstandards formuliert. Diese voneinander abweichenden Qualitätsperspektiven führten in der Konsequenz zu trägerabhängigen Qualitätsmerkmalen für die Leistungserbringung oder zum Teil auch ressourcenintensiven Doppelprüfungen. Im Sinne des Bundesteilhabegesetzes bedürfe es eines grundsätzlichen übergeordneten Dialogs mit allen Akteuren, um ein gemeinsames Qualitätsverständnis zu bilden und ein auf die spezifische Aufgabenstellung der beruflichen Förderung von erwachsenen Menschen mit Behinderungen eingehendes, trägerübergreifendes Qualitätssicherungssystem zu entwickeln. Dies gelte grundsätzlich auch für andere Leistungserbringer, die im Bereich Wiedereingliederung Leistungen für mehrere Rehabilitationsträger umsetzen.

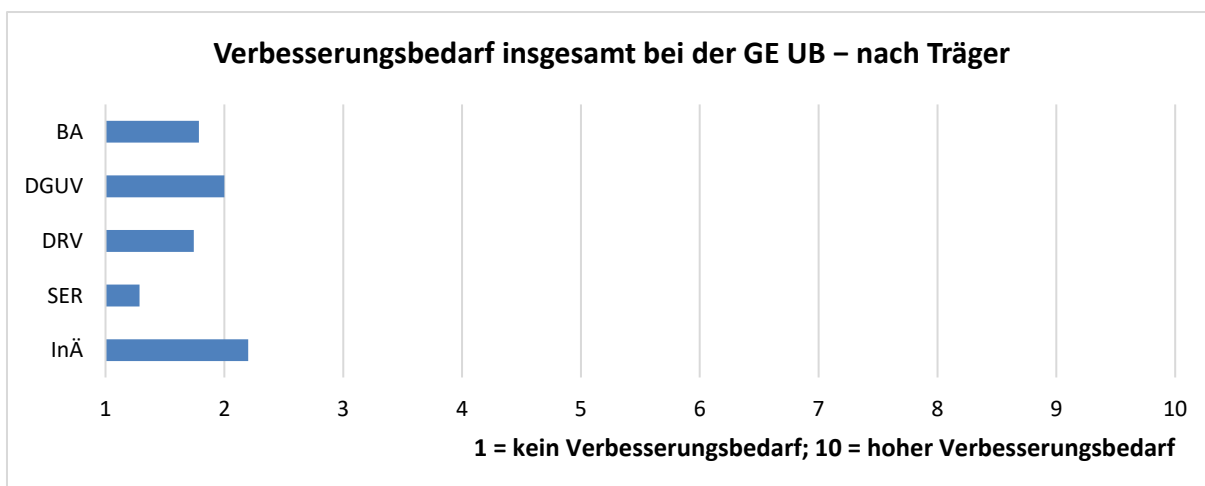
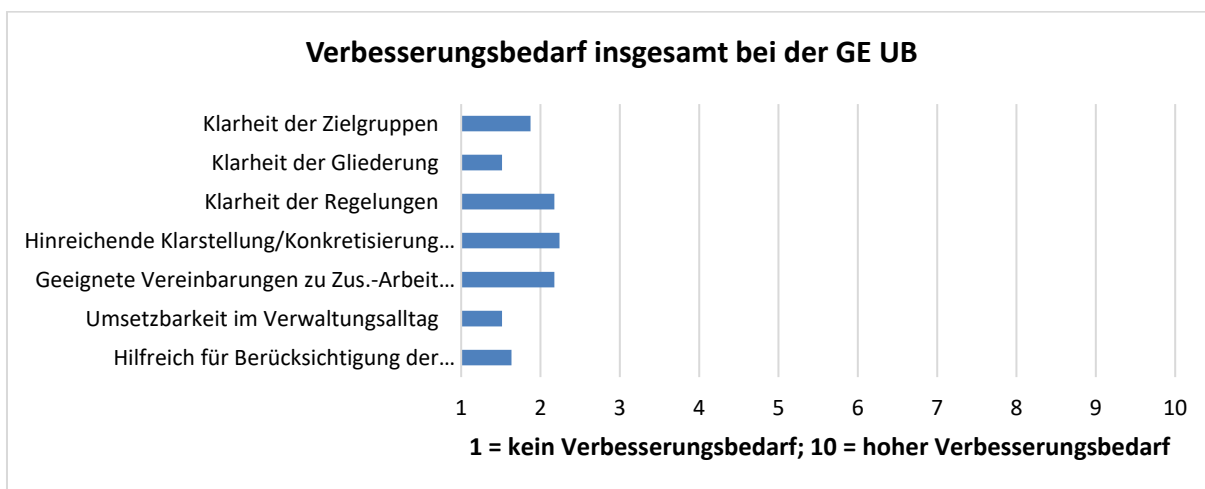
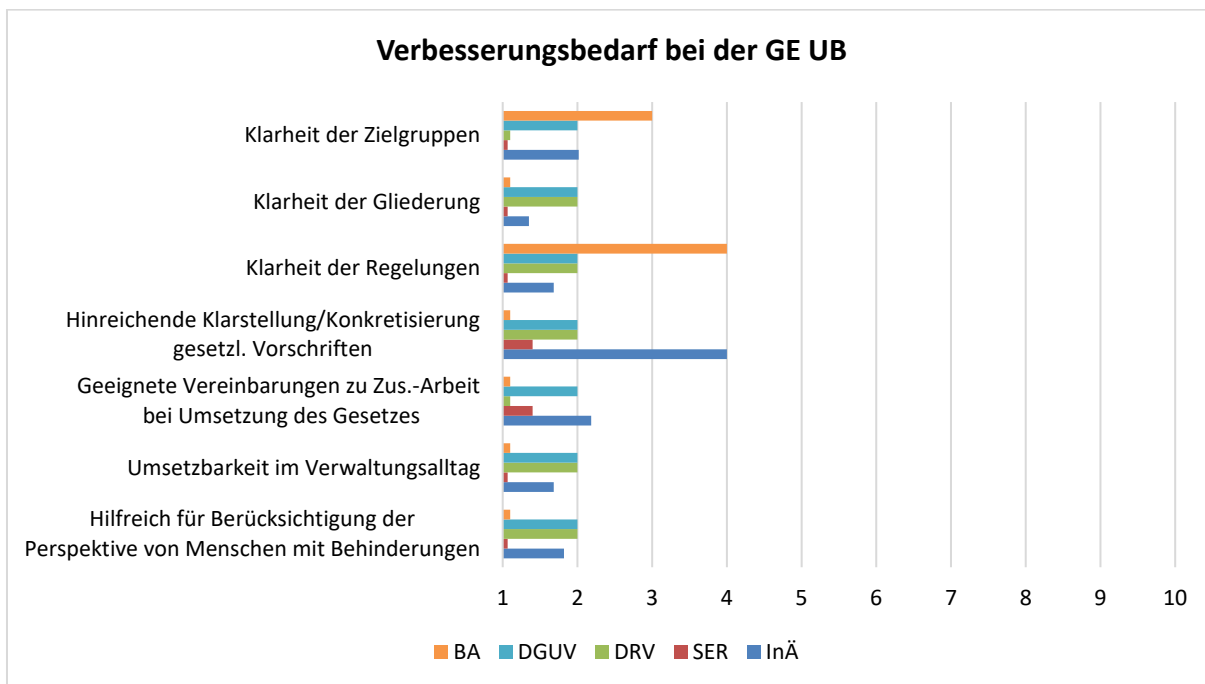
Rückmeldungen aus dem Bereich der SER-Träger zu den Ergänzungsfragen

Der **KOF-Träger Brandenburg** berichtet, gegenwärtig seien die WfbM nach wie vor die maßgeblich überwiegenden Einrichtungen, in denen für den insoweit leistungsberechtigten Personenkreis Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erbracht würden. Die bisherigen Prozesse hätten sich bewährt. Laut dem **LWL als KOF-Träger** ist aufgrund der sehr

geringen Fallzahlen hier keine fundierte Aussage möglich. Aus **Sachsen** teilt der zuständige SER-Träger mit, im Berichtszeitraum sei für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben § 26 BVG maßgebend gewesen. Da die Zahl der Anspruchsberechtigten mit Maßnahmen in einer Einrichtung der beruflichen Rehabilitation gering sei, würden vorhandene Erfahrungswerte anderer Rehabilitationsträger genutzt. Die GE sei für das Soziale Entschädigungsrecht daher nur indirekt von Bedeutung.

5.3. Gemeinsame Empfehlung „Unterstützte Beschäftigung“ nach § 55 SGB IX

Überblick:



Zusammenfassung:

Verbesserungsbedarfe zu den allgemeinen Fragen werden überwiegend als gering eingeschätzt. Nur bei der Klarheit der Regelungen (Frage 1c) und bei Konkretisierung gesetzlicher Vorschriften (Frage 1d) sehen einige Träger mittleren Verbesserungsbedarf (BA: „4“ bei Frage 1c, Integrationsämter: „4“ bei Frage 1d). Als konkreter Verbesserungsbedarf wird z. B. die Anpassung an die Vorschriften des durch das BTHG geänderten SGB IX – u. a. zur Teilhabepanung – und der DSGVO benannt, aber z. B. zu Frage 1e auch die Verknüpfung mit weiteren GE. Als weitere Verbesserungsansätze (Frage 1h) benennt die BA z. B. Zeitangaben in komplexen Fällen.

Hinsichtlich der Umsetzung (Frage 2) sehen die meisten Träger die GE-Regelungen in der Praxis überwiegend mindestens auf mittlerem Niveau („5“, „6“) berücksichtigt, DRV und SER-Träger schätzen die Berücksichtigung als überwiegend gegeben an („7“ bzw. „8“).

Nach Angaben verschiedener Träger sind besonders wichtige Regelungsgegenstände der GE die Definition der drei Phasen (§ 5 der GE) und das Übergabemanagement/Teilhabepanung (§§ 12, 13), aber auch die Anforderungen an den Leistungserbringer.

Schwierigkeiten bei der Umsetzung werden unterschiedlich bewertet. Teilweise (**DGUV**) werden hier z. B. die Zusammenarbeit mit den verschiedenen Akteuren, fehlende Angebote für Personen mit Migrationshintergrund (Kommunikationsschwierigkeiten) sowie Leistungserbringer in strukturschwachen Gebieten und Überprüfung der Qualitätsanforderungen der Leistungserbringer benannt. Das **Integrationsamt Baden-Württemberg** gibt an, dass es für den Übergang von Phase I zu Phase II keinen verbindlichen und einheitlichen Inklusionsplan gebe, das **LWL-Inklusionsamt** sieht Herausforderungen bei der Umsetzung der Planungsgespräche, das **Integrationsamt Sachsen-Anhalt** bei der Umsetzung der Teilhabepanung. Teilweise werden allerdings auch keine Schwierigkeiten bei der Umsetzung gesehen (**DRV Bund, SER-Träger Rheinland-Pfalz und Integrationsamt Hamburg**).

Zu den Schwerpunktfragen wird zusammenfassend wie folgt berichtet:

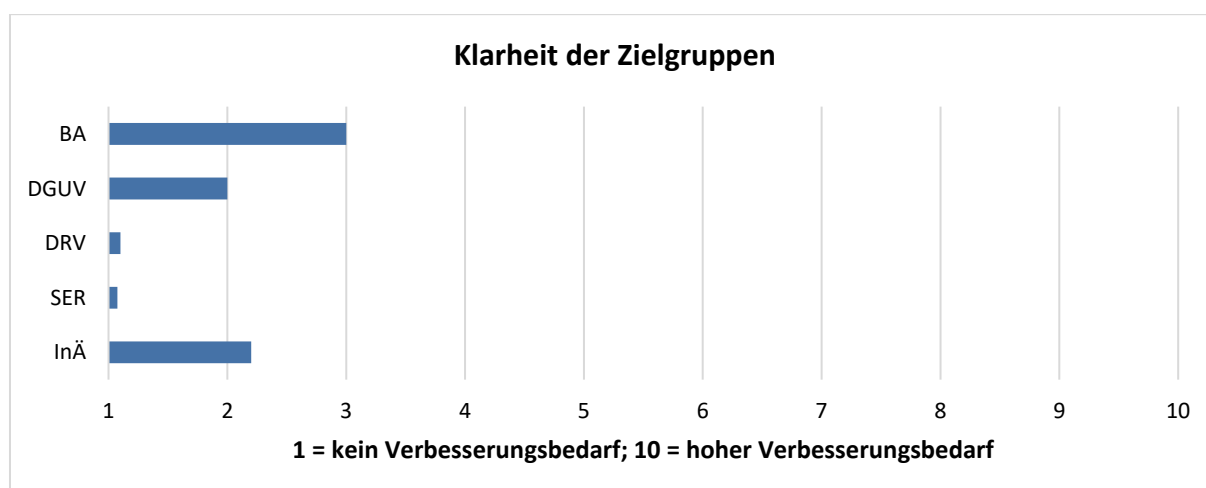
- trügerspezifische oder regionalen Konzepte bzw. Arbeitsanleitungen zur UB: Vor allem die BA entwickelt hier weitergehende Konzepte und Arbeitsanleitungen.
- trügerspezifische Qualitätsanforderungen bzgl. §§ 6 bis 10 der GE: entsprechende Anforderungen sind insbesondere im Bereich der BA weiter ausgestaltet. Teilweise wird z. B. auch auf langjährige Erfahrung aufgebaut (Integrationsamt Hamburg).
- Erfahrungen und Routinen bei der Teilhabepanung (§ 12 der GE): Die Erfahrungen sind unterschiedlich, Herausforderungen bilden unter anderem das Verhältnis zu den neuen gesetzlichen Vorschriften zur Teilhabepanung und der Aufwand bei der Umsetzung. Teilweise werden keine Schwierigkeiten gesehen.
- Umsetzung der Anforderungen an die Zusammenarbeit, insbesondere hinsichtlich Planungsgesprächen (vgl. § 13 Abs. 3 der GE): Die Anforderungen werden auf unterschiedlichen Wegen (z. B. auch telefonisch) und unter Einbindung weiterer Rahmenbedingungen (z. B. Reha-Management, regionale Vereinbarungen) umgesetzt.
- Erfahrungen mit dem Instrument Unterstützte Beschäftigung: Überwiegend bestehen positive Erfahrungen mit dem Instrument.
- Auswirkungen der Änderungen des SGB IX auf die GE: Überwiegend wird insbesondere hinsichtlich der Vorschriften zur Teilhabepanung Anpassungsbedarf gesehen.

Zu den Fragen für Leistungserbringer wird zusammenfassend wie folgt berichtet:

- Beteiligung Leistungserbringer bei der Entwicklung von Qualitätskriterien (§ 10 S. 2 der GE): Die BAG UB berichtet von einem intensiven Austausch im Rahmen eines eigenen darauf ausgerichteten Projekts.
- Noch nicht aufgegriffene Fragen oder Themen zur Unterstützten Beschäftigung: hier werden z. B. benannt: Arbeitsplatzsichernde Begleitung von nicht schwerbehinderten Menschen, Unterstützung durch die gesetzlichen Renten- und Unfallversicherungen, Persönliches Budget, Zuweisungen über 12 Monaten, wöchentliche Teilnahmestunden, personelle Anforderungen
- Kontinuität der Leistungserbringung im Fall des Zuständigkeitswechsels als Faktor bei Auftragsvergabe (§ 11 Abs. 1 S. 3 der GE): Hier wird u. a. von einem Preisverfall berichtet, der auch zu Lasten der Qualität gehen könne. Demgegenüber werden die Vorteile einer langfristigen Beauftrag mit Blick auf nachhaltige Integration unterstrichen.

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

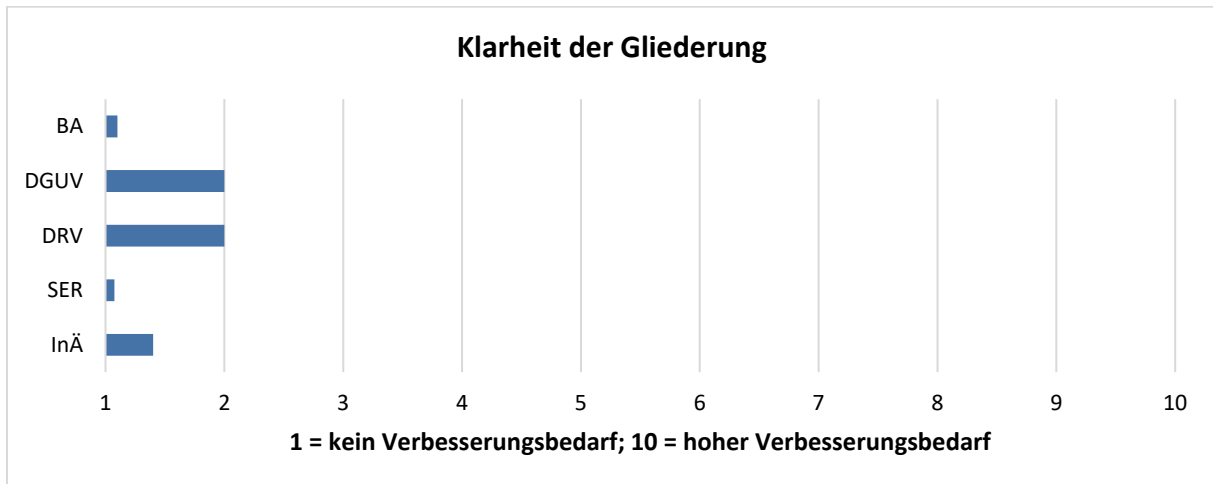
5.3.1.a.: Klarheit der Zielgruppen



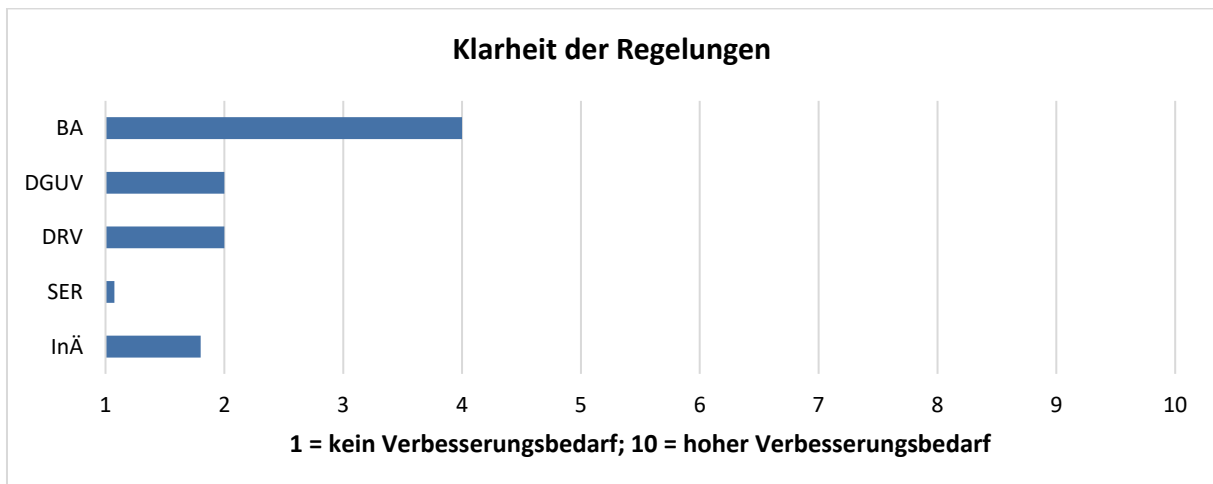
DRV Bund: Min.: 1, Max.: 4

Für die **BA** könnten die Aussagen zur Zielgruppe aufgrund der vorliegenden Erfahrungswerte ggfs. konkretisiert werden.

Das **Integrationsamt Baden-Württemberg** merkt an, dass die Formulierung „behinderte Menschen“ sehr pauschal sei und konkretisiert werden sollte. In den Vergabeunterlagen der BA werde das auf die Zielgruppe „geistige oder Lernbehinderung und psychische Behinderung“ eingeschränkt. Weiter sollte die schulische Phase (weitgehend) abgeschlossen sein.

5.3.1.b.: Klarheit der Gliederung

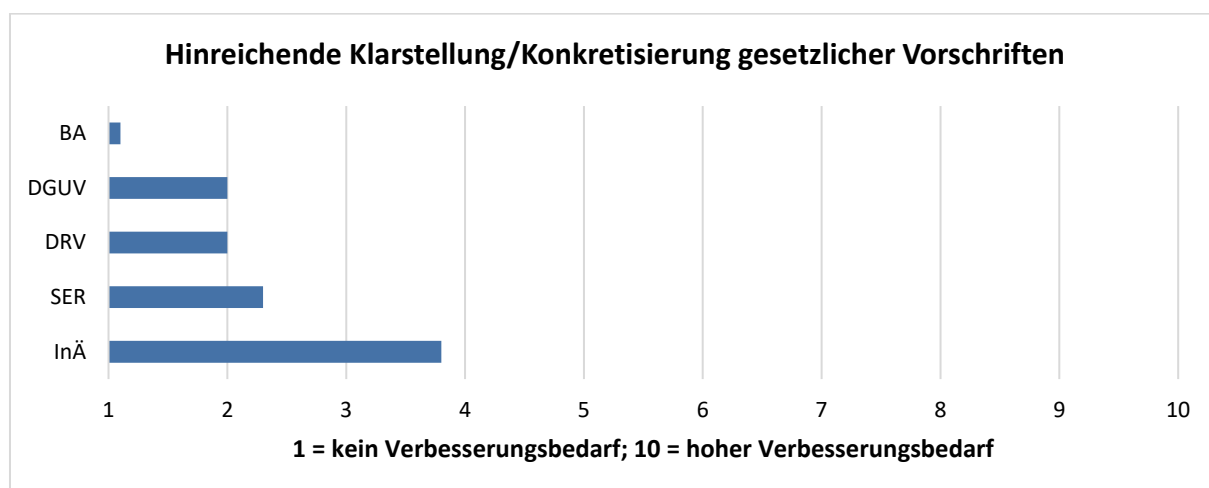
DRV Bund: Min.: 1, Max.: 6

5.3.1.c.: Klarheit der Regelungen

DRV Bund: Min.: 1, Max.: 6

Aus Sicht der **BA** bedarf es einer Überarbeitung aufgrund des Bundesteilhabegesetzes. Neben Paragrafenangaben seien auch Dokumentenverweise, z. B. in § 12 (1) Teilhabeplan – Verweis auf die GE Reha-Prozess – zu aktualisieren. Zusätzlich seien die Auswirkungen aufgrund veränderter rechtlicher Rahmenbedingungen (Teilhabeplanverfahren) zu prüfen.

5.3.1.d.: Hinreichende Klarstellung / Konkretisierung gesetzlicher Vorschriften



DRV Bund: Min.: 1, Max.: 10

Der **SER-Träger Rheinland-Pfalz** benennt hier die Neufassung des § 14 der GE zur Datenschutzgrundverordnung als Ansatzpunkt für Verbesserungen. Vom **Integrationsamt Baden-Württemberg** wird darauf hingewiesen, dass die Änderungen in der Paragraphierung durch das BTHG in der GE direkt aufgenommen und nicht nur im Beiblatt aufgeführt werden sollten. Auch das **Integrationsamt Hamburg** weist darauf hin, dass die gesetzlichen Neuerungen nicht angepasst worden seien. Das **Integrationsamt Sachsen-Anhalt** teilt mit, dass die Voraussetzungen der Stellenakquise laut GE eine bestimmte Berufsgruppenauswahl und 2 Jahre Berufserfahrung vorsähen. Ob diese Voraussetzungen zukünftig einzuhalten seien, sei fraglich. Es wird angeregt die relevanten Berufsgruppen etwas zu erweitern.

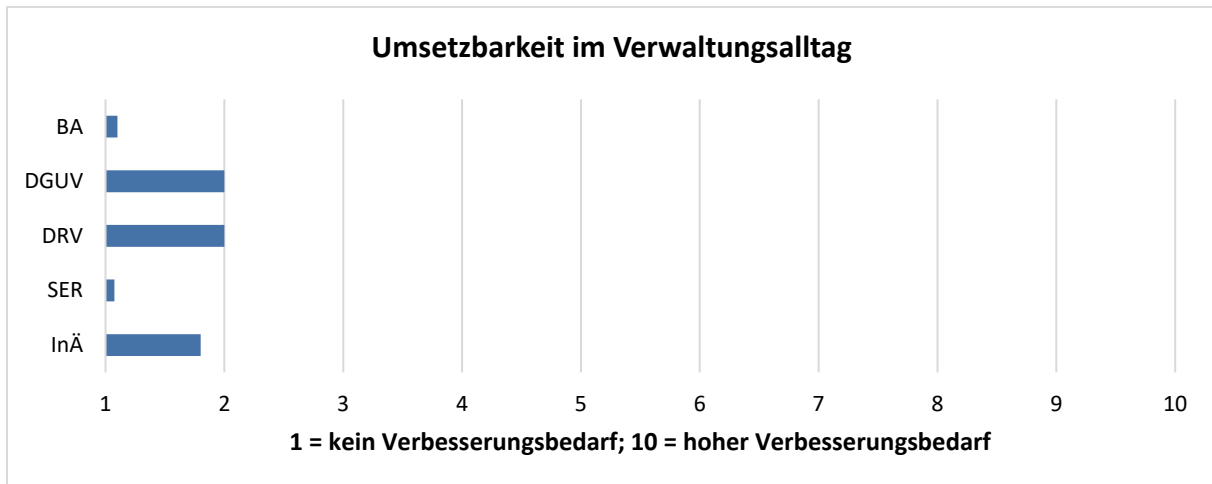
5.3.1.e.: Geeignete Vereinbarungen zur Zusammenarbeit bei Umsetzung des Gesetzes



Der Begriff „Teilhabeplan“ sollte laut **Integrationsamt Baden-Württemberg** im Zusammenhang mit dem Teilhabeplanverfahren nach BTHG geprüft werden. Das **Integrationsamt Sachsen-Anhalt** berichtet, dass eine Fortschreibung der Teilhabeplanung ein verbindliches Instrument einer durchgehenden Leistungserbringung sei. In der individuellen Berufsbegleitung sei eine Auftragsklärung mit Ziel, Dauer, Art und Beteiligten entsprechend des Anlasses notwendig. Die Übergabe der Teilhabeplanung von Leistungsträger zu Leistungsträger als

Voraussetzung einer Fortschreibung des Teilhabeplans, folgend der Einhaltung der Verfahrens- und Ergebnisqualität für den jeweiligen behinderten Menschen in der UB, sei in Sachsen-Anhalt noch entwicklungsfähig.

5.3.1.f: Umsetzbarkeit im Verwaltungsalltag

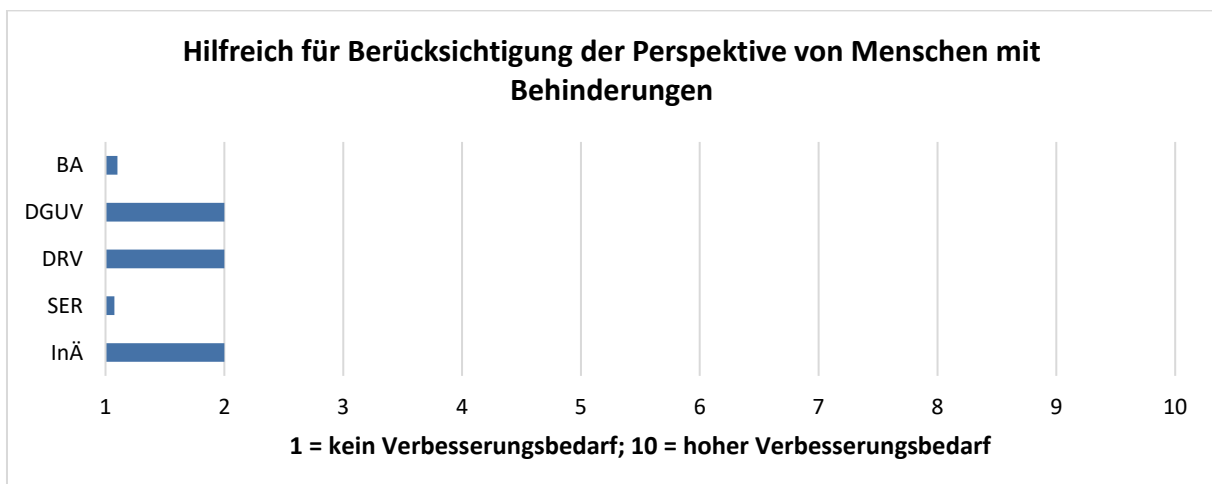


DRV Bund: Min.: 1, Max.: 5

Die **DGUV** teilt mit, dass die GE, wie das Instrument der UB selbst, leider immer noch nicht ausreichend bekannt sei. Es fehlen Aussagen zur Umsetzung der Qualitätsprüfung.

Laut **Integrationsamt Sachsen-Anhalt** ist in der Berufsbegleitung ein Richtwert der Relation von Fachkräften zu Menschen mit Behinderungen als Empfehlung wünschenswert.

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



DRV Bund: Min.: 1, Max.: 6

5.3.1.h: Weitere Ansatzpunkte für Verbesserungen

Die **BA** regt an die Erfahrungen aus den BAG-UB Projekten zu berücksichtigen, z. B. im Hinblick auf die Zusammenarbeit der Akteure und Hinweise auf optionale Arbeitsmittel. Zudem sollten sinnvolle Verknüpfungsmöglichkeiten zu anderen GE (z. B. GE Reha-Prozess oder GE IFD) geprüft werden.

Die **DGUV** empfiehlt folgende Überprüfungen/Verbesserungen:

- § 4 Absatz 3 der GE: Zeitvorgaben (Einstiegsphase) bei komplexen Fällen sinnvoll?
- § 4 Absatz 7 der GE: Warum sind ganztägige Projekttag erforderlich (1x pro Woche)?
- § 6 GE Abs. 1 der GE „andere Träger“ beispielhaft auführen

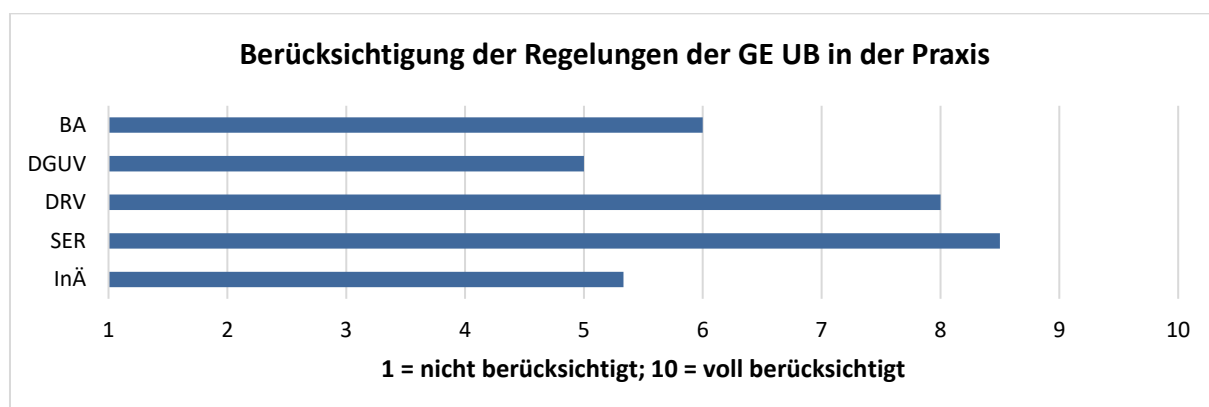
Die **DRV Bund** regt eine Überarbeitung im Sinne des BTHG an. Sie weist zudem darauf hin, dass das ausgedruckte Exemplar nicht barrierefrei sei, da die Schrift sehr klein sei.

Der **SER-Träger Rheinland-Pfalz** verweist auf die Antwort zu Frage 1d).

Das **LWL-Inklusionsamt** sieht Verbesserungsbedarf bei der Anpassung an die neuen gesetzlichen Grundlagen.

5.3.2. Wie bewerten Sie die Umsetzung dieser GE?

5.3.2.a: Berücksichtigung der Regelungen in der Praxis



DRV Bund: Min.: 4, Max.: 10

5.3.2.b: Besonders wichtige Regelungsgegenstände

Die **BA** sieht die Beschreibung der Leistungsinhalte (insbesondere die Definition der drei Phasen) und die Qualitätsanforderungen (insbesondere §§ 3, 4, 7, 8 der GE) sowie die Regelungen zum Übergabemanagement zwischen verschiedenen Trägern (§ 12 der GE) und die Beschreibung der Anforderungen der Zusammenarbeit der Akteure (§ 13 der GE) als besonders wichtige Regelungsgegenstände an.

Für die **DGUV** sind folgende Regelungsgegenstände besonders wichtig:

- 3 Phasen: Einstiegs-, Qualifizierungs- und Stabilisierungsphasen
- Leistungsinhalte InbeQ, Berufsbegleitung
- Teilhabeplan
- Qualitätsanforderungen
- Regelungen zur Erarbeitung eines Fähigkeitsprofils

Die **DRV Bund** teilt mit, dass alle Regelungsgegenstände der GE als wichtig eingeschätzt würden.

Einen besonders wichtigen Regelungsgegenstand sieht der **KOF-Träger Thüringen** bei der Realisierung von Aktivitäten nach Ende einer Leistung in Sinne des § 85 Abs. 5 GE Reha-Prozess.

Für den **SER-Träger Rheinland-Pfalz** sind Ziele und Leistungsinhalte sowie Qualitätsanforderungen an den Leistungserbringer besonders wichtige Regelungsgegenstände. Besonders wichtige Regelungen sind für das **Integrationsamt Baden-Württemberg** der Übergang aus der InBeQ zur Berufsbegleitung und die Standards hierzu. Die Durchführung von Projekttagen wird als besonders wichtige Regelung vom **Integrationsamt Hamburg** genannt. Das **LWL-Inklusionsamt** nennt § 5 der GE (Leistungsinhalte der Berufsbegleitung), § 12 der GE (Teilhabeplan) und § 13 der GE (Anforderung an die Zusammenarbeit verschiedener Akteure) als besonders wichtige Regelungen.

5.3.2.c Schwierigkeiten bei der Umsetzung

Laut **DGUV** fehlten Angebote für Personen mit Migrationshintergrund (Kommunikationsschwierigkeiten) sowie Leistungserbringer in strukturschwachen Gebieten. Auch bei der Überprüfung der Qualitätsanforderungen der Leistungserbringer würden Schwierigkeiten gesehen.

Schwierigkeiten bei der Umsetzung wurden von der **DRV Bund** nicht gemeldet.

Als Schwierigkeit wird vom **Integrationsamt Baden-Württemberg** benannt, dass es für den Übergang von Phase I zu Phase II keinen verbindlichen und einheitlichen Inklusionsplan gebe. Dieser müsse bereits vom Träger der InBeQ für die weitere Bedarfserhebung nach einem einheitlichen Muster bereitgestellt werden. Für das **Integrationsamt Hamburg** und den **SER-Träger Rheinland-Pfalz** gibt es keine Schwierigkeiten bei der Umsetzung. Dagegen sieht das **LWL-Inklusionsamt** Schwierigkeiten in der kontinuierlichen Umsetzung der Planungsgespräche. Das **Integrationsamt Sachsen-Anhalt** verweist auf die Antwort zu 1e).

5.3.3. Schwerpunktfragen

5.3.3.1. *Welche trägerspezifischen oder regionalen Konzepte bzw. Arbeitsanleitungen zur Unterstützten Beschäftigung wurden seit der Verabschiedung der GE 2010 entwickelt? Bitte nennen Sie Beispiele.*

Die **BA** benennt fachliche Weisungen der BA zu § 55 SGB IX, Produktbeschreibung (Kurzinfo), Leistungsbeschreibung bzw. Vergabeunterlagen insgesamt für die Maßnahme, regionale Verwaltungsabsprachen/Rahmenvereinbarungen.

Laut **DGUV** wurden keine trägerübergreifenden Vereinbarungen geschlossen. Einzelne Träger hätten Konzepte in Zusammenarbeit mit Bildungsträgern und anderen Anbietern entwickelt.

Die **DRV Bund** benennt als ein Beispiel für verschiedene entsprechende Aktivitäten, dass die GE als Anlage in die gemeinsamen rechtlichen Anweisungen (GRA) der Deutschen Rentenversicherung integriert worden sei.

Der **KOF-Träger Niedersachsen** weist darauf hin, dass Konzepte/Arbeitsanleitungen von ihnen nicht entwickelt werden, sondern von der BA. Der **SER-Träger Rheinland-Pfalz** benennt die Erstellung eines Konzepts zum Teilhabeplanverfahren.

Das **Integrationsamt Hamburg** teilt mit, dass eine Vereinbarung zur Zusammenarbeit mit der Agentur für Arbeit geschlossen worden sei.

5.3.3.2. Inwieweit wurden für die Feststellung der erforderlichen Leistungsfähigkeit eines Leistungserbringers, die in §§ 6 bis 10 der GE formulierten Qualitätsanforderungen trägerspezifisch ausgestaltet?

Die **BA** erläutert, dass die Leistungserbringer für die Zusammenarbeit mit der BA einer Trägerzulassung (AZAV-Zertifizierung) bedürften. Die Maßnahme werde im Rahmen des Vergabeverfahrens beschafft. Die Leistungsbeschreibungen enthielten detaillierte Aussagen u. a. zu Anforderungen an die Leistungserbringer. Die Leistungsbeschreibungen würden regelmäßig weiterentwickelt. Die Erkenntnisse aus den Projekten der BAG UB (BMAS-Förderung) zur Optimierung der Qualitätsanforderungen seien dementsprechend in den Leistungsbeschreibungen der BA bereits berücksichtigt

Die **DGUV** teilt mit, dass nur ein Träger die Entwicklung individueller Maßnahmen mit Leistungserbringern gemeldet habe.

Aufgrund der geringen Fallzahlen nutzt die Deutsche Rentenversicherung laut **DRV Bund** fast ausschließlich die Angebote der Bundesagentur für Arbeit.

Von keinen trägerspezifischen Ausgestaltungen berichtet der **KOF-Träger Niedersachsen**.

Das **Integrationsamt Hamburg** berichtet, dass es bisher keinen Trägerwechsel gegeben habe, daher gebe es in diesem Bereich langjährig tätiges qualifiziertes Personal. In den Gesprächen vor Ort habe es sowohl von den schwerbehinderten Arbeitnehmern als auch von den Arbeitgebern positive Rückmeldungen gegeben.

5.3.3.3. Wie sind Ihre Erfahrungen und Routinen bei der Erstellung eines Teilhabeplans nach § 12 der GE, insbesondere unter Berücksichtigung der Neuregelungen im SGB IX und der GE Reha-Prozess?

Die **BA** teilt mit, dass der Teilhabeplan im Sinne der GE und die Teilhabeplanung auf Basis der aktuellen gesetzlichen Grundlagen im SGB IX nicht identisch seien. Die Zielsetzung beider Instrumente, eine rechtzeitige Vernetzung der beteiligten Akteure (insbesondere Träger) sicherzustellen, werde positiv beurteilt. Dies sei notwendig, um eine reibungslose Leistungsgewährung insbesondere beim Wechsel von Verantwortlichkeiten zu gewährleisten. Es liefe gut, wenn die Prozesse und Verantwortlichkeiten in den Regionen transparent seien. Die adressatengerechte Formulierung stelle teilweise eine Herausforderung dar.

Die **DGUV** berichtet, dass wegen der umfassenden Leistungserbringung der UV oft die UV-Reha und Teilhabe-Pläne ausreichen.

Der **DRV Bund** wurden vor dem Hintergrund der geringen Fallzahlen keine negativen Erfahrungen gemeldet.

Als sehr aufwändig beurteilt dies der **KOF-Träger Niedersachsen**. Der **SER-Träger Rheinland-Pfalz** weist auf das Konzept zum Teilhabeplanverfahren hin.

Laut **Integrationsamt Hamburg** werden Teilhabepläne dem Integrationsamt von den Reha-Trägern bei Übergang ins Arbeitsverhältnis nicht übermittelt und von daher auch nicht fortgeschrieben.

5.3.3.4. In welcher Weise werden die Anforderungen an die Zusammenarbeit insbesondere im Hinblick auf die durchzuführenden Planungsgespräche zu Beginn der Stabilisierungsphase (vgl. § 13 Abs. 3 der GE) umgesetzt?

Die **BA** berichtet, die Umsetzung erfolge teilweise unter Berücksichtigung regionaler Gegebenheiten. Existierten regionale Verwaltungsabsprachen/ Rahmenvereinbarungen, so fänden die dort vereinbarten Prozesse Anwendung.

Für die **DGUV** werden die Anforderungen im Rahmen des Reha-Managements der UV-Träger umgesetzt: Kontakt Versicherte/r, Arbeitgeber, Leistungserbringer und andere.

Laut **DRV Bund** werden die Planungsgespräche im Rahmen des § 13 Abs. 3 der GE umgesetzt. Für die Deutsche Rentenversicherung ergäben sich jedoch aufgrund der geringen Anzahl der Fälle keine Routinen.

Der **KOF-Träger Niedersachsen** setzt dies telefonisch um.

Das **Integrationsamt Hamburg** teilt mit, dass ein „Planungsgespräch“ (Teilnehmer: schwerbehinderter Mensch, Arbeitgeber, Vertreter des Leistungserbringers und Integrationsamtes) in Hamburg erst kurz nach Aufnahme eines sozialversicherungspflichtigen Arbeitsverhältnisses geführt und vom Integrationsamt initiiert werde. Dies entspreche einer Vereinbarung mit der Agentur für Arbeit. Der Leistungsträger der InbeQ berufe sich auf zu geringe Personalressourcen und nähme nur in besonderen Fällen an dem Planungsgespräch teil. Bisher habe die Abwesenheit nicht zu Problemen geführt.

5.3.3.5. Wie beurteilen Sie die Erfahrungen mit dem Instrument Unterstützte Beschäftigung vor dem Hintergrund der in der GE formulierten Anforderungen?

Die **BA** teilt mit, dass die Unterstützte Beschäftigung als wirksames, erfolgreiches und praxisgerechtes Instrument empfunden werde. Durch die UB könnten Erfolge zur dauerhaften Integration erzielt werden. Insbesondere die individuelle Platzierung und Anleitung am Arbeitsplatz sichere die Integrationschancen. Der Erfolg der UB stehe in Abhängigkeit zur Qualität und fachlichen Kompetenz des Leistungserbringers. Die Aufklärung der Arbeitgeber und Netzwerkarbeit durch den Leistungserbringer seien maßgebliche Gelingens-Faktoren.

Für die **DGUV** bestehen aufgrund der Vielzahl individueller Lösungsansätze, die auch anstelle der Unterstützten Beschäftigung erbracht werden können, nur sehr geringe Erfahrungswerte.

Der **DRV Bund** wurden von den Rentenversicherungsträgern keine negativen Erfahrungen gemeldet.

Der **KOF-Träger Niedersachsen** beurteilt die Erfahrungen mit der Unterstützten Beschäftigung positiv.

Aus Sicht des **Integrationsamts Hamburg** ist die „Unterstützte Beschäftigung“ ein sehr gutes Instrument.

5.3.3.6. Welche Auswirkungen haben die 2018 in Kraft getretenen Änderungen des SGB IX durch das BTHG auf eine Weiterentwicklung GE?

Für die **BA** besteht Aktualisierungsbedarf bei den Rechtsgrundlagen. Eine trägerübergreifende Abstimmung zur Anwendung des Teilhabeplanverfahrens solle im Rahmen der Aktualisierung der GE erfolgen.

Die **DGUV** teilt mit, § 12 der GE sei entsprechend der GE „Reha-Prozess“ anzupassen (Teilhabeplan).

Laut **DRV Bund** kann dies aufgrund der geringen Fallzahlen nicht differenziert beantwortet werden.

Der **KOF-Träger Niedersachsen** sieht bisher keine Auswirkungen.

Eine Anpassung der Paragraphen regt das **Integrationsamt Hamburg** an.

Ergänzende Angaben aus den Rückmeldungen der Träger

Der **SER-Träger Sachsen** teilt mit, dass man sich bei der Bedarfsermittlung und Leistungsausgestaltung einer individuellen betrieblichen Qualifizierung im Einzelfall auf die Erfahrungen der Agentur für Arbeit stütze. Die GE „Unterstützte Beschäftigung“ habe im Berichtszeitraum für das SER keine praktische Bedeutung gehabt, sodass die Fragen nicht beantwortet würden.

5.3.4. Ergänzungsfragen für Leistungserbringer

Für die Ergänzungsfragen der GE „Unterstützte Beschäftigung“ wurde die BAG UB gebeten, die nachfolgenden Fragen zu beantworten.

5.3.4.1. Inwieweit wurden nach Ihrer Kenntnis Leistungserbringer bei der Entwicklung von Qualitätskriterien beteiligt (§ 10 S. 2 der GE)?

Die **BAG UB** teilt mit, im Projekt „Unterstützte Beschäftigung – Nachhaltigkeit und Qualitätssicherung der Teilhabe am Arbeitsleben“ der BAG UB sei ein Expertenkreis unter Beteiligung von Leistungserbringern und Leistungsträgern zur Weiterentwicklung der Qualität der Unterstützten Beschäftigung eingerichtet worden. Ziel sei es gewesen im direkten Austausch mit Vertreter/innen von Leistungsträgern und Leistungserbringern Standards der Maßnahme zu besprechen und die Qualität der Umsetzung der Unterstützten Beschäftigung zu verbessern. Hierbei seien kontinuierlich Rückmeldungen aus der Praxis eingebracht worden. Ein Fokus des Expertenkreises habe auch auf der Schaffung von praxisnahen Verfahren zur Qualitätssicherung und Dokumentation gelegen. Als Folge des Austauschs seien von der Bundesagentur für Arbeit (BA) verschiedene Veränderungen in der Leistungsbeschreibung der Maßnahme InbeQ vorgenommen worden, die Verbesserungen für die Umsetzung der Unterstützten Beschäftigung und ihres personenzentrierten Ansatzes ermöglichten. Nach Projektende im Februar 2019 werde dieser Austausch zum einen anlassbezogen im direkten Kontakt (E-Mail / Telefon) und zum anderen in einem jährlichen Treffen zwischen BAG UB und BA in Nürnberg fortgeführt.

5.3.4.2. Gibt es Fragen oder Themen zur Unterstützten Beschäftigung, die aus Ihrer Sicht noch nicht oder noch nicht ausreichend in der GE aufgegriffen sind?

Die **BAG UB** teilt folgende Themen mit:

- Arbeitsplatzsichernde Begleitung von behinderten Menschen ohne anerkannte Schwerbehinderung (z. B. IFD auf Rechtsgrundlage von § 49 Abs. 6 S. 2 Nr. 9 SGB IX i. V. m. § 192 Abs. 4 SGB IX beauftragen) // Art. 27 e UN-Behindertenrechtskonvention sehe die Unterstützung von Menschen mit Behinderung nicht nur bei der Arbeitssuche, sondern auch beim Erhalt eines Arbeitsplatzes vor (also auch unabhängig von einer anerkannten Schwerbehinderung).
- Die Möglichkeit einer Unterstützung von Versicherten der gesetzlichen Renten- und Unfallversicherungen zur Erlangung eines sozialversicherungspflichtigen Arbeitsverhältnisses durch eine Unterstützte Beschäftigung nach § 55 Abs. 2 SGB IX (InbeQ) solle stärker in die Beratung und Leistungsgewährung dieser Leistungsträger miteinbezogen werden. Deshalb müssten die entsprechenden Rehaberater/innen über die Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben informiert sein.
- Befafragungen als Persönliches Budget würden erfahrungsgemäß nur in wenigen Agenturbezirken vorgenommen. Es sei aber insbesondere deshalb bedeutend, um das Wunsch- und Wahlrecht der Klienten/Klientinnen zu respektieren sowie allen Antragstellenden auch außerhalb der über die Ausschreibung zur Verfügung gestellten Plätze den Zugang zur Unterstützten Beschäftigung zu gewähren.
- Die von Integrationsämtern in einigen Bundesländern eingeführten Standards der regelmäßigen Nachfrage nach dem Stand der Arbeitsverhältnisse (z. B. halbjährlicher Anruf im Betrieb) hätten sich in der Praxis bewährt. Dies sei nach Rückmeldungen von IFD-Mitarbeiter/-innen aus den entsprechenden Ländern ein Erfolgskriterium und sei zudem ins Qualitätsmanagementsystem (3in) aufgenommen worden und könne für die GE UB übernommen werden.
- Information darüber, dass eine InbeQ ggf. erneut beauftragt/durchgeführt werden kann: Leistungsträger entschieden bei einer Reha-Antragsstellung über ihre eigene Zuständigkeit (§ 14 Abs. 1 SGB IX) sowie über den aktuellen individuellen Reha-Bedarf (§ 14 Abs. 2 SGB IX i.V.m. § 19 SGB III). Dabei sei nicht zu prüfen, ob für die Person in der Vergangenheit bereits Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben beauftragt würden. Außerdem sei ein in der Vergangenheit beendeter Reha-Bedarf kein Indikator dafür, dass keine Barrieren für die Teilhabe am allgemeinen Arbeitsmarkt für den Rest des Arbeitslebens bestünden.
- Zahlreiche Rückmeldungen zeigten, dass manche Arbeitsagenturen generell nur Zuweisungen über 12 Monaten (in Einzelfällen sogar nur 6 Monate) bewilligten und dann ggf. verlängerten. Das löse bei Teilnehmenden, Fachkräften und teilweise auch den Betrieben eine Verunsicherung aus, die einen unnötigen Stress in Richtung einer schnellen Vermittlung verursache und ggf. auf Kosten einer individuell nötigen Qualifizierung im Betrieb gehe. Die generelle Zuweisungsdauer von 24 Monaten solle in der GE hervorgehoben werden.
- Rückmeldungen zeigten, dass die Information, wer als Leistungserbringer die InbeQ durchführt, häufig nicht beim Leistungsträger der Berufsbegleitung ankomme. Dies sei für den Übergang von der InbeQ in ein Arbeitsverhältnis jedoch wichtig. Bestehe kein Kontakt zwischen dem InbeQ-Leistungserbringer und dem Leistungsträger der

Berufsbegleitung, dann würden i. d. R. keine langfristigen finanziellen Unterstützungen an den Arbeitgeber vom Integrationsamt gezahlt und eine Berufsbegleitung werde häufig nicht angeregt. Und dies liege dann nicht an individuellen Bedarfen des TN, sondern an einer strukturellen Lücke. Erkenntnisse der Evaluation zeigten, dass durch Berufsbegleitung unterstützte Arbeitsverhältnisse von ehemaligen InbeQ-TN stabiler seien als Arbeitsverhältnisse ohne Berufsbegleitung. Ohne den Leistungserbringer der InbeQ aus der Pflicht zu nehmen, könne in der GE aber auch angeregt werden, dass diese Informationen direkt zwischen den Leistungsträgern der InbeQ und der Berufsbegleitung ausgetauscht werden solle.

- Gemäß der fachlichen Weisung der Bundesagentur für Arbeit zu § 55 SGB IX (vom 01.01.2020) kann bei einem individuellen Bedarf nach Leistungen aus § 57 SGB IX auch eine Förderung mit dem Budget für Ausbildung in Betracht kommen. Allerdings komme je nach Beurteilung des individuellen Leistungsvermögens auch der Übergang in andere geeignete, weiterführende Reha-Maßnahmen in Betracht.

Die BAG UB weist zudem daraufhin, dass sich seit Veröffentlichung der GE am 01.12.2010 verschiedene Veränderungen ergeben hätten, der Inhalt der GE müsse entsprechend angepasst werden. Folgende Beispiele werden genannt:

- Praktika sollten als betriebliche Qualifizierung bezeichnet werden (§ 4 Abs. 4, § 8 Abs. 3 Nr. 3 der GE)
- Anpassung der wöchentlichen Teilnahmestunden (§ 4 Abs. 6 der GE) auf bis zu 15 Stunden
- Anpassung der personellen Anforderungen (§ 7 Abs. 2 der GE) entsprechend der Leistungsbeschreibung B.2.4.2
- Veränderung des Teilhabeplanverfahrens (§ 12 der GE).

5.3.4.3. Inwieweit ist in Ihrer Praxis bei der Auftragsvergabe die Kontinuität der Leistungserbringung im Fall des Zuständigkeitswechsels ein bestimmender Faktor (§ 11 Abs. 1 S. 3 der GE)?

Aus Sicht der BAG UB würde eine langfristige Beauftragung von Leistungserbringern mit der Maßnahme InbeQ zur Folge haben, dass sich Anbieterstrukturen herausbilden können, die die Vermittlung von Klienten/Klientinnen auf den allgemeinen Arbeitsmarkt (steigende Arbeitserfahrung beim Personal, Vernetzung des Fachdienstes in der Region) sowie die Zusammenarbeit mit den Leistungsträgern (gerade auch im Übergang zur Berufsbegleitung/Arbeitsplatzsicherung) nachhaltig positiv beeinflussen würden.

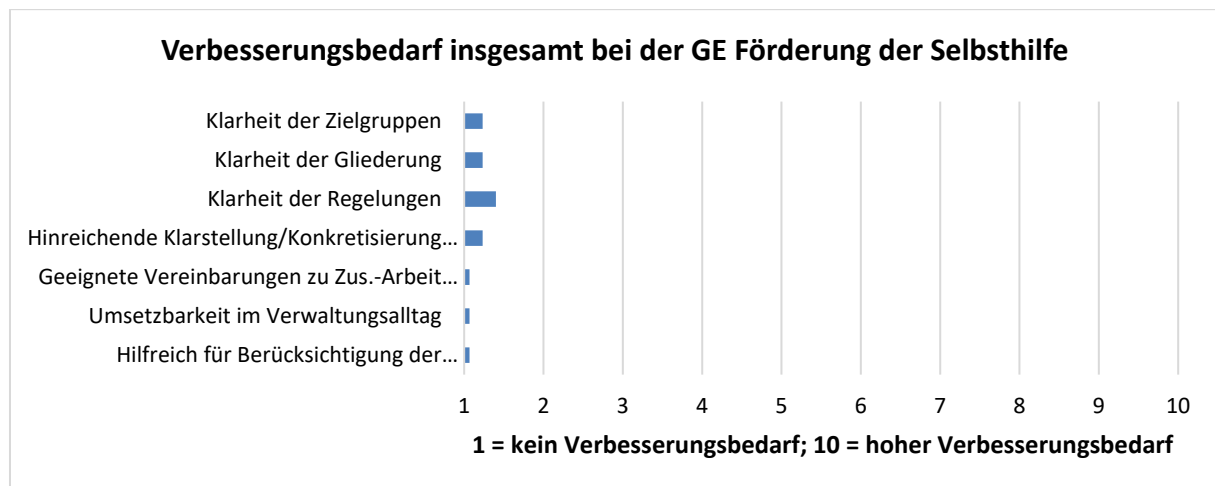
Rückmeldungen aus dem Bereich der SER-Träger zu den Ergänzungsfragen

Der **LWL als KOF-Träger** teilt mit, dass zu Frage 1 keine Erfahrungen und zu den Fragen 2 und 3 nur sehr geringe Fallzahlen bestünden und mithin keine Antworten möglich seien. Der **SER-Träger Sachsen** weist darauf hin, dass sich das Soziale Entschädigungsrecht (SER) bei der Bedarfsermittlung und Leistungsausgestaltung einer individuellen betrieblichen Qualifizierung im Einzelfall auf die Erfahrungen der Agentur für Arbeit stütze. Die GE habe im Berichtszeitraum für das SER keine praktische Bedeutung.

6. Kompakte Berichte zu Erfahrungen mit den Gemeinsamen Empfehlungen

6.1. Gemeinsame Empfehlung „Förderung der Selbsthilfe“ gemäß § 26 Abs. 2 Nr. 6 SGB IX

Überblick:



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

Zu den Fragen 1 a bis 1g:

Bei den Rückmeldungen wird von **GKV, BA, DGUV, DRV Bund, SER** und **Integrationsämtern** kein bis wenig Verbesserungsbedarf (Max.: „2“) gesehen. Im Folgenden werden nur diejenigen Rückmeldungen aufgeführt, die überhaupt wenig Verbesserungsbedarf zurückgemeldet haben. Auf Grafiken wird verzichtet.

Die **DGUV** sieht wenig Verbesserungsbedarf bei der Klarheit der Zielgruppen (Frage 1a) und der Klarheit der Gliederung (Frage 1b). Die **DRV Bund** nennt hier Maximalwerte von „3“ (Frage 1a) und „2“ (Frage 1b).

Wenig Verbesserungsbedarf wird von der **GKV** und **DGUV** bei der Klarheit der Regelungen der GE (Frage 1c) gesehen. Bei der **DRV Bund** ergibt sich bei dieser Frage ein uneinheitliches Bild und eine Streuung von Min.: „1“ und Max.: „8“.

Bei der hinreichenden Klarstellung und Konkretisierungen gesetzlicher Vorschriften (Frage 1d) sieht die **DGUV** wenig Verbesserungsbedarf (DRV Bund Min.: „1“, Max.: „3“).

Die **GKV** sieht wenig Verbesserungsbedarf bei geeigneten Vereinbarungen zur Zusammenarbeit bei der Umsetzung gesetzlicher Vorschriften (Frage 1e), der Umsetzbarkeit der GE-Regelungen in den Verwaltungsalltag (Frage 1f) und der Berücksichtigung der Perspektive von Menschen mit Behinderungen (Frage 1g). Die **DRV Bund** nennt hier Maximalwerte von „3“ (Frage 1 e und 1g) und „4“ (Frage 1f).

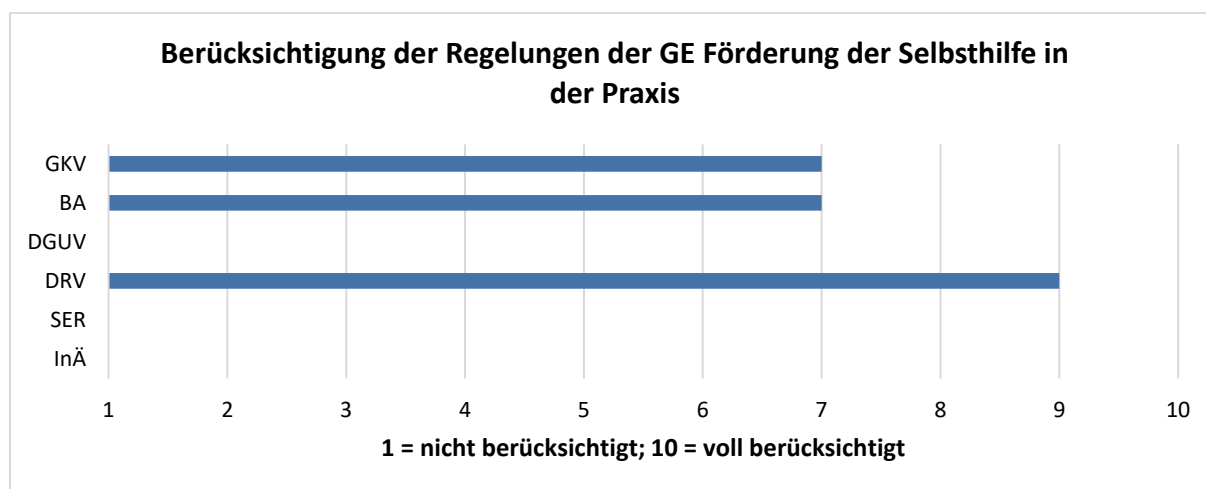
Die **DGUV** teilt mit, dass die Fragen 1e) bis 1g) für die Unfallversicherung entfallen, weil die Unfallversicherung, anders als andere Reha-Träger, die Selbsthilfe nicht institutionell, sondern nur im Rahmen der Reha und Teilhabe ihrer Versicherten – also Einzelfall bezogen – fördern kann.

6.1.1.h: Weitere Ansatzpunkte für Verbesserungen

Die **GKV** teilt mit, dass die GE die anzuwendenden Rechtsgrundlagen nachvollziehbar aufzeige und u. a. Transparenz bei der Förderung herstelle, 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.

6.1.2. Wie bewerten Sie die Umsetzung dieser GE?

6.1.2.a: Berücksichtigung der Regelungen in der Praxis



DRV Bund: Min.: 7, Max.: 10

6.1.2.b: Besonders wichtige Regelungsgegenstände

Für die **GKV** sind § 1 (Rechtsgrundlagen) als Grundlage für weitere Regelungen der einzelnen Sozialleistungsträger, § 4 (Formen und Inhalte der Förderung), § 5 (Umfang der Förderung) und § 6 (Förderverfahren) besonders wichtig.

Die **BA** nennt § 4 (Formen und Inhalte der Förderung), hier die ideelle Unterstützung der Selbsthilfe im Rahmen der Netzwerkarbeit (die BA könne hier nur ideell unterstützen), und § 6 (Förderverfahren) – Einrichtung von Arbeitskreisen der verschiedenen Rehabilitationsträger auf verschiedenen Ebenen – als besonders wichtige Regelungen.

Die Regelungen zu den Rechtsgrundlagen der Träger (§ 1) und die Voraussetzungen der Förderung (§ 3) werden laut **DRV Bund** als wichtig erachtet. Sie weist zudem darauf hin, dass vereinzelt die Ausführungen zu § 2 (Empfänger der Förderung) und § 4 (Inhalte und Formen) benannt würden.

Die **DGUV** teilt mit, dass die Fragen 2b) und 2c) für die Unfallversicherung entfielen, weil die Unfallversicherung, anders als andere Reha-Träger, die Selbsthilfe nicht institutionell, sondern nur im Rahmen der Reha und Teilhabe ihrer Versicherten – also Einzelfall bezogen – fördern kann.

Laut den **SER-Trägern Mecklenburg-Vorpommern** kann dies nicht beurteilt werden. Der **KOV-Träger Mecklenburg-Vorpommern** weist darauf hin, dass eine entsprechende Leistungserbringung gemäß § 18 c Abs. 1 S. 3 BVG durch die Krankenkassen erfolge. Dem **LWL**

als **KOF-Träger** sind keine Fälle aus der Praxis bekannt. Der **KOF-Träger Thüringen** weist darauf hin, dass es keine Anwendung der GE gebe und auf Selbsthilfegruppen, Selbsthilfekontaktstellen nicht verwiesen werde.

Das **Integrationsamt Hamburg** teilt mit, dass diese GE in den Integrationsämtern keine Anwendung finde, da Selbsthilfegruppen nicht aus Mitteln der Ausgleichsabgabe finanziert würden. Vom **LWL-Inklusionsamt** erfolgt keine Stellungnahme. Das Inklusionsamt arbeite intensiv mit der Selbsthilfe zusammen. Eine finanzielle Förderung sei nicht vereinbart. Die GE entfalte keine Wirkung.

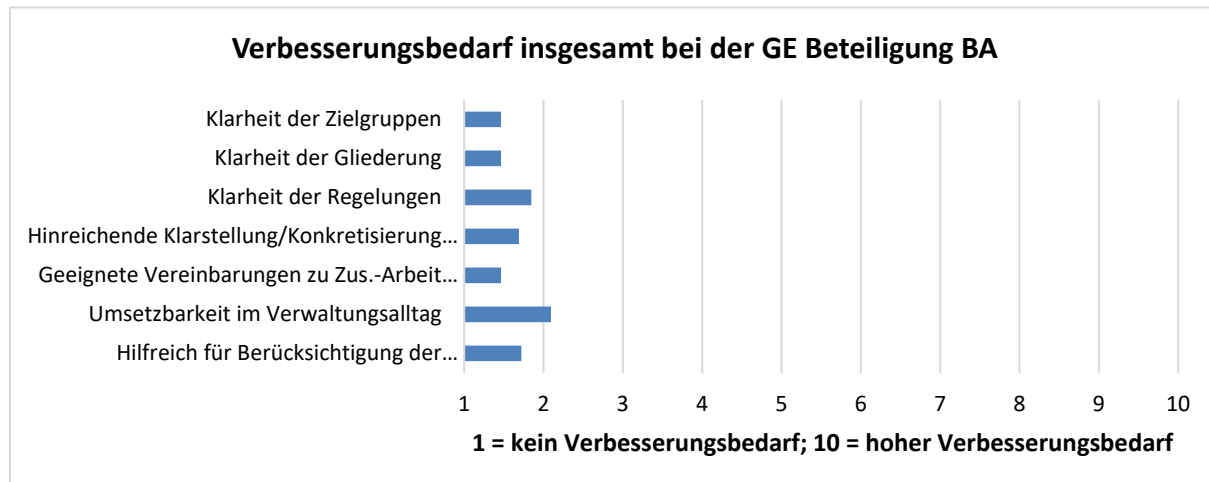
6.1.2.c Schwierigkeiten bei der Umsetzung

Von der **GKV** wird darauf hingewiesen, dass ein gesteigerter Bekanntheitsgrad der GE die Zusammenarbeit unterschiedlicher Vereinbarungspartner erleichtern könnte.

Besondere Schwierigkeiten werden laut **DRV Bund** auch angesichts der Relevanz der GE für Rentenversicherungsträger hauptsächlich im Rahmen von Zuwendungen nach § 31 SGB VI nicht genannt.

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

Überblick:

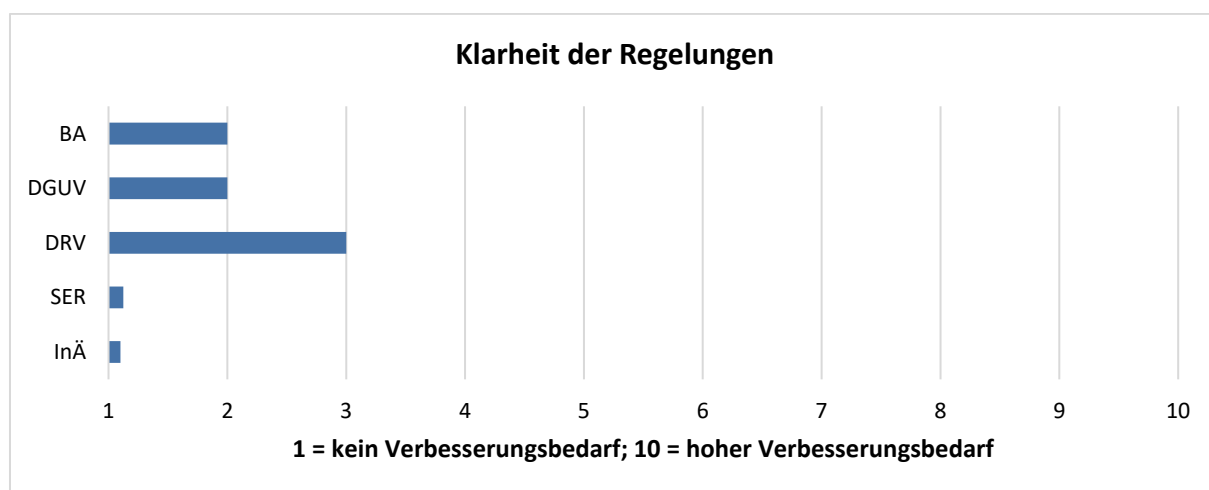


6.2.1. Wo sehen Sie Verbesserungsbedarf bei den Inhalten dieser GE und welchen?

6.2.1.a. und 6.2.1.b.: Klarheit der Zielgruppen und Klarheit der Gliederung

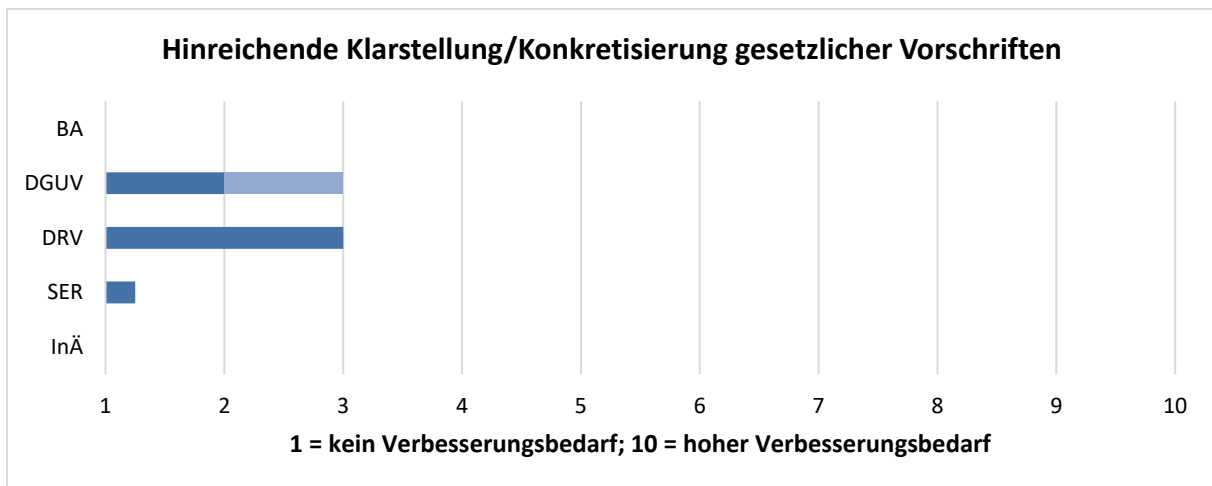
Die **BA** und die **Integrationsämter** sehen keinen Verbesserungsbedarf (max. „1“) bei der Klarheit der Zielgruppen und der Klarheit der Gliederung. Wenig Verbesserungsbedarf (Max.: „2“) sehen bei diesen beiden Aspekten **DGUV** und **DRV Bund**. Auch die Rückmeldungen der Träger des **Sozialen Entschädigungsrechts** deuten auf nur geringen Verbesserungsbedarf hin. Bei der **DRV Bund** ist eine größere Bandbreite erkennbar, hier werden jeweils Maximalwerte von „8“ angegeben.

6.2.1.c.: Klarheit der Regelungen



DRV Bund: Min.: 1, Max.: 10

Die **BA** sieht einen konkreten Verbesserungsbedarf hinsichtlich der Schärfung der Gründe für die Beteiligung (§ 1 Abs. 3) und der für die Beteiligung beizubringenden Unterlagen sowie hinsichtlich der Schärfung der Aufgaben der Beteiligten (Einschaltender ist für die Bedarfsermittlung zuständig).

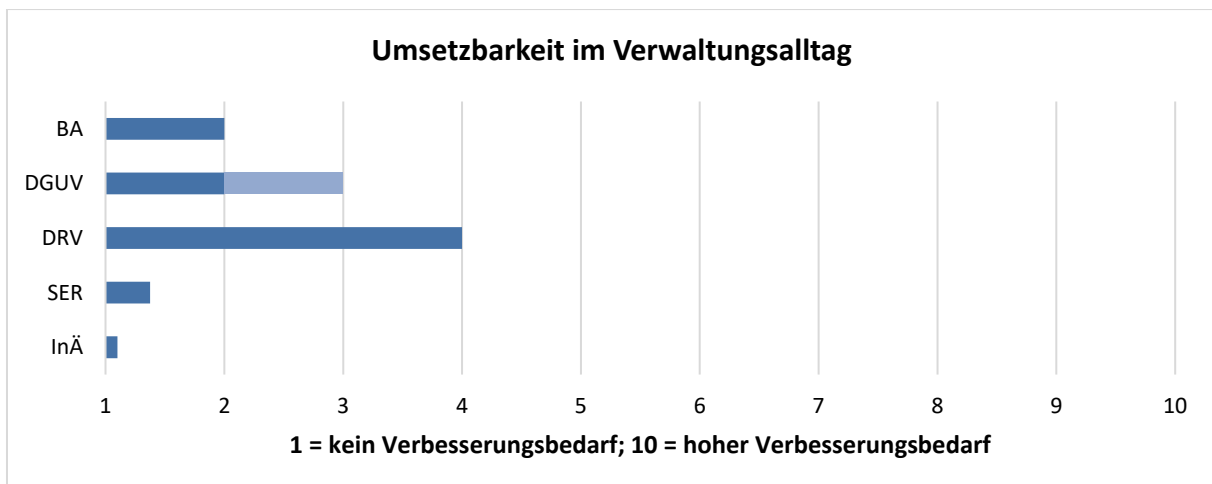
6.2.1.d.: Hinreichende Klarstellung / Konkretisierung gesetzlicher Vorschriften

DRV Bund: Min.: 1, Max.: 8

Aus Sicht der **BA** sind die Paragraphen zu aktualisieren. Sie verweist zudem auf den von ihr in Frage 1c) genannten Verbesserungsbedarf.

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

Kein Verbesserungsbedarf wird bei diesem Aspekt von der **BA**, den **SER-Trägern** und den **Integrationsämtern** gesehen, die **DGUV** und **DRV Bund** sehen kaum Verbesserungsbedarf (Max. „2“). Die **DRV Bund** nennt hier einen Maximalwert von „8“.

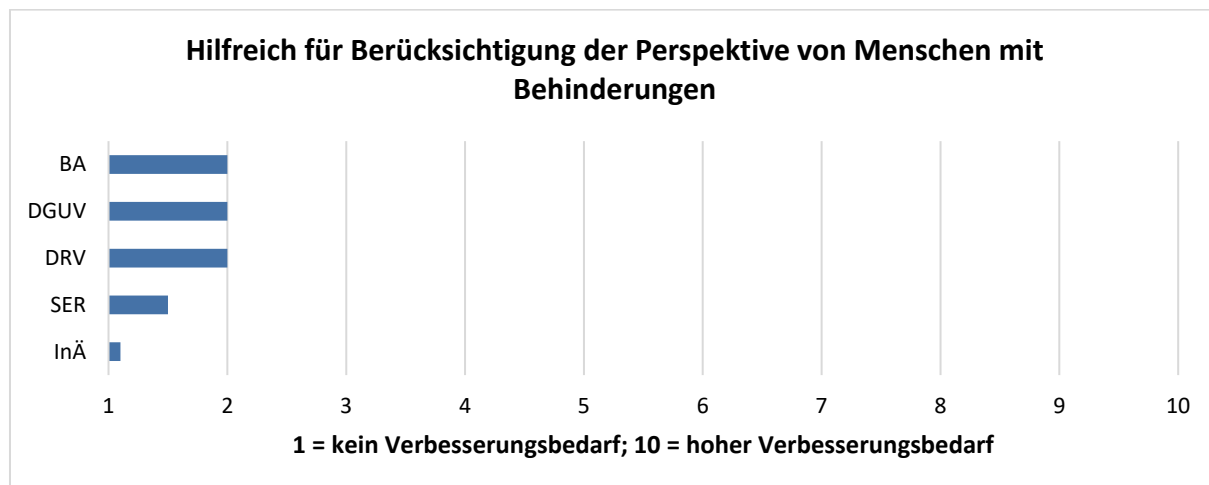
6.2.1.f.: Umsetzbarkeit im Verwaltungsalltag

DRV Bund: Min.: 1, Max.: 10

Für die Umsetzbarkeit im Verwaltungsalltag wären aus Sicht der **BA** konkrete Kontaktdaten hilfreich.

Der **KOF-Träger Brandenburg** berichtet von einer positiven Zusammenarbeit der KOF und der BA.

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



DRV Bund: Min.: 1, Max.: 5

6.2.1.h: Weitere Ansatzpunkte für Verbesserungen

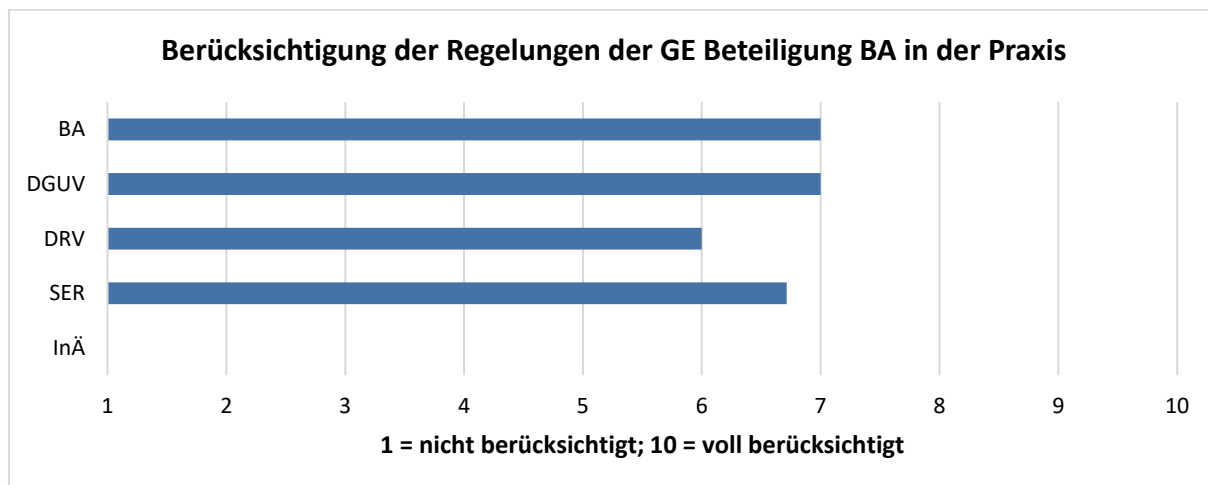
Für die **BA** könnte mehr Praxisbezug durch Beispiele bezüglich der Einschaltungsgründe hergestellt werden. Laut **DGUV** sollte der Einbeziehung der betroffenen Menschen in der GE mehr Raum gegeben werden. Die **DRV Bund** regt eine Verbesserung bei § 1 (3), § 2 und § 4 der GE an. Sie teilt zudem mit, dass die Anregungen im Rahmen der aktuellen Überarbeitung bereits aufgegriffen worden seien und im Rahmen des Beteiligungsverfahrens eine weitere Sitzung der Fachgruppe bei der BAR am 9.3.2020 stattfinden werde.

Auch der **KOF-Träger Niedersachsen** weist darauf hin, dass die GE schon wegen des BTHG überarbeitet worden sei.

Das **Integrationsamt Sachsen** sieht keine Ansatzpunkte für Verbesserungen. Vom **LWL-Inklusionsamt** erfolgt keine Stellungnahme, da die GE die Integrationsämter nicht berücksichtige. Beide Landschaftsverbände in NRW hätten allerdings gemeinsame Rahmenvereinbarungen mit der Regionaldirektion der Agentur für Arbeit NRW getroffen, die zudem gerade aktualisiert würden.

6.2.2. Wie bewerten Sie die Umsetzung dieser GE?

6.2.2.a: Berücksichtigung der Regelungen in der Praxis



DRV Bund: Min.: 1, Max.: 8

6.2.2.b: Besonders wichtige Regelungsgegenstände

Die **BA** nennt den Anwendungsbereich (insbesondere § 1 Abs. 3) und das Verfahren der Einschaltung der Bundesagentur für Arbeit (insbesondere § 2 Abs. 1) als besonders wichtige Regelungsgegenstände. Auch für die **DGUV** ist § 2 Verfahren der Einschaltung der Bundesagentur für Arbeit besonders relevant. Darüber hinaus nennt sie § 3 (Stellungnahme zur arbeitsmarktlichen Zweckmäßigkeit) und § 4 (Einbindung von Fachdiensten der Bundesagentur für Arbeit). Wichtig für die **DRV Bund** ist die Einschaltung der Fachdienste, insbesondere der technischen Berater der BA. Im Hinblick auf den Reha-Prozess und die bekannten Fristen besteht laut DRV Bund Verbesserungspotential im Hinblick auf eine zeitnahe Rückmeldung anderer Fachdienste, beispielsweise der BA.

Der **SER-Träger Rheinland-Pfalz** benennt § 2 (Verfahren der Einschaltung der BA) und § 3 (Stellungnahme zur arbeitsmarktlichen Zweckmäßigkeit) als besonders wichtig. Für den **KOF-Träger Schleswig-Holstein** ist die gutachterliche Stellungnahme sowie die Einbindung der Dienste der Agentur für Arbeit besonders relevant. Besonders wichtig sind für den **KOF-Träger Brandenburg** der ständige Kontakt und die Zusammenarbeit zwischen BA und KOF. Die Klarstellung der vereinbarten Frist ist für den **KOF-Träger Niedersachsen** besonders relevant. Der **KOF-Träger Mecklenburg-Vorpommern** sieht die Verfahrensabsprache der deutschen Hauptfürsorgestellen, vertreten durch die BIH mit insbesondere der Bundesagentur für Arbeit über die Zusammenarbeit im Bereich Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben⁴ als besonders wichtig an. Bei einigen Trägern, wie dem **KOV-Träger Mecklenburg-Vorpommern** und dem **LWL als KOF-Träger** erfolgte im Berichtszeitraum keine Beteiligung der BA. Das **Integrationsamt Sachsen** weist darauf hin, dass diese GE im Integrationsamt keine praktische Bedeutung hat.

⁴ Die jüngst auf Ebene der BAR überarbeitete Absprache zwischen BIH, DRV, BA, DGUV und SVLFG ist zum 01.01.2020 als „Verwaltungsvereinbarung Begleitende Hilfen – Leistungen zur Teilhabe“ in Kraft getreten.

6.2.2.c Schwierigkeiten bei der Umsetzung

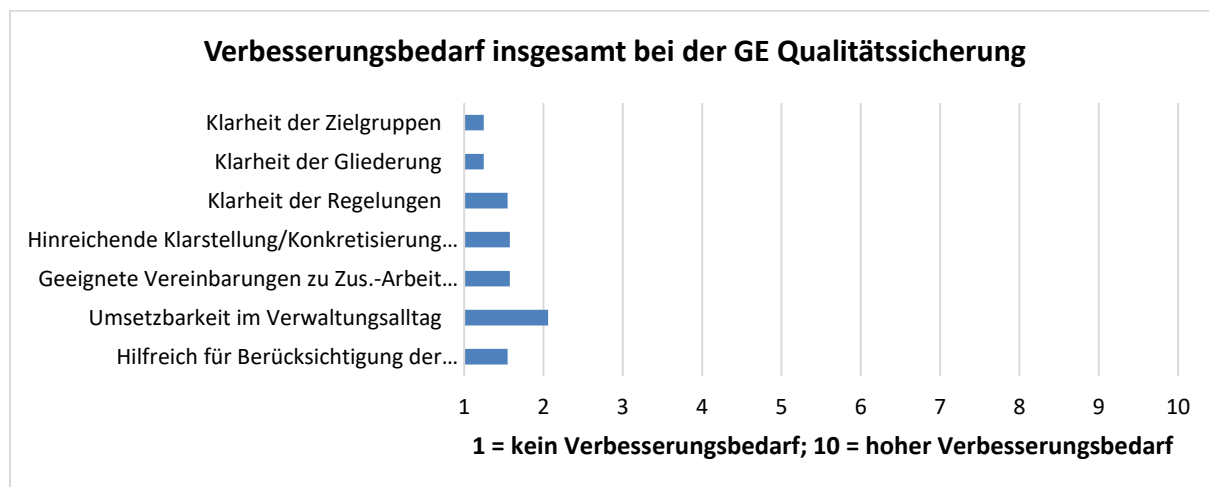
Für die **BA** gehen die Fragestellungen über den eigentlichen Anwendungsbereich hinaus (z. B. Erstellung eines Teilhabepfandes) bzw. die Beteiligung erfolge ausschließlich zur Erstellung eines Gutachtens. Zudem würden bei der Anforderung der gutachterlichen Stellungnahme nicht immer die im Prozess der Bedarfsfeststellung bereits erhobenen Informationen (vollständig) beigefügt.

Der Reha-Prozess verzögert sich laut **DRV Bund**, wenn sich eine Beteiligung der Arbeitsagenturen, beispielsweise in Form von gutachterlichen Stellungnahmen, mitunter nicht bzw. nur sehr verzögert realisieren lasse.

Der **SER-Träger Sachsen** berichtet, dass es in der Bearbeitung im Sozialen Entschädigungsrecht keine Schwierigkeiten bei der Umsetzung gebe. In **Rheinland-Pfalz** ergaben sich laut SER-Träger lediglich in einem Einzelfall Schwierigkeiten. Der **KOF-Träger Thüringen** berichtet von der Bewertung im Rahmen einer gutachterlichen Stellungnahme zur Notwendigkeit, Art und Umfang von Leistungen der Teilhabe am Arbeitsleben im Jahr 2019 bei der Durchführung einer Umschulung und einer Berufsbildungsmaßnahme (OEG). Vor Weiterleitung von Anträgen durch die BA ist vorher laut **KOF-Träger Brandenburg** unbedingt eine telefonische Absprache erforderlich, ob der anvisierte Reha-Träger wirklich zuständig sei. Die Erreichbarkeit der zuständigen MA bei der BA sei über die zentralen Einwahlen oft nicht gewährleistet. Der **KOF-Träger Mecklenburg-Vorpommern** weist 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, können die Partner der Verfahrensabsprache kurzfristig die Antragsrückgabe vereinbaren. Der **KOF-Träger Niedersachsen** berichtet von Schwierigkeiten aufgrund von langen Laufzeiten. Der **KOF-Träger Schleswig-Holstein** berichtet von Unterschieden bei den Agenturen für Arbeit und einer zunehmend breiteren Akzeptanz bzw. Kenntnis über die GE.

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

Überblick:



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

Zu den Fragen 1a) bis 1e)

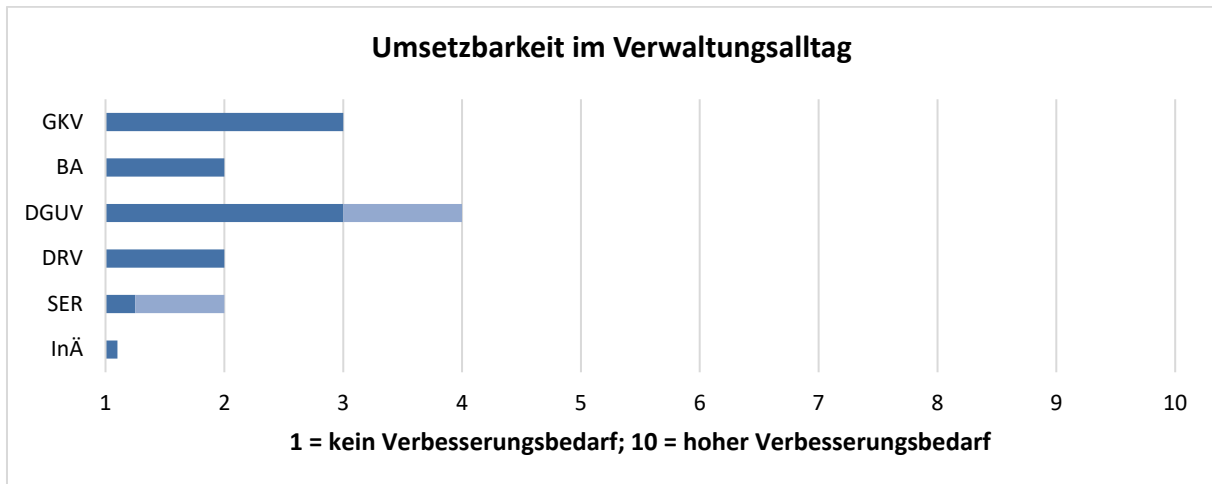
Bei der Klarheit der Zielgruppen (Frage 1a) und der Klarheit der Gliederung (Frage 1b) sieht lediglich die **DGUV** geringen Verbesserungsbedarf (Max. „2“); die **GKV, BA, DRV Bund, SER-Träger** und **Integrationsämter** sehen keinen Verbesserungsbedarf. Die **DRV Bund** nennt „4“ als Maximalwert bei Frage 1a und „3“ als Maximalwert bei Frage 1b. Der **KOV-Träger Niedersachsen** bestätigt, dass Klarheit bestehe und das **Integrationsamt Hamburg** verweist auf Seite 7 der GE, auf der eine Stellungnahme Hamburgs bereits aufgenommen wurde.

Kein Verbesserungsbedarf wird bei der Klarheit der Regelungen (Frage 1c) von der **BA**, den Trägern des **SER** und den **Integrationsämtern** gesehen. Wenig Verbesserungsbedarf („2“) wird von der **GKV, DGUV** und **DRV Bund** (Max.: „5“) gesehen.

Ebenfalls keinen Verbesserungsbedarf bei der hinreichenden Klarstellung/Konkretisierung gesetzlicher Vorschriften (Frage 1d) sehen die **BA** und die **Integrationsämtern**. Wenig Verbesserungsbedarf („2“) wird von der **GKV, DGUV, DRV Bund** (hier allerdings Max.: „4“) und den Trägern des **SER** gesehen.

Bei den geeigneten Vereinbarungen zur Zusammenarbeit bei der Umsetzung des Gesetzes wird wenig (**GKV, DGUV, DRV Bund, SER**) oder kein Verbesserungsbedarf (**BA** und **Integrationsämter**) gesehen. Bei der **DRV Bund** ist auch hier wieder eine große Spannbreite erkennbar mit Werten von Min.: „1“ bis Max.: „10“. Für die **DRV Bund** wäre eine engere Abstimmung zwischen der **GKV** und **DRV** wünschenswert, und zwar im Hinblick auf die Regelungen des § 7 – Leistungserbringer – und § 8 Dimension der externen Qualitätssicherung. Ein einheitliches Qualitätssicherungssystem könne für Leistungserbringer hilfreich sein.

6.3.1.f: Umsetzbarkeit im Verwaltungsalltag



DRV Bund: Min.: 1, Max.: 5

Laut **BA** sollten hier Grundlagen dafür geschaffen werden, dass Reha-Träger sich zu den Ergebnissen/Erkenntnissen ihrer Qualitätsprüfungen austauschen (dürften) bzw. dass ihnen dies empfohlen werde.

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

Keinen Verbesserungsbedarf bei diesem Aspekt gibt es aus Sicht der **BA**, der **SER-Träger** und der **Integrationsämter**. Kaum Verbesserungsbedarf („2“) gibt es laut **GKV**, **DGUV** und **DRV Bund** (Max.: „5“).

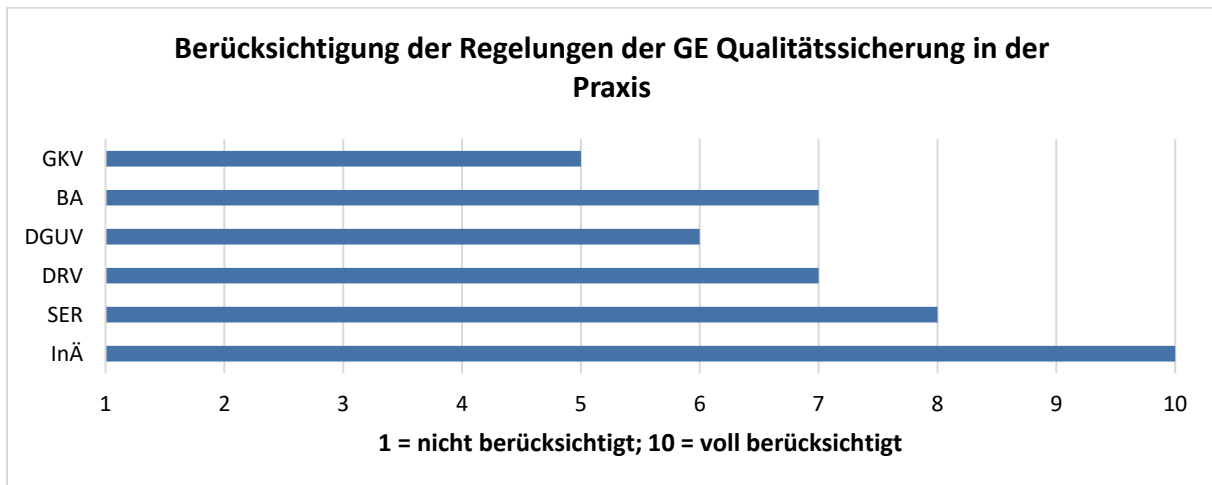
6.3.1.h: Weitere Ansatzpunkte für Verbesserungen

Die **SER-Träger Mecklenburg-Vorpommern** weisen darauf hin, dass dies nicht beurteilt werden könne, da keine eigenen Qualitätskontrollen der Leistungserbringer durchführt würden. Dies erfolge durch die Reha-Träger mit größeren Fallzahlen, zum Beispiel Renten- und Krankenversicherungen oder der BA.

Das **Integrationsamt Sachsen** sieht keine Ansatzpunkte für Verbesserungen. Vom **LWL-Inklusionsamt** erfolgt keine Stellungnahme. Die GE führe weder die Integrationsämter noch die Eingliederungshilfeträger auf. Im Rahmen der Eingliederungshilfe gebe es in NRW einen Landesrahmenvertrag mit umfangreichen Regelungen zur Qualitätssicherung. Im Bereich des Integrationsamts würden ggf. in Leistungs- und Vergütungsvereinbarungen Regelungen getroffen. Die GE habe dabei bisher keine Rolle gespielt.

6.3.2. Wie bewerten Sie die Umsetzung dieser GE?

6.3.2.a: Berücksichtigung der Regelungen in der Praxis



DRV Bund: Min.: 2, Max.: 10

6.3.2.b: Besonders wichtige Regelungsgegenstände

Für die **GKV** ist die Definition einheitlicher Begrifflichkeiten im Bereich der Qualitätssicherung (§§ 7 Abs. 1, 9, 11, 16 und 18) besonders wichtig.

Die **BA** nennt die externe und interne Qualitätssicherung (§ 4), die Einbeziehung der Teilnehmenden/Leistungsberechtigten (§ 6), die Zusammenarbeit mit den Leistungserbringern (§ 7) und die Sicherung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität (§§ 13-15).

Die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität ist auch für die **DGUV** besonders wichtig, ebenso die Barrierefreiheit.

Die **DRV Bund** berichtet, dass die Regelungen zur Zusammenarbeit mit den Leistungserbringern und zu den Dimensionen der Qualitätssicherung vielfach als wichtige Regelungsgegenstände genannt würden. Das gleiche gelte für die Beschreibung der Verfahren der externen Qualitätssicherung. Zum Teil werde angeregt, die Zusammenarbeit und Abstimmung zwischen den Reha-Trägern sowie den Transparenzgedanken im Rahmen der Qualitätssicherung zu stärken.

Für die **SER-Träger Niedersachsen** ist Kapitel 1 wichtig. Laut **KOF-Träger Thüringen** hat diese GE für die Hauptfürsorgestelle keine Bedeutung. Für den **LWL als KOF-Träger** ist keine Aussage möglich.

Keine praktische Bedeutung hat die GE auch laut **Integrationsamt Sachsen**. Das **Integrationsamt Sachsen-Anhalt** teilt mit, dass die Qualitätssicherung Voraussetzung für eine gute qualitative und quantitative Arbeit sei. Dahingehend sei das Aufstellen von Zielen und die Abrechnung innerhalb von Erfolgskontrollen notwendig. Die Auswertung der Struktur, Prozess- und Ergebnisqualität diene folgend der Evaluation und dem Verbesserungsprozess. Der einzelfallbezogene Hilfebedarf des Menschen mit Behinderungen und die Erbringung der notwendigen Leistung stünden im Mittelpunkt.

6.3.2.c Schwierigkeiten bei der Umsetzung

Die Einhaltung der Bestimmungen der DSGVO beeinflusst laut **BA** die Umsetzung der GE.

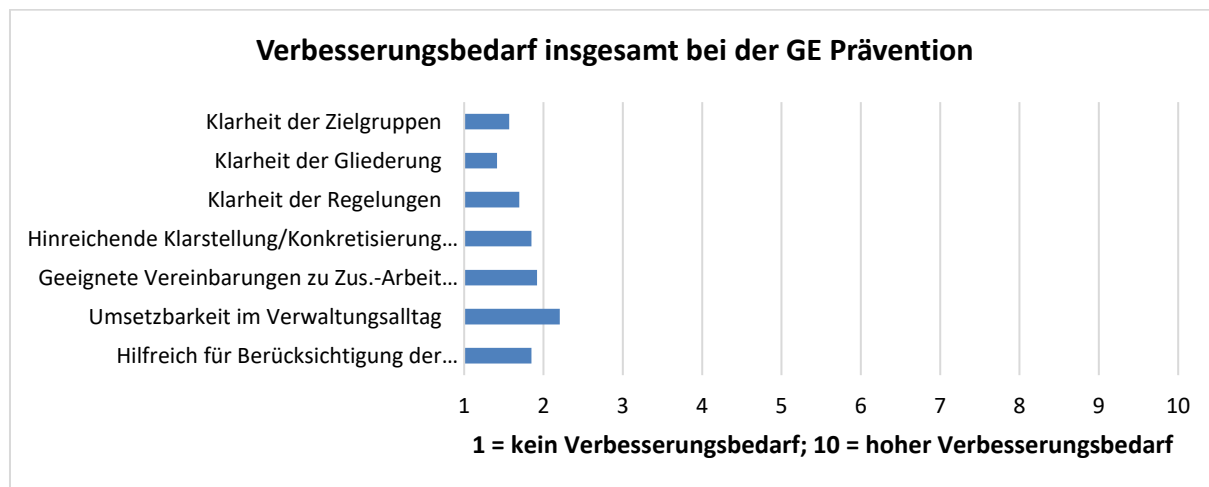
Die **DGUV** sieht in der trägerübergreifenden Abstimmung und Entwicklung von Kriterien zur Messung der Qualität sowie deren Vergleichsmaßstab die Herausforderung.

Laut **DRV Bund** wird die Konkurrenz zwischen den QS-Systemen der GKV und der DRV als eine Herausforderung genannt. Überwiegend jedoch würden keine Schwierigkeiten gesehen, zumal die Umsetzung in der DRV Bund (zentral) erfolge.

Die **SER-Träger Niedersachsen** sehen bisher keine Schwierigkeiten. Der **SER-Träger Sachsen** führt aus, dass das Erbringen von zielgerichteten, qualitativ hochwertigen Maßnahmen und Leistungen im Rahmen der gesetzlichen Möglichkeiten im Sozialen Entschädigungsrecht (SER) selbstverständlicher Grundsatz sei. Die GE „Qualitätssicherung“ hätte im Berichtszeitraum für das SER keine praktische Bedeutung gehabt.

6.4. Gemeinsame Empfehlung „Prävention“ nach § 3 SGB IX

Überblick:



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

Zu den Fragen 1a) bis 1e)

Keinen Verbesserungsbedarf bei der Klarheit der Zielgruppen nennen die **BA** und die Träger des **SER**. Kaum Verbesserungsbedarf (Max.: „2“) sehen die **GKV, DGUV (Korridor bis „2“), SVLFG, DRV Bund und Integrationsämter**.

Auch bei der Klarheit der Gliederung wird kein Verbesserungsbedarf (**GKV, BA, DRV Bund, SER**) bis wenig Verbesserungsbedarf (**DGUV, SVLFG, Integrationsämter**, Max.: „2“ gesehen.

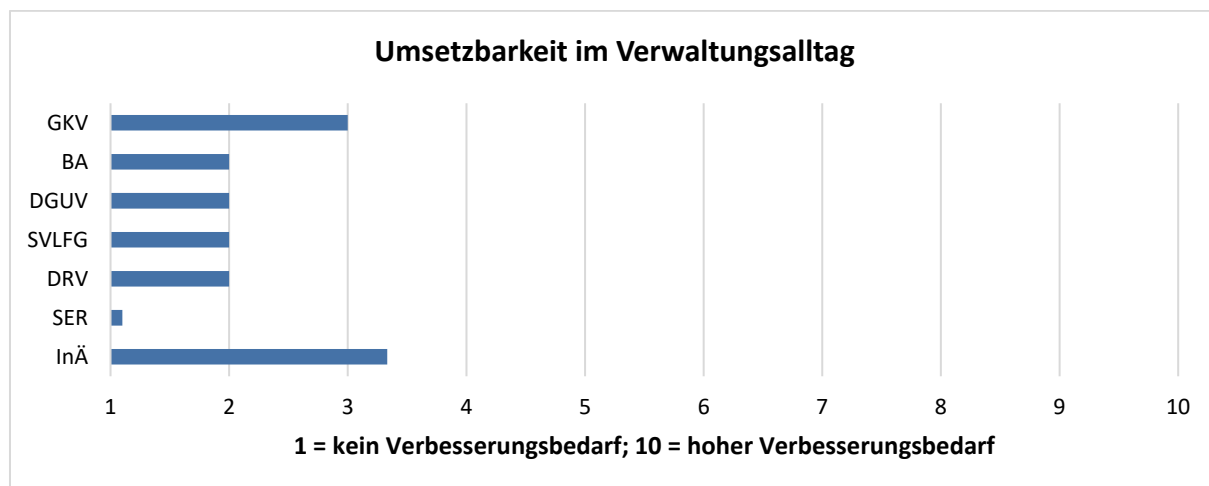
Wenig Verbesserungsbedarf (Max.: „2“) bei der Klarheit der Regelungen besteht für diese GE aus Sicht der **GKV, DGUV, SVLFG, DRV Bund, Integrationsämter**. Für die **GKV** könnten Schnittstellen noch deutlicher aufgezeigt werden. Keinen Verbesserungsbedarf nennen die **BA** und die **SER-Träger**.

Bei der hinreichenden Klarstellung/Konkretisierung gesetzlicher Vorschriften besteht für die **GKV, BA, DGUV, SVLFG, DRV Bund und Integrationsämter** kaum Verbesserungsbedarf (Max.: „2“), die Träger des **SER** melden keinen Verbesserungsbedarf.

Zu dem Aspekt der geeigneten Vereinbarungen zur Zusammenarbeit bei der Umsetzung des Gesetzes sehen die Leistungsträger (**GKV, BA, DGUV, SVLFG, DRV Bund und Integrationsämter**) kaum (Max.: „2,3“) Verbesserungsbedarf. Die **GKV** regt mehr Praxisbeispiele an. Die **DRV Bund** nennt einen Maximalwert von „5“. Kein Verbesserungsbedarf wird von den **SER-Trägern** gesehen.

Laut **LWL-Inklusionsamt** sind die GE sehr allgemein gehalten. Eine Festlegung der einzelnen Rollen/Verantwortlichkeiten sei wünschenswert.

6.4.1.f: Umsetzbarkeit im Verwaltungsalltag



DRV Bund: Min.: 1, Max.: 6

Die **SVLFG** weist darauf hin, dass § 9 der GE (BEM-Verantwortung) nicht allen Arbeitgebern bewusst/bekannt sei.

Das **Integrationsamt Hamburg** teilt mit, dass eine Zusammenarbeit mit anderen Reha Trägern in der Praxis so gut wie nicht stattfindet. Auch das **Integrationsamt Niedersachsen** weist darauf hin, dass die Vernetzung von „konkreten“ Ansprechpartnern der Rehabilitationsträger und des Integrationsamtes ausbaufähig sei. Ein Austausch von Erfahrungen finde derzeit nicht flächendeckend statt. Auf allen Seiten (Reha-Träger wie Integrationsämter) sei die Einrichtung und mit in der GE aufgenommene Anlaufstelle zielführend. Diese Stelle regle die Zuständigkeiten innerhalb der eigenen Organisation und vermittele eine Ansprechperson. Für das **LWL-Inklusionsamt** wäre eine Festlegung der einzelnen Rollen/Verantwortlichkeiten wünschenswert. Solange die Verantwortlichkeiten nicht eindeutig festgelegt und konkrete Handlungsempfehlungen nicht ausgesprochen würden, sei eine Umsetzung zweifelhaft. Laut **Integrationsamt Sachsen-Anhalt** sind Netzwerke mit anderen Leistungsträgern, wie den gesetzlichen Krankenkassen, ggfls. möglich zu bestimmten Inhalten des BGM und des BEM und zu intensivieren.

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

Zu diesem Aspekt sehen die Leistungsträger (**GKV, BA, DGUV, SVLFG, DRV Bund** und **Integrationsämter**) kaum Verbesserungsbedarf (Max.: „2“). Kein Verbesserungsbedarf wird von den **SER-Trägern** gesehen.

6.4.1.h: Weitere Ansatzpunkte für Verbesserungen

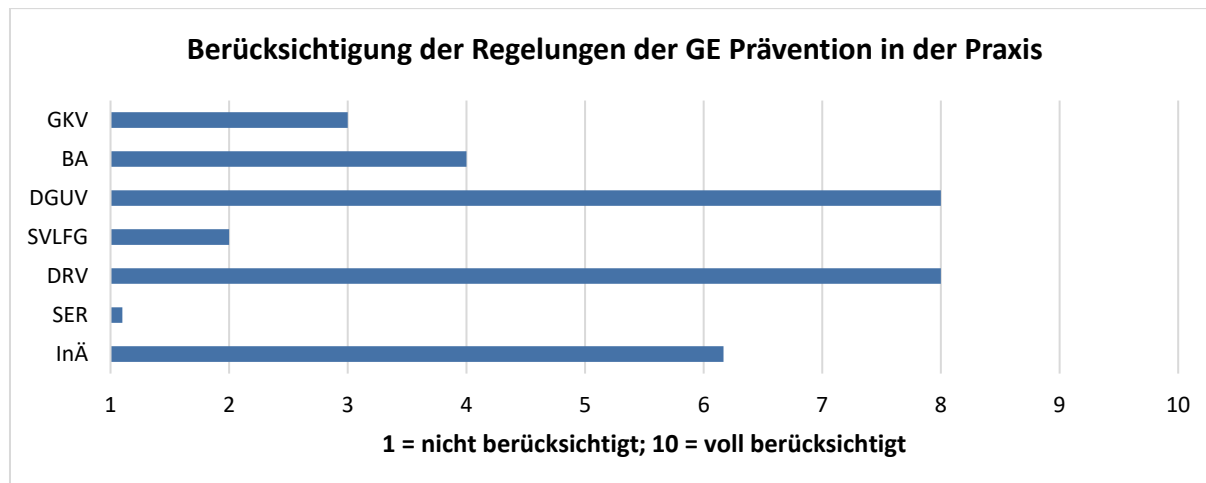
Die **DGUV** sieht Verbesserungsbedarf hinsichtlich der Konkretisierung für die praktische Umsetzung, z. B. in Bezug auf den Informationsaustausch zwischen den Reha-Trägern und den Integrationsämtern.

Das **Integrationsamt Hamburg** teilt mit, dass die GE inhaltlich in Ordnung sei, in der Praxis jedoch nicht gelebt werde. Das **LWL-Inklusionsamt** führt aus, dass der technische Beratungsdienst aber auch die anderen Fachdienste der Integrationsämter/Inklusionsämter

wichtige Akteure in diesem Thema seien. Technische Beratungsdienste gebe es auch bei der BA. Ihre Rolle solle stärker in die GE eingearbeitet werden.

6.4.2. Wie bewerten Sie die Umsetzung dieser GE?

6.4.2.a: Berücksichtigung der Regelungen in der Praxis



DRV Bund: Min.: 3, Max.: 10

6.4.2.b: Besonders wichtige Regelungsgegenstände

Für die **GKV** wird die Zusammenarbeit zwischen den Rehabilitationsträgern und den Integrationsämtern gut aufgezeigt und bildet somit die Struktur der Empfehlung gut ab. Die Vernetzung der jeweiligen Träger und die Darstellung von Schnittstellen seien wichtig in der Darstellung, um Doppelstrukturen zu vermeiden, z. B. § 6 Abs. 2 der GE. Ferner stelle der § 7 Abs. 1 der GE eine gute Übersicht von praktischen Hilfen dar.

Für die **BA** sind folgende Regelungsgegenstände wichtig:

- Austausch unter den Reha-Trägern und abgestimmte Schnittstellenarbeit
- Vereinbarungen zur Zusammenarbeit / Umsetzbarkeit im Verwaltungsalltag
- Übergang von der Schule in den Beruf
- Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit
- Erhalt von bzw. (Wieder)Eingliederung in Arbeit
- Frühestmögliche Identifizierung von Risikofaktoren und Gesundheitsgefährdungen und Präventionsbedarfen
- Umfassende Information und Beratung von betroffenen Personen und von Arbeitgebern.

Die **DGUV** nennt § 4 Kontextfaktoren, § 7 Identifikation des Präventionsbedarfs, § 8 Information und Unterstützung von Arbeitgeber und Arbeitnehmer und § 9 Betriebliches Eingliederungsmanagement.

Für die **SVLFG** ist die Ansprechstelle für Betroffene (§ 8 Abs. 2 GE) besonders wichtig.

Die Rentenversicherungsträger erachten laut **DRV Bund** übereinstimmend die §§ 6-8 der GE Prävention für besonders wichtig, also die Themen „Identifikation des Präventionsbedarfs“, „Vernetzung und Zusammenarbeit der Träger“ und „Information von Arbeitnehmern und Arbeitgebern“. Vereinzelt werde angeregt, die Bedeutung von Betriebsärzten und Schwerbehindertenvertretungen bei der Identifikation des Präventionsbedarfs besonders

hervorzuheben und ein besonderes Augenmerk auf alternskritische Arbeitsorganisation (z. B. Nachtschicht, Schichtarbeit) oder Branchen und Berufe mit deutlich unterdurchschnittlicher Verweildauer zu legen (z. B. Pflege). Des Weiteren werde vereinzelt angeregt, die Präventions-/Rehabilitationskette konkret darzulegen sowie konkrete Vorgaben für trägerübergreifende Maßnahmen nach dem PrävG zu machen.

Der **KOF-Träger Brandenburg** teilt mit, dass trägerübergreifend keine Erfahrungen vorliegen. Der Leistungskatalog der Versorgungsverwaltung umfasse auch Leistungen für Badekuren, in der KOF würden Erholungshilfen gewährt. Beide Leistungen würden z. T. in Zusammenarbeit mit dem medizinischen Dienst auf Zweckmäßigkeit und Ziel der Leistung geprüft und ausgewählt.

Bei den **SER-Trägern Mecklenburg-Vorpommern** kann dies nicht beurteilt werden, da hierzu keine Erfahrungen vorlägen. Laut **LWL als KOF-Träger**, dem **SER-Träger Sachsen** sowie dem **KOF-Träger Thüringen** hat die GE kaum praktische Bedeutung. Der **LWL als KOF-Träger** teilt darüber hinaus mit, dass bevor eine Anerkennung nach dem BVG oder den Nebengesetzen (vornehmlich OEG) erfolge, i. d. R. Anträge bei anderen Trägern gestellt würden. Dort würde Prävention geleistet.

Für das **Integrationsamt Hamburg** sind die §§ 8 und 9 der GE besonders wichtig. Das **Integrationsamt Niedersachsen** erachtet die Kooperation der Träger als besonders wichtig. Neben einer wirkungsvollen Zielverfolgung könne eine gemeinsame Aufklärungsarbeit zur Verbesserung und zum Ausbau aktiver Maßnahmen führen. Das **LWL-Inklusionsamt** nennt §§ 7 und 8 als besonders relevant. Von Seiten des **Integrationsamts Sachsen-Anhalt** wurde als wichtiger Grundsatz der GE benannt: „Prävention und Rehabilitation vor Rente und Pflege“. Es solle konkrete verfahrensrechtliche Mindeststandards zum BEM geben, um den präventiven Arbeitsschutz zu fördern. Dahingehend müsste die Interessenlage kleiner und mittlerer Unternehmen berücksichtigt werden, da diese nicht die personellen und fachlichen Ressourcen aufbringen könnten, wie große Unternehmen. Wichtig sei folgend bei der Umsetzung der GE eine systemische Sichtweise bezüglich der gesellschaftlichen Rahmenbedingungen und der Gesundheitskrisen, um eine Verhaltensmodifikation und Verbesserung der gesundheitlichen Situation zu erreichen. Im Mittelpunkt stehe der Mensch mit Behinderung. Er nehme am gesellschaftlichen Leben, konkret am Arbeitsleben, teil und erringe sein eigenes Einkommen (Sicherung der Verwirklichung des Rechts auf Arbeit). Das Integrationsamt in Sachsen-Anhalt unterstütze seit vielen Jahren durch Beratungsleistungen und entsprechende Prämien-gestaltung die Implementierung des BEM. Aktuell werde die Unterstützung der Arbeitgeber bei der Einführung eines BEM anhand der Voraussetzungen, der Art und des Umfangs geprüft und überarbeitet, mit dem Ziel die Förderung zu konkretisieren und kleineren Betrieben, die sich die notwendigen zusätzlichen Ressourcen nicht ermöglichen können, anteilig durch eine Prämien-gestaltung zu unterstützen. An dieser Stelle könne die Zusammenarbeit mit anderen Leistungsträgern neue Förderkonzepte eröffnen, da der Leistungsträger Integrationsamt nur für schwerbehinderte und diesen gleichgestellte Beschäftigte zuständig sei. Die Förderung von Jugendlichen mit Schwerbehinderung und diesen gleichgestellten (§ 151 Abs. 4 SGB IX) werde in Sachsen-Anhalt über das Landesmodellprojekt „Unterstützung des Übergangs geistig behinderter Schülerinnen und Schüler und weiterer schwerbehinderter Schülerinnen und Schüler von der Schule in Arbeit und Beruf in Sachsen-Anhalt“ (ÜFB) gewährleistet. Ein weiteres Modellprojekt „Unterstützung des Übergangs von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM) auf den allgemeinen Arbeitsmarkt in Sachsen-Anhalt durch die Integrationsfachdienste“ (Modell ÜWA) unterstütze Menschen mit Schwerbehinderung berufliche Alternativen zu finden. Zusammenfassend seien die Gesundheitsförderung entsprechend des salutogenetischen

Wirkungsprinzips stets umfassend zu betrachten, die verschiedenen Faktoren einzubeziehen, Risiken zu benennen und Ressourcen anhand entsprechender Maßnahmen der Verhaltens- und der Verhältnisprävention zu entwickeln und zu erhalten.

6.4.2.c Schwierigkeiten bei der Umsetzung

Mit dem Präventionsgesetz wurden laut **GKV** sowohl auf Bundes- als auch auf Länderebene die trägerübergreifenden Kooperationen strukturell sehr gut verankert. Eine Verbesserung der fortlaufenden Zusammenarbeit sowie eine stärkere Transparenz und Information über die jeweils trägerbezogenen Präventionsleistungen sei gewährleistet. Der gesamtgesellschaftliche Aspekt und die gesamtgesellschaftliche Verantwortung in der Umsetzung der Prävention müssten vermehrt in den Vordergrund gestellt werden. Die Abgrenzung von Zuständigkeiten und die Benennung von Schnittstellen seien in der Umsetzung noch ausbaufähig.

Aus Sicht der **BA** gibt es Schwierigkeiten im Hinblick auf die trägerübergreifende Zusammenarbeit, fehlende oder unklare Zugangskanäle in der Kommunikation und der Erreichbarkeit von Betroffenen und Arbeitgebern für Präventionsangebote.

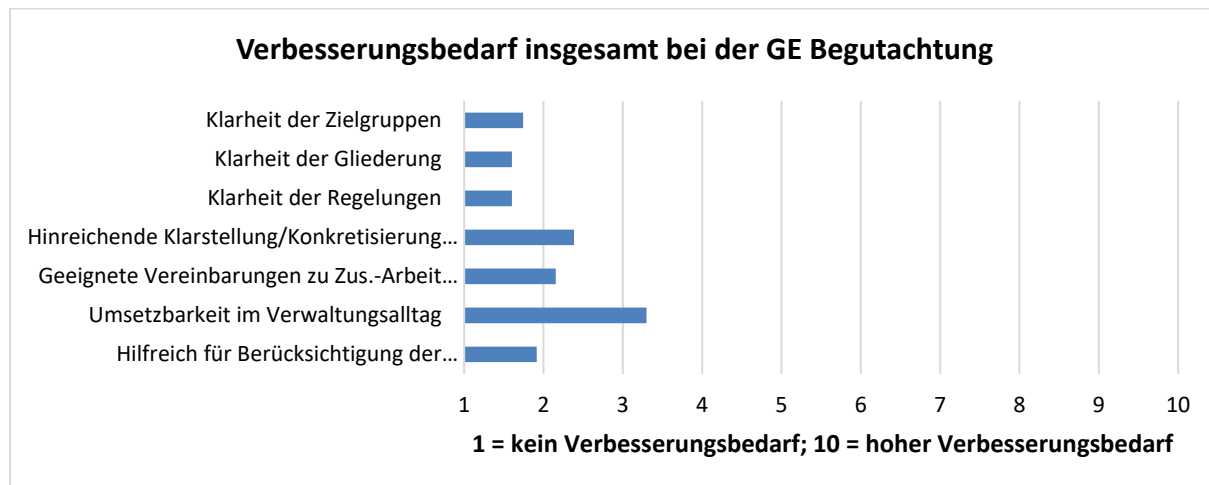
Die GE hat für die **DGUV** gute Ansatzpunkte, diese scheinen aber für die konkrete praktische Umsetzung noch etwas abstrakt. Die **SVLFG** sieht als Schwierigkeit den Bekanntheitsgrad in der Öffentlichkeit

Die RV-Träger sehen laut **DRV Bund** im Wesentlichen keine Schwierigkeiten bei der Umsetzung der GE Prävention. Vereinzelt werde die Abstimmung der Reha-Träger untereinander oder die Kontaktaufnahme und Rekrutierung geeigneter Arbeitgeber/-innen und/oder Teilnehmer/-innen als herausfordernd beschrieben. Vereinzelt werde angegeben, dass insbesondere Vorschriften des Datenschutzes dabei hinderlich seien.

Das **Integrationsamt Hamburg** teilt mit, dass eine Zusammenarbeit mit den Reha Trägern nicht stattfinde, insofern werde Einzelfall bezogen gearbeitet, präventiv im Prinzip im Integrationsamt Hamburg gem. § 167 SGB IX. Das **Integrationsamt Niedersachsen** verweist auf seine Antwort zu 1 f). Das **LWL-Inklusionsamt** nennt fehlende personelle Ressourcen bzw. Fachkompetenz der Sachbearbeiter/ fehlende Fachdienstmitarbeiter, beispielsweise bei Technischen Beratungsdiensten anderer Reha-/Leistungsträger, beispielsweise im Bereich der DRV.

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

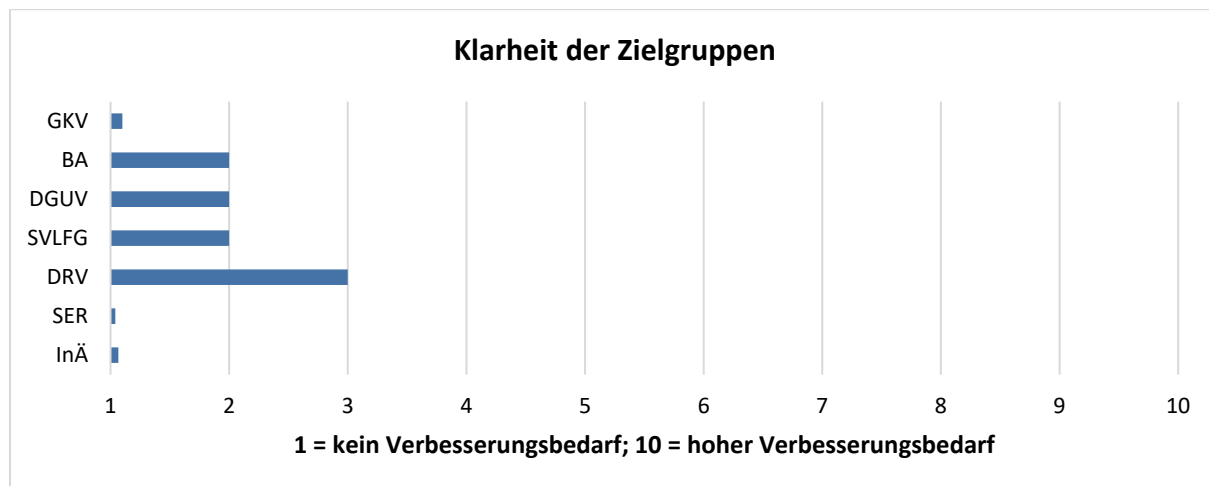
Überblick:



Für das Niedersächsische Ministerium als SER-Träger hat der Ärztliche Dienst die Fragen zu dieser GE beantwortet.

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

6.5.1.a.: Klarheit der Zielgruppen



DRV Bund: Min.: 1, Max.: 3

Die **GKV** verweist auf die Antwort zu 2b). Die Ergänzung um psychologische Sachverständige könnte laut **BA** in der GE verbessert werden.

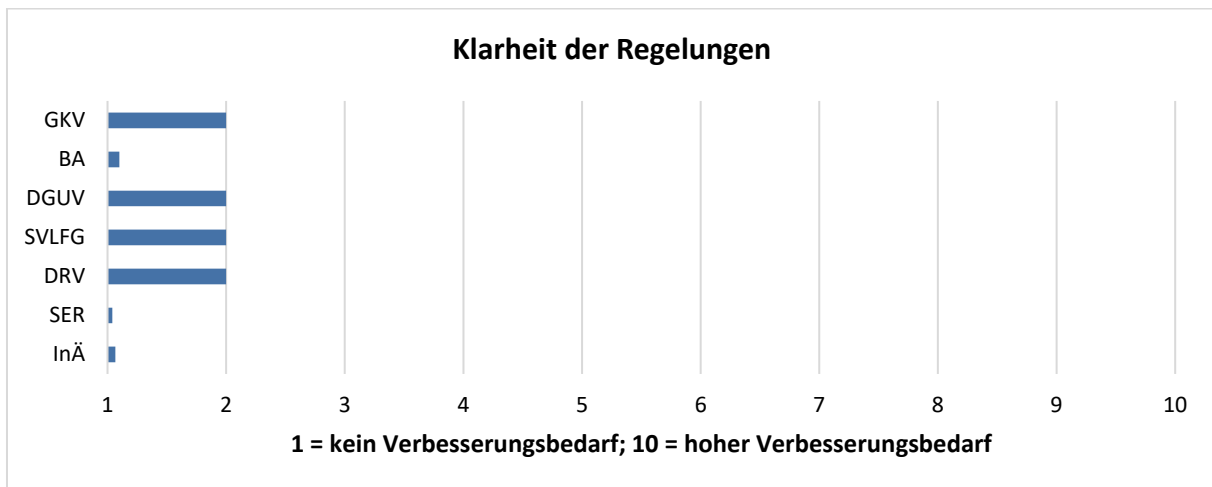
Das **Integrationsamt Hamburg** teilt mit, dass es mit diesem Thema keine Berührungspunkte habe. Ergebnisse, die das Integrationsamt betreffen könnten (Gutachten der Agentur für Arbeit), seien noch nie bei Beantragung einer Leistung eingereicht worden.

6.5.1.b.: Klarheit der Gliederung

Bezüglich der Klarheit der Gliederung wird kein Verbesserungsbedarf (**BA, SER, Integrationsämter**) bis wenig (Max.: „2“) Verbesserungsbedarf (**GKV, DGUV, SVLFG, DRV Bund**) gesehen. Die DRV Bund nennt hier einen Maximalwert von „3“.

Die **BA** empfiehlt die Überschrift des § 2 in „Erstellung“ (statt „Erstattung“) umzubenennen.

6.5.1.c.: Klarheit der Regelungen

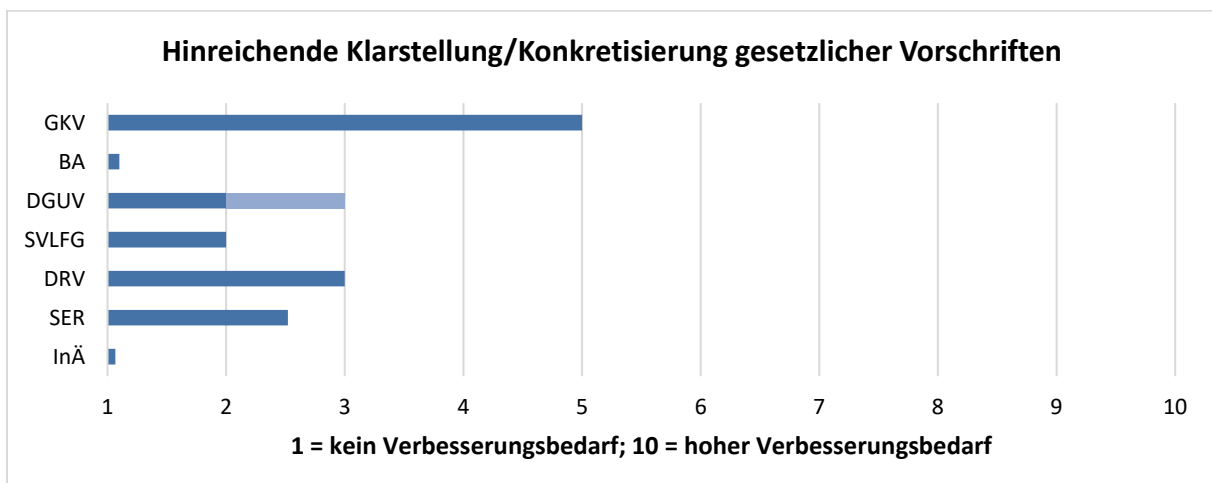


DRV Bund: Min.: 1, Max.: 5

Die **GKV** sieht Verbesserungsbedarf in Bezug auf sozialmedizinische/medizinische Sachverhalte.

Laut **DRV Bund** wird von den Rentenversicherungsträgern vereinzelt angeregt zu prüfen, ob Ergänzungen sinnvoll sind in Bezug auf „Umgang mit der Mitwirkungspflicht des Antragstellers/Probanden“, um in solchen Fällen den Gutachtern eine Handlungsalternative anzubieten. In diesem Zusammenhang sei allerdings zu berücksichtigen, dass der Gutachter in solchen Konstellationen lediglich Feststellungen für weitere, denkbare verwaltungsseitige Schritte darlegen kann.

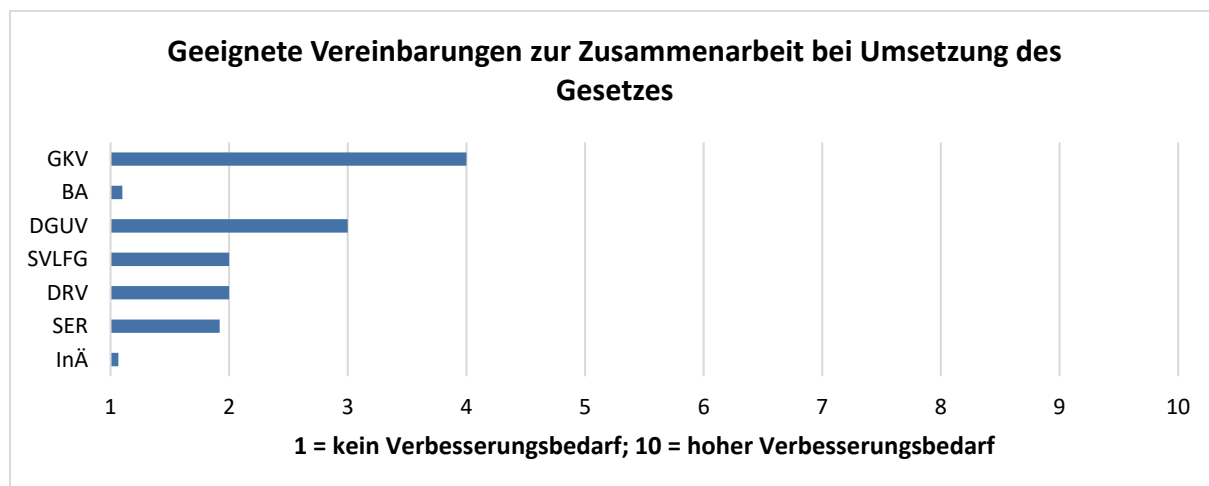
6.5.1.d.: Hinreichende Klarstellung / Konkretisierung gesetzlicher Vorschriften



DRV Bund: Min.: 1, Max.: 10

Die **GKV** regt eine Übernahme der gesetzlichen Änderungen aus dem Einlegeblatt (SGB IX 2018) und einen Abgleich mit Aussagen in der GE Reha-Prozess an.

Der **SER-Träger Rheinland-Pfalz** teilt mit, dass dort vor allem die Versorgungs-Medizinverordnung zu Grunde gelegt würde, nach der Umweltfaktoren nicht zu berücksichtigen seien.

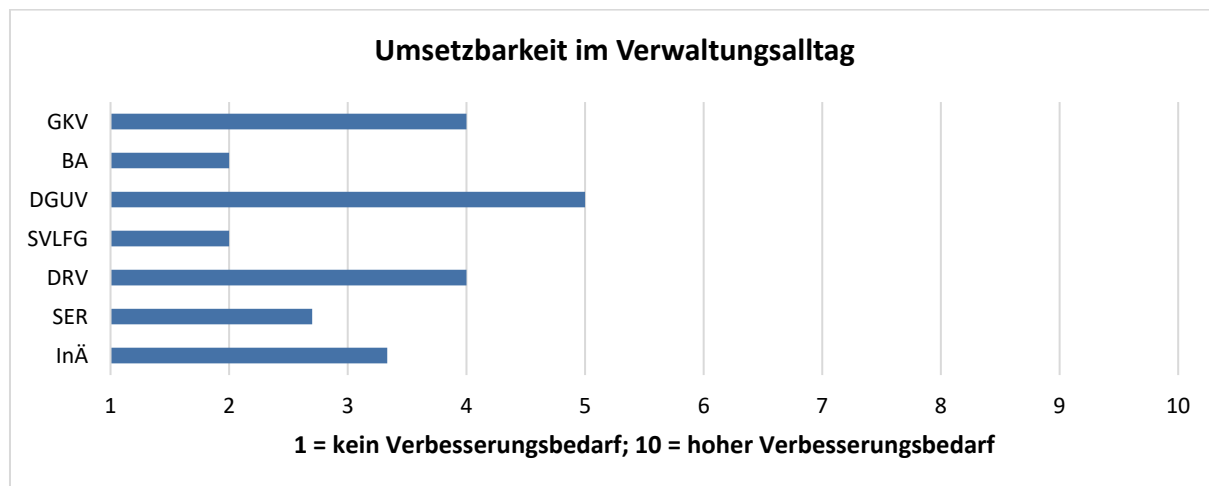
6.5.1.e.: Geeignete Vereinbarungen zur Zusammenarbeit bei Umsetzung des Gesetzes

DRV Bund: Min.: 1, Max.: 10

Laut **GKV** fehlen Regelungen zur Informationsbeschaffung von relevanten Kontextfaktoren, die bezüglich ihres Einflusses auf die Teilhabe gesetzlich zu berücksichtigen ist.

Vereinzelt wird laut **DRV Bund** angeregt, im Rahmen einer Überarbeitung auf Sachzwänge einer Massenverwaltung einzugehen.

Der **SER-Träger Rheinland-Pfalz** verweist auf die Antwort zur Frage 1d).

6.5.1.f.: Umsetzbarkeit im Verwaltungsalltag

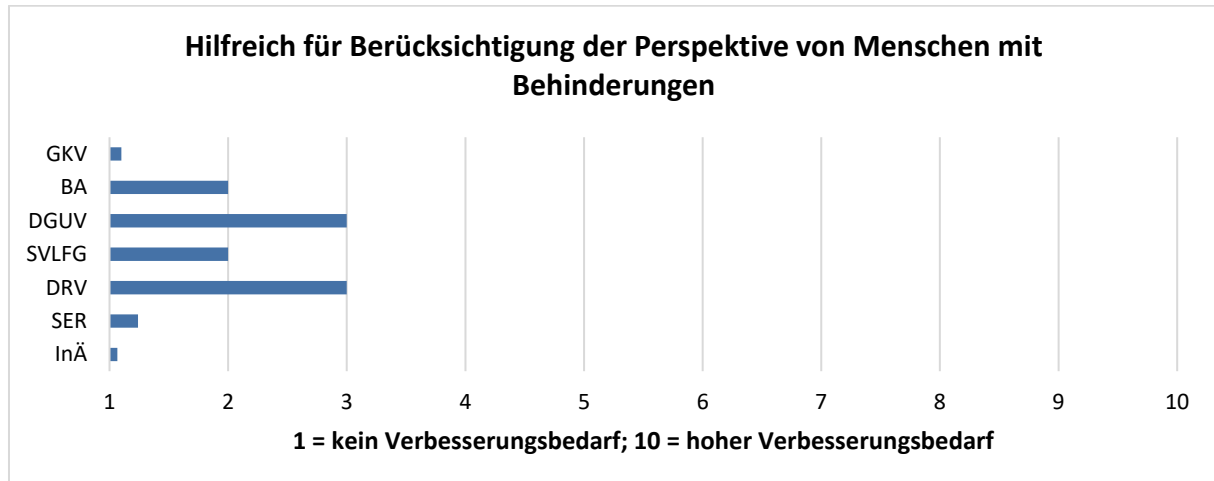
DRV Bund: Min.: 1, Max.: 10

Laut **DRV Bund** wird vereinzelt auf die Problematik eingegangen, dass in der Praxis von den Gutachtern nicht alle Anforderungen zu 100 % erfüllt werden könnten (personelle Sachzwänge). Eventuell sei eine Vorgabe zu einer einheitlichen Gutachten-Strukturvorlage – insbesondere bei trägerübergreifenden Handeln – hilfreich, wobei auf die Schrift der DRV Nr. 21, „Das ärztliche Gutachten für die gesetzliche Rentenversicherung – Hinweise zur Begutachtung“ verwiesen wird, die eine gute Grundlage bilde. In diesem Zusammenhang wird darauf hingewiesen, dass es insbesondere auf den konkreten Auftrag ankomme.

Der **SER-Träger Rheinland-Pfalz** verweist auf die Antwort zur Frage 1d).

Das **Integrationsamt Sachsen-Anhalt** teilt mit, dass im Bereich des Integrationsamtes in Sachsen-Anhalt die Ressource des ärztlichen Sachverständigen fehle, der die vorhandenen medizinischen Gutachten auf der Grundlage der ICD in ein Gutachten auf der Grundlage der ICF einbeziehe.

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



DRV Bund: Min.: 1, Max.: 10

6.5.1.h: Weitere Ansatzpunkte für Verbesserungen

Die **BA** regt an, die Vermeidung von Doppelgutachten als Qualitätskriterium aufzunehmen. Für die praktische Umsetzung wäre für die **DGUV** ein etwas deutlicherer Praxisbezug hilfreich.

Der **SVLFG** fehlt ein Hinweis auf Zeitfaktor der Erstellung.

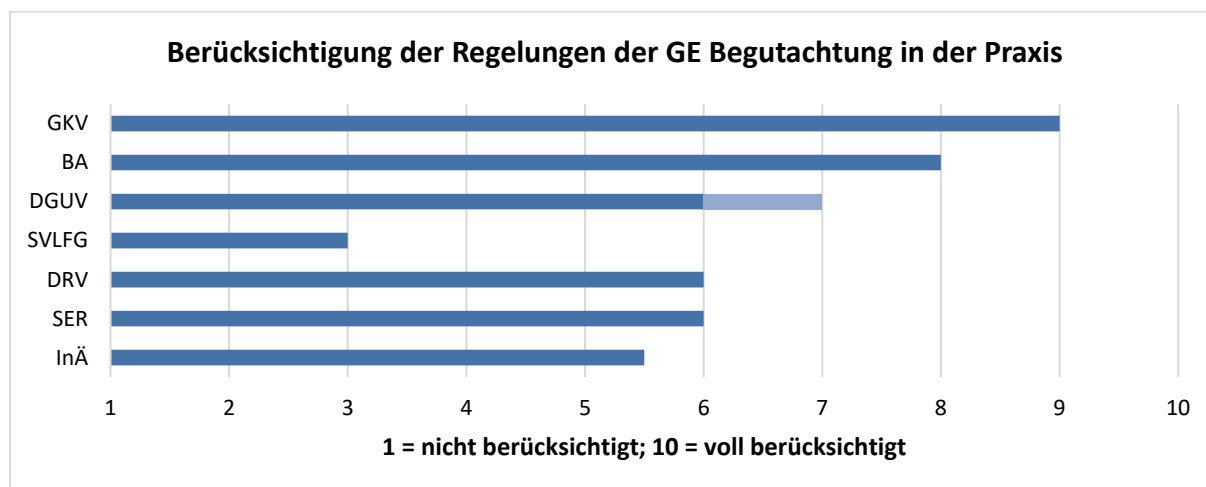
Laut **DRV Bund** werden überwiegend inhaltliche Anpassungen nicht für erforderlich gehalten. Allerdings könne der Erwartungshorizont an Gutachten realistischer formuliert werden. Vereinzelt werde angeregt, dass besonderer Wert auf die Darstellung der Epikrise zu legen sei; Therapieoptionen und Bezugnahmen auf andere Gutachten jüngerer Datums wären ebenfalls hilfreich. Für die Gutachter dürfte ein Hinweis auf die DRV-Schrift „Das ärztliche Gutachten für die gesetzliche Rentenversicherung – Hinweise zur Begutachtung“ hilfreich sein, da diese Schrift natürlich umfangreicher zu gutachterlichen Fragen Informationen bereithalten könne. Ergänzend könne der Gedanke des Peer Review der sozialmedizinischen Begutachtung aufgegriffen werden.

Der **SER-Träger Rheinland-Pfalz** verweist auf die Antwort zur Frage 1d).

Das **Integrationsamt Sachsen** sieht keine Ansatzpunkte für Verbesserungen. Vom **LWL-Inklusionsamt** erfolgt keine Stellungnahme. Die GE beziehe sich im Wesentlichen auf die medizinische Begutachtung. Hier seien noch Verbesserungen notwendig. Eine besondere Bedeutung der GE sei in diesem Zusammenhang noch nicht wahrgenommen worden. Im Bereich Teilhabeplan-/Gesamtplanverfahren WfbM gebe es in NRW eine Vereinbarung mit der Regionaldirektion der Agentur für Arbeit NRW, den RV in NRW und den beiden Landschaftsverbänden.

6.5.2. Wie bewerten Sie die Umsetzung dieser GE?

6.5.2.a: Berücksichtigung der Regelungen in der Praxis



DRV Bund: Min.: 1, Max.: 10

6.5.2.b: Besonders wichtige Regelungsgegenstände

Für die **GKV** sind die Verständigung auf gemeinsame Inhalte der Begutachtung (§ 3 der GE) und die Fokussierung auf die Relevanz von Kontextfaktoren für die Teilhabe (Wechselwirkungen) besonders wichtig. Die **BA** nennt die Qualität und Aussagekraft der Gutachten (§ 2 Abs. 3) sowie die konsequente Anwendung der ICF (§ 4) als wichtige Regelungsgegenstände. Für die **DGUV** sind Gliederung, Struktur und Qualitätskriterien des Gutachtens sowie Anforderungsprofil des Gutachters besonders relevant. Die **SVLFG** nennt den § 3 der GE.

Vielfach werden laut **DRV Bund** die §§ 2, 3 und 4 der GE genannt (trägerübergreifender sozialmedizinischer Blickwinkel und Qualitätskriterien; allgemeine inhaltliche Grundsätze für die Gutachtenerstellung; Gliederung und Anforderungsprofil des Gutachtens). Wichtig sei zu betonen, welchem Zweck das Gutachten dienen solle und mit welcher Zielsetzung Bedarfe – trägerübergreifend – festzustellen seien.

Besonders wichtig ist für den **KOF-Träger Brandenburg** die Einschätzung der gesundheitlichen Auswirkungen auf den Hilfebedarf. Für den **LWL als KOF-Träger** sollte das Gutachten verständlich und nachvollziehbar sein. Der **SER-Träger Sachsen** nennt die Einhaltung der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) i. V. mit dem bio-psycho-sozialen Modell der WHO für besonders relevant.

Seitens des **KOF-Trägers Thüringen** und der **SER-Träger Mecklenburg-Vorpommern** können diese Fragen nicht beantwortet werden. Der **KOV-Träger Mecklenburg-Vorpommern** führt hierzu aus, dass bei Reha-Leistungen durch den Bereich KOV des LAGuS äußerst selten externe Gutachter beauftragt würden.

Für das **Integrationsamt Sachsen-Anhalt** beschreibt das Gutachten auf der Grundlage der ICF ein Gesundheitsproblem ganzheitlich. Es könne folglich der Bedarf für den einzelnen Menschen mit Behinderungen umfassend ermittelt werden, um über die einzelfallbezogene Leistung zur Teilhabe zu entscheiden. Für das **Integrationsamt Sachsen** hat die GE keine praktische Bedeutung.

6.5.2.c Schwierigkeiten bei der Umsetzung

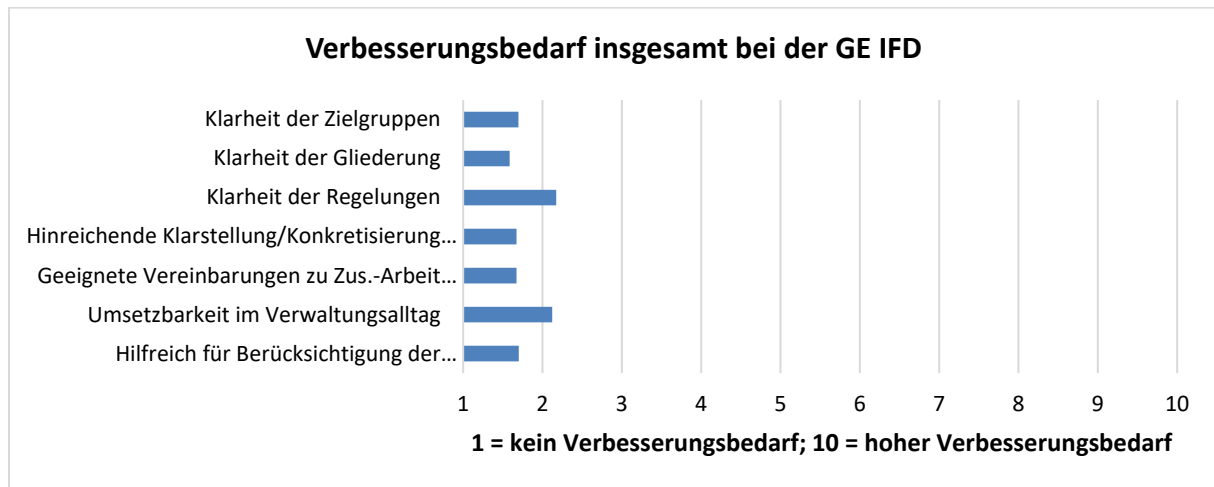
Die **BA** sieht Schwierigkeiten bei der einheitlichen Erstellung der Gutachten nach ICF sowie bei den Datenschutzregelungen im Zusammenhang mit der Begutachtung (ggf. in der GE Reha-Prozess regelbar). Die **DGUV** weist darauf hin, dass aufgrund des Gesamtprozesses im Bereich der Unfallversicherung Gutachten zur Feststellung des Rehabilitationsbedarfs im Sinne von § 14 Abs. 2 Satz 3 SGB IX i. d. R. nicht zum Einsatz kommen, allerdings andere entsprechende Unterlagen zur Verfügung stehen. Die **SVLFG** nennt den Zeitfaktor der Erstellung als Schwierigkeit. Laut **DRV Bund** werden überwiegend keine Schwierigkeiten bei der Umsetzung genannt. Soweit die GE einen Weg aufzeigen sollte, lediglich anhand von Fragebögen die Begutachtung vorzunehmen, käme dies zwar den Anforderungen des Massengeschäfts und dem personellen Engpass auf Gutachterseite entgegen, allerdings entspräche dies nicht dem Grundsatz der Personenzentrierung. Im Übrigen werde auf die Ausführungen zu 1f verwiesen.

Der **KOF-Träger Brandenburg** macht darauf aufmerksam, dass es schwierig sei geeignete Gutachter zu finden und die Gutachten zeitnah zu erstellen. Für den **LWL als KOF-Träger** ist aufgrund der sehr geringen Fallzahlen keine fundierte Aussage möglich. Die **KOV RLP** verweist auf die Antwort zu 1d. Laut **SER-Träger Sachsen** beinhaltet § 17 SGB IX die Begutachtung im Rahmen der Rehabilitationsleistungen gemäß § 5 SGB IX. Das Soziale Entschädigungsrecht (SER) habe im Berichtszeitraum in der Grundanerkennung nach der Versorgungsmedizin-Verordnung gearbeitet. Beide richteten sich an der ICF aus und betrachten den Einzelfall in Bezug auf die Person, den Gesundheitszustand und den Lebenshintergrund. In den zahlenmäßig relativ geringeren Rehabilitationsfällen des SER, in denen eine Begutachtung notwendig gewesen wie, habe man sich an andere Rehabilitationsträger gewendet. Da das SER für alle Leistungsgruppen im Sinne § 5 SGB IX zuständiger Rehabilitationsträger sei, habe die Notwendigkeit der Abstimmung bei Trägermehrheit kaum Bedeutung. Der **KOF-Träger Mecklenburg-Vorpommern** sieht Schwierigkeiten bei der Anforderung von Gutachten, in der Regel längere Wartezeiten.

Für das **Integrationsamt Sachsen** hat diese GE keine praktische Bedeutung. Das **Integrationsamt Sachsen-Anhalt** verweist auf die Antwort zu 1f.

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

Überblick:



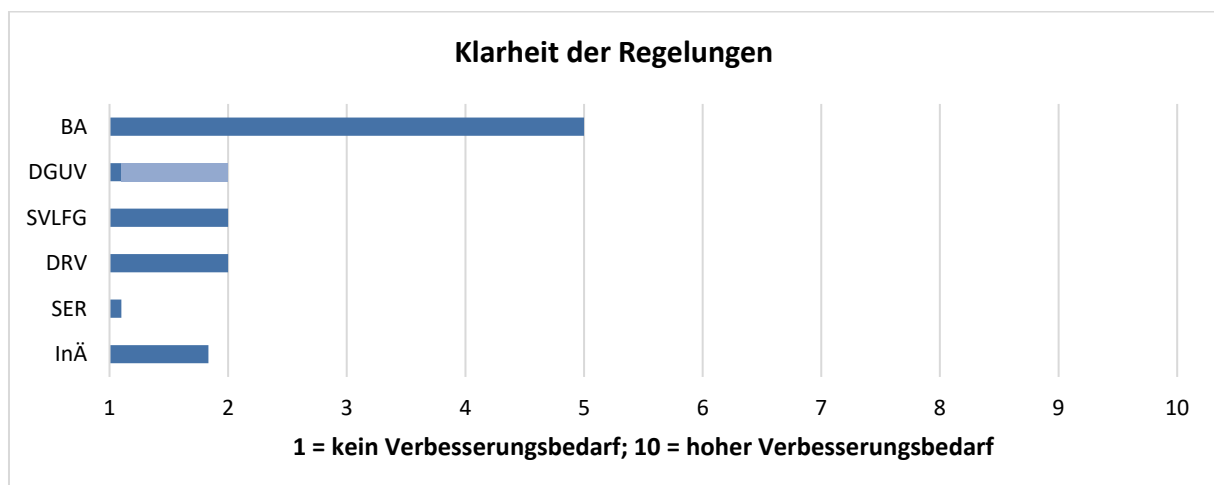
6.6.1. Wo sehen Sie Verbesserungsbedarf bei den Inhalten dieser GE und welchen?

6.6.1.a. und 6.6.1.b.: Klarheit der Zielgruppen und Klarheit der Gliederung

Bei der Klarheit der Zielgruppen wird wenig (bis zu „2“: **DGUV, SVLFG, DRV Bund** – hier allerdings Max.: „7“ -, **Integrationsämter**) oder kein (**BA, SER-Träger**) Verbesserungsbedarf gesehen. Für das **Integrationsamt Hamburg** ist unklar, warum schwerbehinderte Menschen im Rahmen der Aufgaben nach § 187 Abs. 1 Nr. 3 SGB IX nicht Gegenstand der Vereinbarung sind.

Ebenso wird bei der Klarheit der Gliederung wenig (bis zu „2“: **DGUV, SVLFG, DRV Bund** – hier allerdings Streuung bis Max.: „7“ -, Integrationsämter) oder kein (**BA, SER-Träger**) Verbesserungsbedarf gesehen.

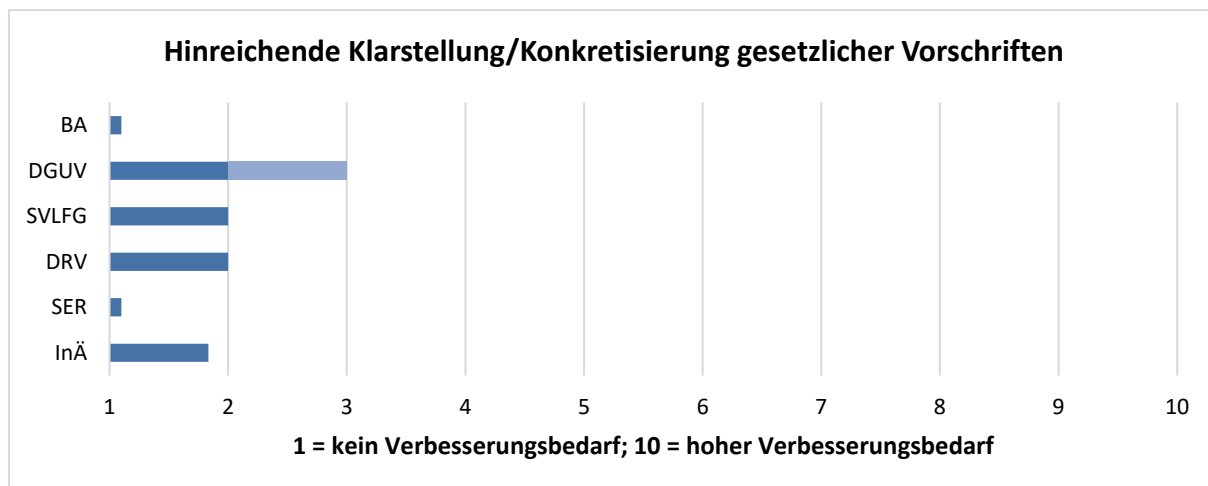
6.6.1.c.: Klarheit der Regelungen



DRV Bund: Min.: 1, Max.: 6

Die **BA** sieht hier Verbesserungsbedarf bei der Konkretisierung der IFD-Leistung „Fachdienstliche Stellungnahmen“ unter Berücksichtigung allgemeiner gesetzlicher Entwicklungen.

6.6.1.d.: Hinreichende Klarstellung / Konkretisierung gesetzlicher Vorschriften

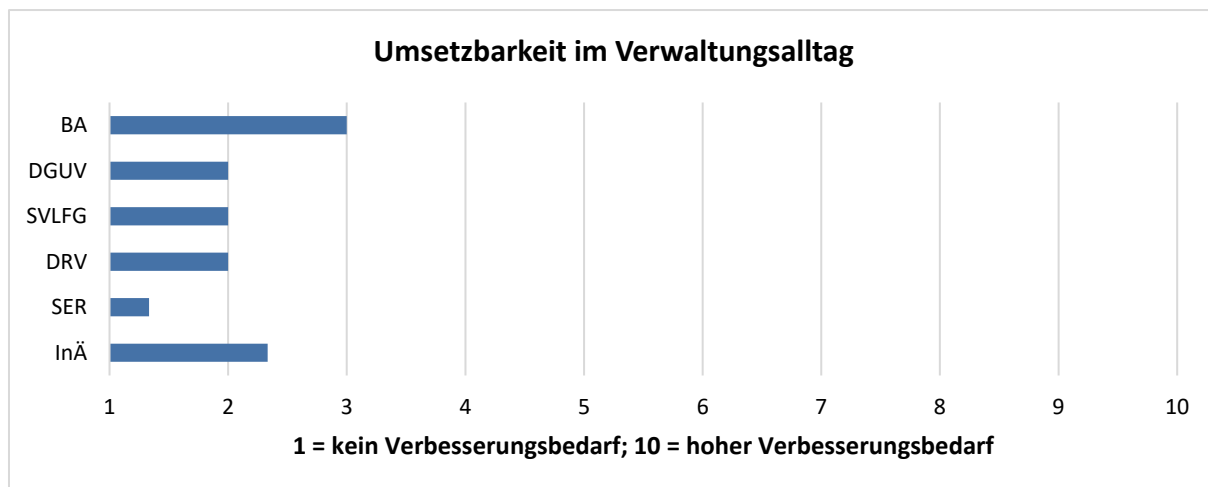


DRV Bund: Min.: 1, Max.: 7

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

Bei diesem Aspekt wird wenig (bis zu „2“: **DGUV, SVLFG, DRV Bund** – hier Streuung bis Max.: „4“ –, **Integrationsämter**) oder kein (**BA, SER-Träger**) Verbesserungsbedarf gesehen.

6.6.1.f.: Umsetzbarkeit im Verwaltungsalltag

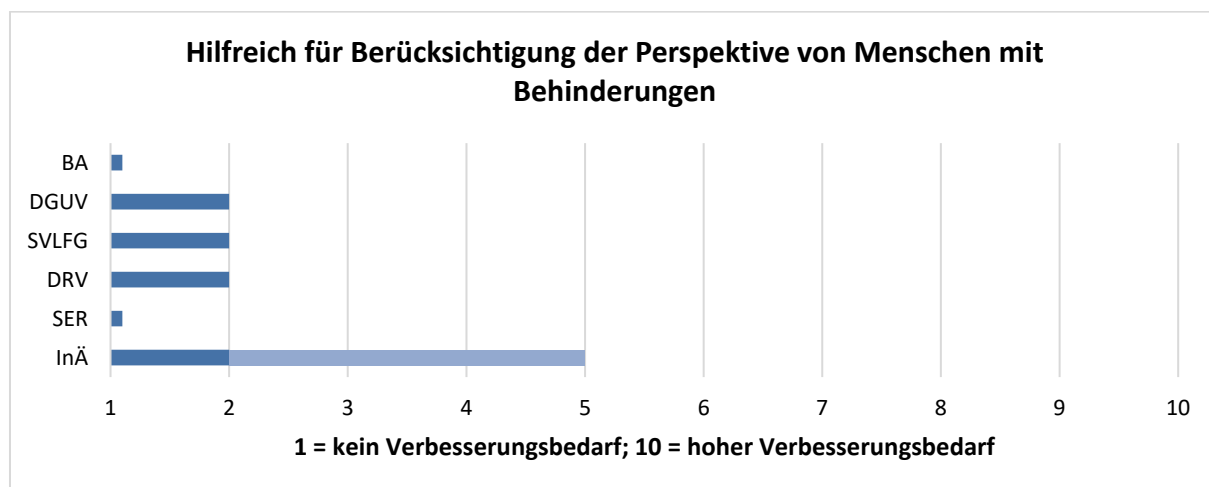


DRV Bund: Min.: 1, Max.: 5

Die GE sollte aus Sicht der **BA** um konkretisierende Hinweise zum Beauftragungsverfahren ergänzt werden. Zudem sei eine Klarstellung des Vermittlungsauftrags und der Vermittlungvergütung im Kontext mit einer befristeten Probebeschäftigung nach § 50 Abs. 1 Nr. 4 SGB IX hilfreich.

Das **LWL-Inklusionsamt** stellt mehr Abstimmung der Kooperationspartner fest. Es wird darauf hingewiesen, dass die GE teilweise nicht bei sämtlichen Mitarbeitenden der beteiligten Rehabilitationsträger bekannt seien.

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



DRV Bund: Min.: 1, Max.: 6

Aus Sicht des **Integrationsamtes Baden-Württemberg** wird die GE IFD von den Rehabilitationsträgern leider sehr wenig genutzt, sodass diese in der Praxis nur für eine sehr kleine Gruppe behinderter Menschen den wichtigen Zugang zu den IFD ermögliche.

6.6.1.h: Weitere Ansatzpunkte für Verbesserungen

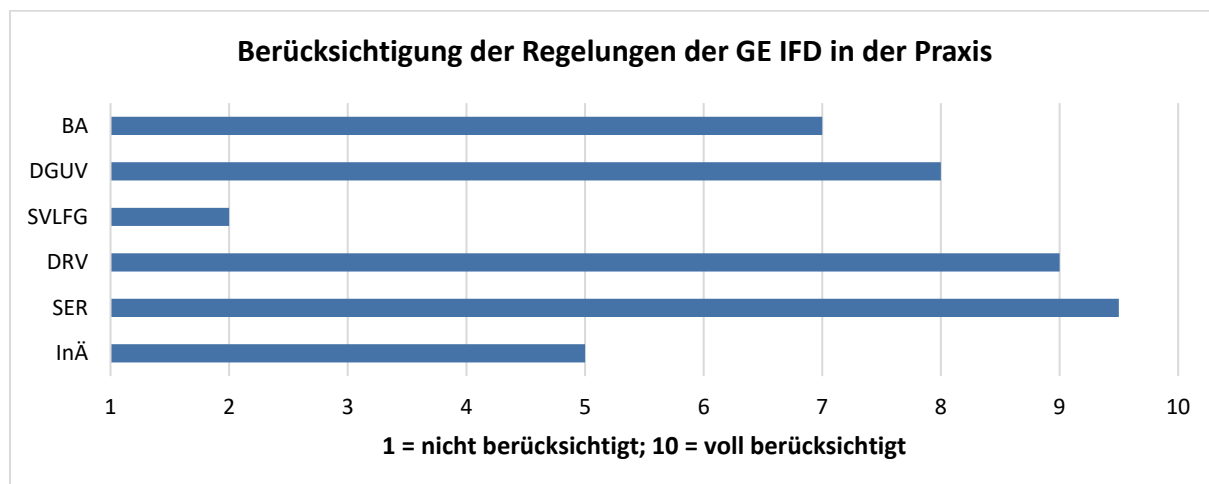
Eine Überarbeitung im Sinne des BTHG wird von der **DRV Bund** als sinnvoll erachtet.

Beim **KOF-Träger Mecklenburg-Vorpommern** kann dieser Aspekt nicht beurteilt werden, da bisher nur ein Fall in der Praxis aufgetreten sei. Bei diesem Fall habe es keine Probleme mit dem IFD und dem Kostenträger gegeben.

Die Vereinbarung sollte aus Sicht des **Integrationsamts Hamburg** bei der nächsten Überarbeitung mit den aktuell geltenden Paragraphen des SGB IX versehen werden. Zudem sollten die Vergütungspauschalen überprüft und gegebenenfalls angepasst werden.

6.6.2. Wie bewerten Sie die Umsetzung dieser GE?

6.6.2.a: Berücksichtigung der Regelungen in der Praxis



DRV Bund: Min.: 5, Max.: 10

6.6.2.b: Besonders wichtige Regelungsgegenstände

Für die **BA** sind § 2 (Zielgruppen und Aufgaben des IFD), § 4 (Beauftragung) und § 6 (Zusammenarbeit, Vergütungsregelungen) besonders relevant.

Aus Sicht der **DGUV** sind die Klarheit über Aufgaben und Hintergründe des IFD, die Zusammenarbeit und Beauftragung durch die Reha-Träger und die Vergütungspauschalen wichtig.

Für die **SVLFG** sind Arbeitgeberkontakte für die zielgerichtete berufliche Eingliederung relevant.

Unabhängig davon, dass grundsätzlich die Regelungen der GE als wichtig erachtet werden, sind für die **DRV Bund** insbesondere Regelungen zur klaren Aufgabenteilung oder zur fachdienstlichen Stellungnahme und auch zu festzulegenden Vergütungspauschalen relevant.

Aus dem Bereich der **SER-Träger** weist der **KOV-Träger Mecklenburg-Vorpommern** darauf hin, dass dies keine Reha-Leistung der KOV ist. Die KOV könne dies daher nicht beurteilen. Auch der **KOF-Träger Mecklenburg-Vorpommern** gibt an, diesen Aspekt nicht beurteilen zu können. Für den **KOF-Träger Niedersachsen** sind §§ 4 und 5 besonders relevant. Eine qualifizierte Beratung der Leistungsberechtigten sowie ein vertrauensvoller Umgang mit diesen ist für den **LWL als KOF-Träger** wichtig. Der **KOF-Träger Thüringen** teilt mit, dass die Beauftragung von Integrationsfachdiensten im Jahr 2019 nicht erfolgt sei. Somit habe es keine aktuellen Erfahrungen mit dieser GE gegeben.

Laut **Integrationsamt Baden-Württemberg** sind alle Regelungsgegenstände wichtig. Für das **Integrationsamt Hamburg** sind es der niedrigschwellige Zugang der schwerbehinderten Menschen und der Arbeitgeber zum IFD. Die Vergütungspauschalen sind für das **Integrationsamt Niedersachsen** wichtig. Beim **LWL-Inklusionsamt** ist die einheitliche Ausführung von Leistungen zur Teilhabe (insbesondere bei Komplexleistungen) besonders relevant.

6.6.2.c Schwierigkeiten bei der Umsetzung

Die **BA** berichtet, dass die Beauftragung von IFD durch den Reha-Träger BA regional z. T. nicht möglich sei, da eine für die Durchführung von Arbeitsmarktdienstleistungen notwendige Zulassung durch eine fachkundige Stelle gem. § 176 Abs. 1 SGB III nicht vorliege.

Einzelne Träger der DRV melden laut **DRV Bund** Verbesserungspotential im Zusammenhang mit der Beauftragung, der Abrechnung und der fehlenden Definition von einheitlichen Kriterien im Sinne des § 7 der GE.

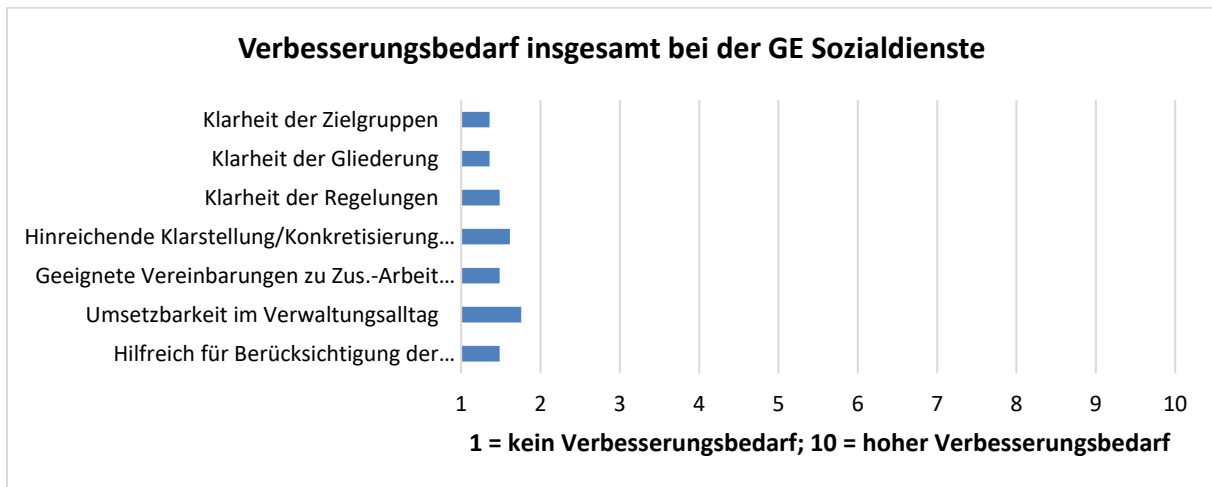
Der **KOF-Träger Niedersachsen** und der **LWL als KOF-Träger** berichten von keinen Schwierigkeiten. Der LWL als KOF-Träger berichtet zudem von einer guten Zusammenarbeit mit den IFD. Der **SER-Träger Sachsen** teilt mit, dass der Kommunale Sozialverband Sachsen neben dem Landesversorgungsamt und der Hauptfürsorgestelle auch das Integrationsamt unterhalte. 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.

Seitens der **Integrationsämter Baden-Württemberg** und **Niedersachsen** werden keine Schwierigkeiten gesehen. Das **Integrationsamt Hamburg** führt aus, dass der niedrigschwellige Zugang für schwerbehinderte Menschen nicht unbedingt gegeben sei, wenn die Reha-Träger für die Beauftragung der IFD-Leistung zuständig seien. Das Antragsverfahren über

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sei umfangreich und brauche einen relativ langen Zeitverlauf, bis klar sei, ob der IFD vom Reha-Träger beauftragt werde. Es sei nicht immer klar, in welchen Fällen welcher Kostenträger zuständig sei. Die Klärung nehme oft viel Zeit in Anspruch. Dies führe insbesondere bei IFD-Begleitungsfällen, die schnell und dringend Unterstützung in einem gefährdeten Arbeitsverhältnis benötigten, zu Schwierigkeiten. Das **LWL-Inklusionsamt** berichtet, dass die Abstimmung und Kooperation in den örtlichen Koordinierungsausschüssen sehr unterschiedlich seien. Teilweise seien die GE nicht allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der beteiligten Rehabilitationsträgern bekannt.

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

Überblick:



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

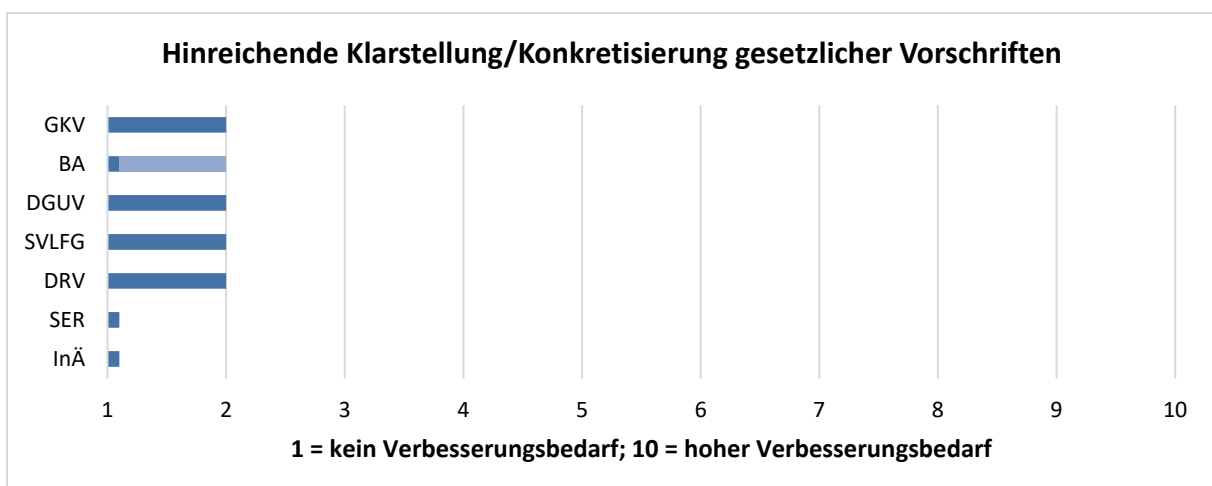
6.7.1.a. bis 6.7.1.c.: Klarheit der Zielgruppen, der Gliederung und der Regelungen

Bei der Klarheit der Zielgruppen wird kein Verbesserungsbedarf gesehen von der **GKV**, **DRV Bund** (in diesem Bereich allerdings Max.: „3“), den Trägern des **SER** und den **Integrationsämtern**. Wenig Verbesserungsbedarf (Max.: „2“) wird von der **BA** (Korridor bis „2“), der **DGUV** und der **SVLFG** gesehen.

Ebenso wird bei der Klarheit der Gliederung kein Verbesserungsbedarf gesehen von der **GKV**, **BA**, **DRV Bund** (Max.: „2“), den **SER-Trägern** und den **Integrationsämtern**. Wenig Verbesserungsbedarf (Max.: „2“) wird von der **DGUV** und der **SVLFG** gesehen.

Ein ähnliches Bild ergibt sich zur Frage nach der Klarheit der Regelungen. Die **GKV**, **BA**, die **SER-Träger** und die **Integrationsämter** sehen keinen Verbesserungsbedarf. Wenig Verbesserungsbedarf (Max.: „2“) wird von der **DGUV**, der **SVLFG** und der **DRV Bund** (Max.: „3“), gesehen.

6.7.1.d.: Hinreichende Klarstellung / Konkretisierung gesetzlicher Vorschriften



DRV Bund: Min.: 1, Max.: 3

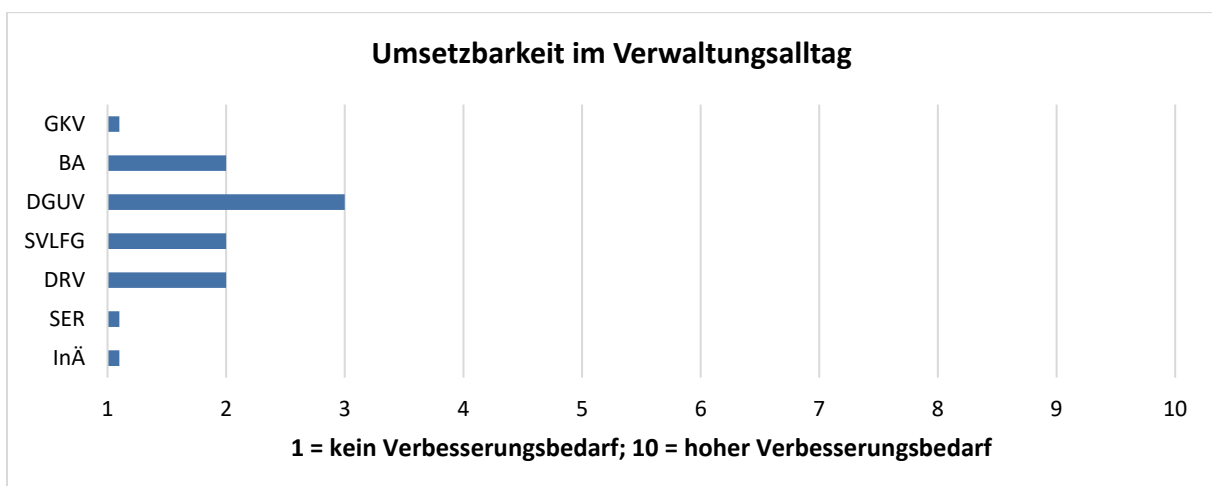
Die **GKV** benennt als Verbesserungsbedarf die Übernahme der gesetzlichen Änderungen aus dem Einlegeblatt (SGB IX 2018).

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



DRV Bund: Min.: 1, Max.: 3

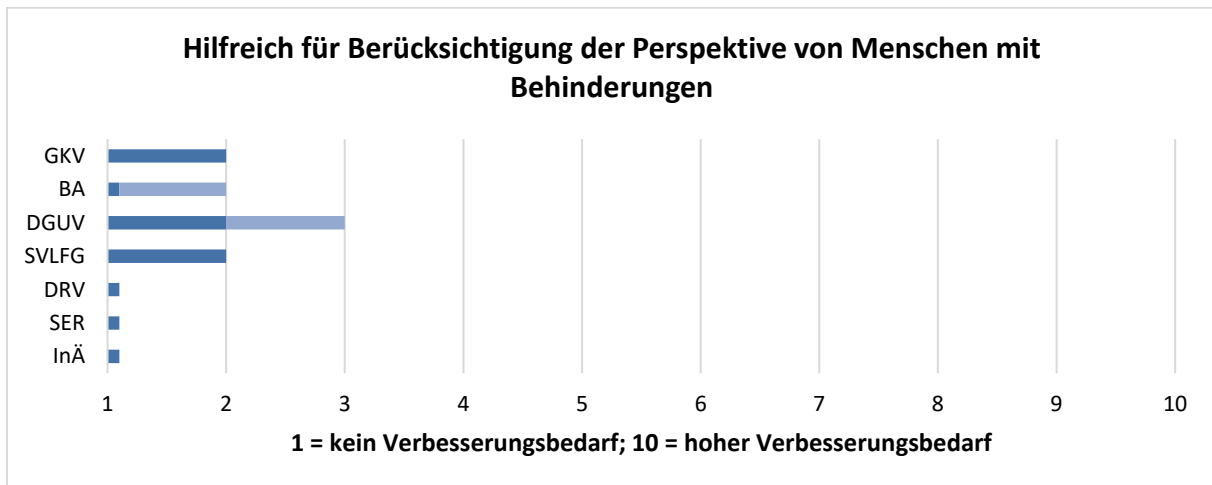
6.7.1.f.: Umsetzbarkeit im Verwaltungsalltag



DRV Bund: Min.: 1, Max.: 8

Die **DRV Bund** teilt mit, dass für die Rentenversicherungsträger die Relevanz dieser GE nur in überschaubarem Rahmen gegeben sei. Kontakte zu Sozialdiensten ergäben sich nur selten, so z. B. im Falle von Anschluss-Rehabilitationen, bei stufenweiser Wiedereingliederung und fallbezogenen Betreuungsangeboten im Rahmen betrieblicher Kooperationen.

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



DRV Bund: Min.: 1, Max.: 3

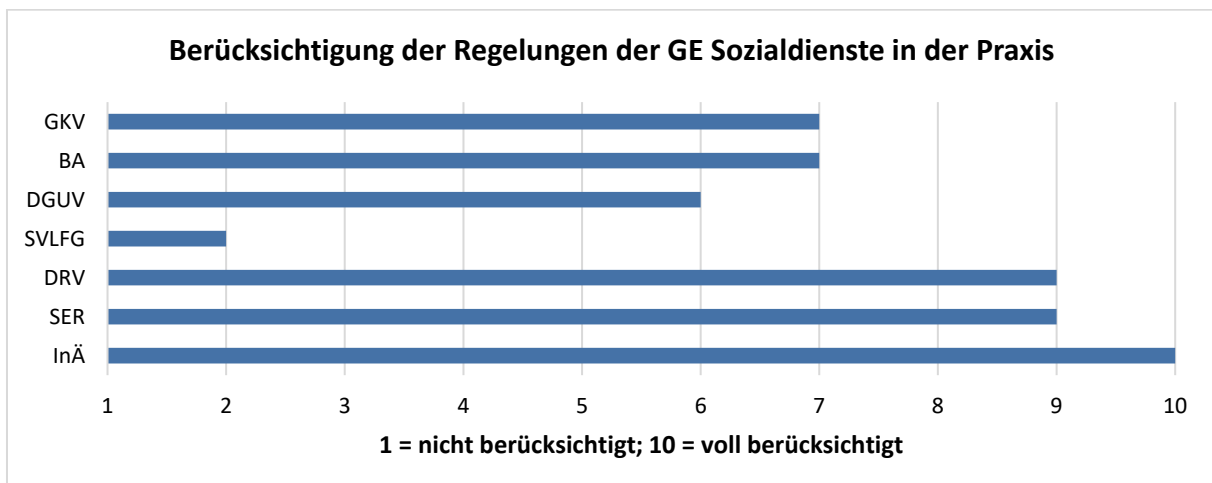
6.7.1.h: Weitere Ansatzpunkte für Verbesserungen

Von Seiten der **BA** wird angeregt, dass die Sozialdienste der Krankenhäuser sowie der ambulanten und stationären Einrichtungen frühzeitig Kontakt mit den Agenturen für Arbeit aufnehmen sollten, um einen guten Übergang für LTA zu ermöglichen.

Vom **LWL-Inklusionsamt** erfolgt keine Stellungnahme. Die GE habe bisher keine praktische Bedeutung für das Inklusionsamt. Vom **Integrationsamt Sachsen** werden keine Ansatzpunkte für Verbesserungen gesehen.

6.7.2. Wie bewerten Sie die Umsetzung dieser GE?

6.7.2.a: Berücksichtigung der Regelungen in der Praxis



DRV Bund: Min.: 2, Max.: 10

6.7.2.b: Besonders wichtige Regelungsgegenstände

Besonders wichtig sind für die **GKV** die Aufgaben/Rolle der Sozialdienste im Krankenhaus und in Rehabilitationseinrichtungen und somit im Reha-Prozess (§ 2 GE), insbesondere mit Blick auf das Erkennen weiterer Bedarfe an Leistungen zur Teilhabe. Auch für die **BA** sind die Aufgaben von Sozialdiensten im Rahmen des Reha-Prozesses (§ 3 GE) sowie die Kooperation zwischen Sozialdiensten und Rehabilitationsträgern (§ 4 GE) besonders wichtig. § 4 der GE wird auch von der **DGUV** und der **SVLFG** benannt. Für die **SVLFG** ist darüber hinaus auch das Erkennen von Bedarfen wichtig.

Aus Sicht der RV-Träger werden laut **DRV Bund** – unabhängig von der geringeren Relevanz im Prozess – überwiegend die Ausführungen in § 3 und 4 als hilfreich eingeschätzt. Vereinzelt werde ausgeführt, dass die GE für die Sachbearbeitung eine Unterstützung insoweit darstelle, als die Rolle des anderen Akteurs besser verstanden werde.

Der **KOF-Träger Brandenburg** führt aus, dass die Zusammenarbeit insbesondere bei Fällen der Eingliederungshilfe im Rahmen der teilstationären und ambulanten Betreuung (Fachleistungsstunden und Tagesstruktur) auch im Zusammenwirken mit den Jugend- und Sozialämtern recht gut funktioniere. Hierbei nutze die KOF die Erfahrungen bei der Bedarfsermittlung und wende die Ergebnisse entsprechend den Besonderheiten der Leistungsberechtigten nach dem BVG an. Die **SER-Träger Mecklenburg-Vorpommern** geben an, dass keine Erfahrungswerte vorhanden seien. Der **LWL als KOF-Träger** teilt mit, dass die Kooperation mit Sozialdiensten aktuell unproblematisch sei. Für den **KOF-Träger Thüringen** hatte diese GE bisher keine Bedeutung. Eine Mitarbeit für Sozialdienste vom Krankenhaus etc. erfolge bisher nicht. Der **KOF-Träger Niedersachsen** nennt die §§ 3 und 4 als besonders relevante Regelungsgegenstände.

Für die **Integrationsämter Sachsen** und **Hamburg** hat diese GE keine praktische Bedeutung.

6.7.2.c Schwierigkeiten bei der Umsetzung

Die **GKV** berichtet, dass die Sozialdienste (meistens Mitarbeiter der Krankenhäuser) den Versicherten direkt Rehabilitationskliniken vorschlagen, mit denen sie bereits eng zusammenarbeiteten. Vor diesem Hintergrund bliebe offen, ob und inwieweit Versicherte ein selbstbestimmtes Wunsch- und Wahlrecht ausüben.

Die **BA** sieht Schwierigkeiten bei der Umsetzung des Sozialdatenschutzes (DSGVO) und der Vernetzung zwischen Reha-Trägern und Sozialdiensten.

Laut **DRV Bund** werden überwiegend keine Schwierigkeiten bei der Umsetzung gesehen. Vereinzelt werde angeregt, dass ein Erfahrungsaustausch auf regionaler Ebene ausbaufähig sei.

Für den **SER-Träger Sachsen** und das **Integrationsamt Sachsen** hatte diese GE keine praktische Bedeutung. Der **KOF-Träger Niedersachsen** sieht keine Schwierigkeiten bei der Umsetzung dieser GE.

7. Ausblick

Inhaltliche Erkenntnisse

Die inhaltlichen Erkenntnisse zu den beiden Berichtsschwerpunkten GE Einrichtungen LTA und GE UB werden unmittelbar bei der im ersten Quartal 2020 gestarteten Überarbeitung dieser beiden GE mit einfließen.

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

- weitere Verbesserung der Verbindlichkeit und Orientierungskraft der GE,
- Anpassung des benannten Personalschlüssels, insb. Diskussion der Feststellungsquote von 70% im Hinblick auf den Fachkräftemangel,
- Berücksichtigung der Ergebnisse der Projektgruppe „Einheitliches rv-weites Konzept für Visitationen in beruflichen Bildungseinrichtungen“ (PGVISTALTA),
- Berücksichtigung datenschutzrechtlicher Aspekte,
- Schaffung einer Basis für Qualitäts- und Leistungshandbücher, dabei Einbeziehung/Grundlage der von den Einrichtungen selbst entwickelten QS-Handbücher,
- Abstimmung von klareren Definitionen und Anforderungen, Beschreibung der Aufgaben und Leistungen,
- Kooperation der Akteure,
- Schwerpunktlegung auf die betrieblichen Phasen,
- Auswirkung/Beachtung von KI/Digitalisierung/Arbeit 4.0,
- Ergänzung von mobilen Lernformen zu den Präsenzphasen (= Nachhaltiges Umsetzen neuer „Corona“-Strukturen, betreffend die Einrichtungen (Angebote), aber auch die Reha-Träger (Akzeptanz)).

Weitere Hinweise:

- Abgleich (Hinweise auf evtl. Überarbeitung) bestehender Rahmenverträge.

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

- Anpassung der GE an die neuen Regelungen zum Teilhabepflanverfahren,
- Prüfung von sinnvollen Verknüpfungsmöglichkeiten/Verzahnung zu anderen GE (z. B. GE Reha-Prozess oder GE IFD),
- Aktualisierung bzgl. der Qualitätsanforderungen, insbesondere Konkretisierung der QS-Anforderungen und des QS-Prüfverfahrens,
- Beschreibung der Leistungsinhalte (insbesondere die Definition der drei Phasen).

Weitere Hinweise:

- Anreicherung mit Praxisbeispielen, auch zwecks verbesserter Akzeptanz des Instruments.

Auch die übrigen Erkenntnisse werden aufgegriffen, sobald die jeweiligen Gemeinsamen Empfehlungen zur Überarbeitung anstehen. Dies wird insbesondere bei den 2021 für die Überarbeitung vorgesehenen GE „Begutachtung“, „IFD“ und „Sozialdienste“ der Fall sein.

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

- Ergänzung der Zielgruppe um psychologische und andere Sachverständige,
- Ergänzungen hinsichtlich der Erhebung von Kontextfaktoren i. S. d. ICF,
- Vermeidung von Doppelbegutachtungen als Qualitätskriterium verankern,
- Aufnahme von Verweisen auf einschlägige weiterführende Informationen bzw. Vorgaben einzelner Trägerbereiche, z. B. auf die DRV-Schrift ‚Das ärztliche Gutachten für die gesetzliche Rentenversicherung – Hinweise zur Begutachtung‘.

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

- Konkretisierung der IFD-Leistung „Fachdienstliche Stellungnahmen“ unter Berücksichtigung allgemeiner gesetzlicher Entwicklungen,
- Klarstellung des Vermittlungsauftrags und der Vermittlungsvergütung im Kontext mit einer befristeten Probebeschäftigung nach § 50 Abs. 1 Nr. 4 SGB IX,
- Verbesserung der Bekanntheit bzw. Nutzung der GE bei Reha-Trägern,
- Vergütungspauschalen überprüfen und gegebenenfalls anpassen.

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

- stärkere Vernetzung zwischen Reha-Trägern und Sozialdiensten, insbesondere frühzeitige Kontaktaufnahme der Sozialdienste der Krankenhäuser sowie der ambulanten und stationären Einrichtungen mit den Agenturen für Arbeit. Dafür auch Klärung von Herausforderungen des Sozialdatenschutzes (DSGVO),
- gegebenenfalls zudem Eingehen auf trägerbereichsbezogen besonders relevante Konstellationen (z. B. Anschluss-Rehabilitationen, bei stufenweiser Wiedereingliederung und fallbezogenen Betreuungsangeboten im Rahmen betrieblicher Kooperationen),
- Betonung des selbstbestimmten Wunsch- und Wahlrechts der Versicherten,
- Ausbau des Erfahrungsaustauschs auf regionaler Ebene.

Für die genannten GE LTA, UB, Begutachtung, IFD und Sozialdienste wird zudem die Anpassung an die aktuellen gesetzlichen Regelungen nach dem BTHG als Verbesserungsbedarf genannt.

Hinsichtlich der **GE Reha-Prozess** können die Erkenntnisse aus dem Bericht genutzt werden, um zielführende Schwerpunkte für weitere Umsetzungshilfen und -aktivitäten zu identifizieren. Die Hinweise werden zunächst soweit möglich in Umsetzungsprojekten aufgegriffen. Hierbei können sie auch durch andere einschlägige Erkenntnisquellen, z. B. aus der Implementierungsstudie gem. § 13 SGB IX ergänzt werden.

Besonders relevant sind folgende Verbesserungsansätze zur GE selbst:

- weniger komplexe Formulierungen, Präzisierung von Vorschriften, kürzere Sätze, möglichst Vermeidung von Querverweisen,
- stärkere Verwendung von Praxisbeispielen,
- Definition: „vollständiger“ Antrag,

- Konkretisierung des Teilhabeplanverfahrens in Struktur und Verfahren, Teilhabeplanung effizienter und verwaltungsökonomischer gestalten („Verfahren bei Standardfällen“); Berücksichtigung von Menschen mit Behinderungen hinsichtlich des Umfangs von Dokumenten, weitere Klärung von speziellen Fragen etwa bei Bedarfsermittlung und -feststellung/Splitting/ Beteiligung als zweit-/drittangegangener Träger/Teilhabeplanverfahren,
- nähere Regelungen zu § 18 SGB IX (Erstattung/Genehmigungsfiktion), Spannungsverhältnis zwischen der zeitlich engen Verantwortlichkeit nach § 18 SGB IX und der personenzentrierten Bedarfsermittlung, bspw. im Rahmen von dynamisch und flexibel gestalteten Rehabilitationsprozessen aufgreifen,
- Aufnahme von weiteren Verweisen auf einschlägige weiterführende Informationen bzw. Vorgaben einzelner Trägerbereiche, z. B. auf die DRV-Schrift ‚Das ärztliche Gutachten für die gesetzliche Rentenversicherung – Hinweise zur Begutachtung‘,
- Prüfung, ob Paragrafenangaben zur Vermeidung von Irritationen und Verbesserung der Lesbarkeit ausschließlich den Gesetzesangaben vorbehalten bleiben sollten. Ggf. sollten die Regelungen in der GE alternativ eine numerische, alphabetische oder alpha-numerische Gliederung erhalten.

Weitere Hinweise zur GE Reha-Prozess:

- Arbeitshilfe zur Umsetzungsunterstützung.

Weitere GE übergreifend relevante Aspekte

Perspektivisch sollte versucht werden, das Verhältnis der Anforderungen der Qualitätssicherung und des Datenschutzes deutlicher herauszuarbeiten, soweit es um die Ergebnisse von Rehabilitationsleistungen geht. Zum Beispiel wenn es zur Qualitätssicherung eines Bildungsträgers gehört, nachvollziehbar Fälle des Scheiterns zu dokumentieren. Hierbei könnte zum Beispiel die Möglichkeiten und Grenzen der Pseudonymisierung vertieft betrachtet werden.

Weiterentwickelte Berichtsmethodik

Der vorliegende Bericht zeigt, dass die weiterentwickelte Befragungsmethodik punktuell zu einer erheblich konkreteren Befassung der Rehabilitationsträger mit den Gemeinsamen Empfehlungen beigetragen hat. Mit der Umstellung waren allerdings auch Fragen verbunden betreffend das Ausfüllen der Fragebögen, insbesondere bei der Bündelung von Rückmeldungen verschiedener Träger aus einem Trägerbereich und das Ausfüllen von Fragen für Leistungserbringer. Die Rückmeldungen der DRV Bund zeigen, welche Spannbreite an Verbesserungspotenzialen teilweise gesehen wird. Diese Aspekte werden für die Vorbereitung des folgenden Berichts genutzt.

Mehr Substanz in Rückmeldungen

Die erhebliche Steigerung bei den inhaltlich substantiierten Rückmeldungen aus dem Bereich der Rehabilitationsträger und die konkreten Hinweise aus dem Bereich der Leistungserbringer kontrastieren mit fehlenden Rückmeldungen aus dem Bereich der Jugendhilfe und in diesem Bericht auch aus dem Bereich der Verbände von Menschen mit Behinderungen.

Gleichzeitig wird seitens der Jugendhilfe ein deutlich verstärktes Interesse an der Nutzung der Ergebnisse trägerübergreifender Abstimmung in der Praxis wahrgenommen (Mustervordruck Teilhabeplan). Auch führt die Neuaufstellung des BAR-Sachverständigenrates Partizipation zu tendenziell verstärkter Mitwirkungsbereitschaft der dort vertretenen Verbände bei der BAR. Diesen Aspekten wird bei der Vorbereitung des kommenden Berichts verstärkt Rechnung zu tragen sein. Hierfür wird zeitnah der Gesprächsfaden mit dem Sachverständigenrat Partizipation und mit Vertretern aus dem Bereich der Jugendhilfe aufgenommen

8. Abkürzungsverzeichnis

BA	Bundesagentur für Arbeit
BAG	Bundesarbeitsgemeinschaft
BAGüS	Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und der Eingliederungshilfe
BBW	Berufsbildungswerke
BFW	Berufsförderungswerke
BG	Berufsgenossenschaft
Br.	Brandenburg
BTZ	Berufliche Trainingszentren
BV	Bundesverband
BW	Baden-Württemberg
DRV	Deutsche Rentenversicherung
EGH	Eingliederungshilfe
GE	Gemeinsame Empfehlung / Gemeinsame Empfehlungen
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
HH	Hamburg
IFD	Integrationsfachdienst
InA	Integrationsamt
InÄ	Integrationsämter
InkIA	Inklusionsamt
JuHi	Jugendhilfe
KOF	Kriegsopferfürsorge
KOV	Kriegsopferversorgung
LWL	Landschaftsverband Westfalen-Lippe
MV	Mecklenburg-Vorpommern
Ns.	Niedersachsen
RLP	Rheinland-Pfalz
RPK	Rehabilitation psychisch kranker Menschen
RV	Rentenversicherung
Sa.	Sachsen
Sa.-Anh.	Sachsen-Anhalt
SER	Soziales Entschädigungsrecht
SH	Schleswig-Holstein
SVLFG	Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau
THP	Teilhabplan
THPK	Teilhabepflichtkonferenz
Thü	Thüringen
UB	Unterstützte Beschäftigung
UV	Unfallversicherung
WfbM	Werkstatt für behinderte Menschen
SGB	Sozialgesetzbuch
DSGVO	EU-Datenschutz-Grundverordnung

9. Anlagen

Erfahrungsbericht zu Gemeinsamen Empfehlungen (GE) nach § 26 Abs. 8 SGB IX
Schwerpunkt GE „Unterstützte Beschäftigung“ nach § 38a Abs. 6 SGB IX
(seit 2018: § 55 Abs. 6 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 der Regelungen in der GE „XXX“: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
(1 = kein Verbesserungsbedarf, 10 = hoher Verbesserungsbedarf)

Konkreter Verbesserungsbedarf:
Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

b) Klarheit der Gliederung der GE 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
(1 = kein Verbesserungsbedarf, 10 = hoher Verbesserungsbedarf)

Konkreter Verbesserungsbedarf:
Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

c) Klarheit der GE-Regelungen 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
(1 = kein Verbesserungsbedarf, 10 = hoher Verbesserungsbedarf)

Konkreter Verbesserungsbedarf:
Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

d) GE enthält hinreichende ~~Klarstel-~~lungen und Konkretisierungen gesetzlicher Vorschriften 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
(1 = kein Verbesserungsbedarf, 10 = hoher Verbesserungsbedarf)

Konkreter Verbesserungsbedarf:
Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

e) GE enthält geeignete ~~Vereinba-~~run- gen zur Zusammenarbeit bei Umsetzung gesetzl. Vorschriften 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
(1 = kein Verbesserungsbedarf, 10 = hoher Verbesserungsbedarf)

Konkreter Verbesserungsbedarf:
Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

f) Umsetzbarkeit der GE-~~Regelun-~~gen im Verwaltungsalltag 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
(1 = kein Verbesserungsbedarf, 10 = hoher Verbesserungsbedarf)

Konkreter Verbesserungsbedarf:
Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

g) GE-Regelungen helfen, die Perspektive von Menschen mit Behinderung zu berücksichtigen 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
(1 = kein Verbesserungsbedarf, 10 = 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 ~~Regelun-~~gen dieser GE in der Praxis 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
(1 = nicht berücksichtigt, 10 = voll 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

– Klarstellungen zur Zusammenführung von Rückmeldungen zu den allgemeinen Fragen –

Hintergrund der Weiterentwicklungen des Erfahrungsberichts:

Für den Berichtszeitraum 2018/2019 wurde der Erfahrungsbericht auf Basis entsprechender Beschlüsse des Ausschusses „Gemeinsame Empfehlungen“ neu aufgestellt. Hintergrund ist insbesondere, dass es sich um den ersten Bericht nach Inkrafttreten der Reformstufe 2 des BTHG handelt, die zu zahlreichen Änderungen bei den Vorschriften zur trägerübergreifenden Zusammenarbeit in Teil 1 SGB IX geführt hat.

Wesentliche Weiterentwicklung: Änderungen der Abfrage (Fragebögen) zum Erfahrungsbericht:

Zu allen Gemeinsamen Empfehlungen wurden allgemeine Fragen formuliert, für die sowohl Antworten auf einer Skala von 1 bis 10 als auch ergänzende Freitextangaben vorgesehen sind.

Klarstellungen:

Fallen die Antworten verschiedener Träger aus einem Trägerbereich zu einer allgemeinen Frage unterschiedlich aus, streuen sie z.B. über die gesamte Skala von 1 bis 10, oder schöpfen sie diese ggf. sogar komplett aus, ist bei der Zusammenführung Folgendes zu beachten:

- Referenzfall: die Antworten einzelner Träger aus einem Trägerbereich zu einer Frage lassen sich mit einem Kreuz bei einer einzigen Zahl auf der Skala von 1 bis 10 aussagekräftig zusammenführen.
- Besonderheit: Sollten sich die Antworten einzelner Träger aus einem Trägerbereich zu einer Frage nicht mit einem Kreuz bei einer einzigen Zahl auf der Skala von 1 bis 10 aussagekräftig zusammenführen lassen, ist eine Korridorangabe möglich (z.B. 4 bis 6). Dann bitte bei der entsprechenden Frage alle drei Zahlen ankreuzen.
- Sollte auch ein Vorgehen wie unter b) die vorliegenden Antworten aus den einzelnen Trägerbereichen zu einer Frage nicht aussagekräftig abbilden, kann ein Mittelwert gebildet (übliche Rundungsregeln) und im Freitextfeld zur jeweiligen Frage eine Minimum- und Maximum-Angabe ergänzt werden:

Beispiel zu c)

Aus einem Trägerbereich liegen bezüglich der GE Reha-Prozess 12 Rückmeldungen einzelner Träger zur allgemeinen Frage 1 b) in folgender Verteilung vor: 1x1, 2x3, 3x3, 1x5, 2x6, 1x7, 1x8, 1x9.

- Mittelwert: (Summe der obenstehenden Produkte : 12) = 4,75
- Konkretes Vorgehen bei der Zusammenführung der Rückmeldungen:
 - Bei der entsprechenden Frage wird die Zahl 5 angekreuzt,
 - Im entsprechenden Freitextfeld wird ergänzt: „(Min.: 1, Max.: 9)“

b) Klarheit der Gliederung der GE	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input checked="" type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	10 <input type="checkbox"/>
(1 = kein Verbesserungsbedarf, 10 = hoher Verbesserungsbedarf)										
Konkreter Verbesserungsbedarf: (Min.: 1, Max.: 9)										

Träger des Sozialen Entschädigungsrechts

Rückmeldende Stelle	Bezeichnung im Bericht
Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg	SER-Träger Baden-Württemberg
Landesamt für Soziales und Versorgung Brandenburg	KOF-Träger Brandenburg
Landeswohlfahrtsverband Hessen	KOF-Träger Hessen
Ministerium für Soziales, Integration und Gleichstellung Mecklenburg-Vorpommern (KOF)	KOF-Träger Mecklenburg-Vorpommern
Ministerium für Soziales, Integration und Gleichstellung Mecklenburg-Vorpommern (KOV)	KOV-Träger Mecklenburg-Vorpommern
Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung (KOV)	KOV-Träger Niedersachsen
Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung (KOF)	KOF-Träger Niedersachsen
Landschaftsverband Westfalen-Lippe (LWL) LWL – Amt für Soziales Entschädigungsrecht	LWL als KOF-Träger
Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie Rheinland-Pfalz	SER-Träger Rheinland-Pfalz
Ministerium für Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie	SER-Träger Saarland
Kommunaler Sozialverband Sachsen FB 4 – Soziales Entschädigungsrecht (Rückmeldung über das Sächsische Staatsministerium für Soziales und gesellschaftlichen Zusammenhalt bzw. die BIH)	SER-Träger Sachsen
Landesamt für Soziale Dienste Schleswig-Holstein	KOF-Träger Schleswig-Holstein
Thüringer Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie	KOF-Träger Thüringen

Integrationsämter

Rückmeldende Stelle	Bezeichnung im Bericht
Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg	Integrationsamt Baden-Württemberg
Senat der Freien und Hansestadt Hamburg Behörde für Arbeit, Soziales, Familie und Integration	Integrationsamt Hamburg
Niedersächsisches Landesamt für Soziales, Jugend und Familie	Integrationsamt Niedersachsen
Landschaftsverband Westfalen-Lippe (LWL) - Inklusionsamt Arbeit -	LWL-Inklusionsamt
Kommunaler Sozialverband Sachsen	Integrationsamt Sachsen
Landesverwaltungsamt Sachsen-Anhalt Integrationsamt	Integrationsamt Sachsen-Anhalt