

## **Gemeinsame Empfehlung**

### **zur Verbesserung der gegenseitigen Information und Kooperation**

### **aller beteiligten Akteure nach § 13 Abs. 2 Nr. 8 und 9 SGB IX**

### **vom 22. März 2004**

Diese Empfehlung soll einerseits die Grundlage dafür schaffen, dass die Rehabilitationsträger, behandelnde Ärzte/Ärztinnen, Betriebs- und Werksärzte/-ärztinnen ihre Zusammenarbeit bei der Einleitung und Ausführung von Leistungen zur Teilhabe intensivieren. Andererseits soll sie einen Informationsaustausch der Rehabilitationsträger mit behinderten Beschäftigten, betrieblichen Arbeitnehmervertretungen, Arbeitgebern/-innen, Integrationsämtern, Beratungsdiensten, gemeinsamen Servicestellen, Einrichtungen der Rehabilitation und Teilhabe sowie Interessenverbänden der behinderten und von Behinderung bedrohten Menschen einschließlich der Interessenvertretungen behinderter Frauen und Selbsthilfegruppen gewährleisten. Vorrangiges Ziel ist es, den Beschäftigten den Arbeitsplatz zu erhalten. Die Kompetenzen der betroffenen Menschen und ihre Selbstbestimmung sind zu fördern. Der Kooperations- und Kommunikationsprozess zwischen den betroffenen Menschen und Beteiligten ist barrierefrei zu gestalten. Die Bestimmungen des Datenschutzes sind zu beachten.

Zu diesem Zweck vereinbaren

die gesetzlichen Krankenkassen,

die Bundesagentur für Arbeit,

die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung,

die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung,  
die Träger der Alterssicherung der Landwirte,  
die Träger der Kriegsopferversorgung und die Träger der Kriegsopferversorgung im  
Rahmen des Rechts der sozialen Entschädigung bei Gesundheitsschäden  
sowie die Integrationsämter

die nachstehende Gemeinsame Empfehlung gemäß §13 Abs.2 Nr.8 und 9 SGB IX mit dem Ziel, die systematische, gegenseitige Information und Kooperation aller Akteure in einem kontinuierlichen Entwicklungsprozess sicherzustellen.

Eine ergebnisorientierte Zusammenarbeit erfordert eine den Beteiligten problemlos zugängliche Informations- und Kommunikationsplattform, die Wege und Ansprechpartner aufzeigt und sicherstellt, dass alle Beteiligten – mit Zustimmung des betroffenen Menschen – Rückmeldungen über den weiteren Verlauf des Verfahrens erhalten. Ziel ist die Weiterentwicklung einer Träger und Leistungserbringer übergreifenden „Kultur“ der frühzeitigen Rehabilitation, in der die wechselseitige Zusammenarbeit nicht nur von bestehenden Verfahrensvereinbarungen abhängt, sondern Ausdruck der kooperativen und kreativen Nutzung der vorhandenen Möglichkeiten durch alle Beteiligten ist.

Die Schaffung, Erhaltung und das Bekanntmachen einer solchen Plattform ist Aufgabe der Rehabilitationsträger. Dabei kann an die bereits existierenden gemeinsamen Servicestellen angeknüpft werden.

Die nachstehenden Regelungen gelten in der landwirtschaftlichen Sozialversicherung unter Berücksichtigung der besonderen Betriebs- und Versichertenstrukturen.

## **§1**

### **Leistungen**

Leistungen zur Teilhabe im Sinne dieser Gemeinsamen Empfehlung sind die notwendigen Leistungen

- zur medizinischen Rehabilitation nach § 26 SGB IX,
- zur Teilhabe am Arbeitsleben nach den §§ 33 und 34 SGB IX sowie

- nach § 102 Abs.1 Nr.3 SGB IX als begleitende Hilfen im Arbeitsleben

## § 2

### **Einbindung aller Beteiligten/Transparenz/Zugänglichkeit**

- (1) Die Rehabilitationsträger nach § 6 Abs.1 Nr.1-5 SGB IX verpflichten sich, die Haus-, Fach-, Betriebs- und Werksärzte/-ärztinnen sowohl bei der Einleitung als auch bei der Durchführung von Leistungen zur Teilhabe zu beteiligen. Hierzu ist es erforderlich, in Zusammenarbeit mit den entsprechenden Organisationen, z.B. Ärztekammer, Kassenärztliche Vereinigung, Berufsverbände der Ärzte etc., verbindliche Formen der Einbindung zu entwickeln.
- (2) Darüber hinaus sind geeignete Verfahren und Strukturen zur Sicherstellung eines kontinuierlichen und verlässlichen Informationsaustauschs mit den in § 13 Abs. 2 Nr. 9 SGB IX genannten behinderten Beschäftigten, Arbeitgeber/innen sowie den in § 83 SGB IX genannten betrieblichen Vertretungen der Arbeitnehmer/innen zu etablieren.
- (3) Mit Hilfe zweckentsprechender Instrumentarien ist die Abstimmung unter allen in § 13 Abs. 2 Nr. 8 und 9 SGB IX benannten Akteuren und ein reibungsloser Informationsfluss untereinander sicher zu stellen.  
  
Bestehende gesetzliche Regelungen einer Anzeigepflicht nach SGB VII, IX u.a. bleiben davon unberührt.
- (4) Bei den nach Abs. 1 und 2 zu entwickelnden Verfahren sind selbstverständlich die Belange der betroffenen Menschen zu berücksichtigen. In allen Phasen der Verfahren sind die Prinzipien der Selbstbestimmung, Vertraulichkeit und Verschwiegenheit zu wahren. Der zuständige Rehabilitationsträger ist dafür verantwortlich, dass die betroffenen Menschen einen/eine Ansprechpartner/-partnerin für die Phasen der Einleitung und Durchführung von Maßnahmen zur Teilhabe und bei der Nachsorge haben, der/die sie berät, unterstützt und begleitet.
- (5) Den spezifischen Belangen von betroffenen Frauen ist Rechnung zu tragen.

### § 3

#### **Zugangswege**

Leistungen zur Teilhabe können durch unterschiedliche Personengruppen unter Berücksichtigung des informationellen Selbstbestimmungsrechts und der datenschutzrechtlichen Bestimmungen angeregt werden, wobei auch die betriebliche Ebene eingebunden ist:

- Betroffene wenden sich an ihre Ärzte/Ärztinnen, Rehabilitationsträger oder die gemeinsame Servicestelle, Integrationsfachdienste und ggf. an ihre Schwerbehindertenvertretungen sowie Betriebs-/Werksärzte/-ärztinnen ihres Betriebes,
- Werks- und Betriebsärzte/-ärztinnen regen die Einleitung von Teilhabeleistungen an und unterstützen die betroffenen Menschen bei der Antragstellung,
- Ärzte/Ärztinnen, Psychotherapeuten/-therapeutinnen, Psychologen/ Psychologinnen geben entsprechende Informationen an den für die Teilhabeleistung zuständigen Rehabilitationsträger, im Zweifelsfall an eine gemeinsame Servicestelle in der Region und im Bedarfsfall an die Werks- oder Betriebsärzte/-ärztinnen weiter,
- Angehörige von Gesundheitsberufen informieren den/die behandelnden/verordnenden Arzt/Ärztin,
- Beratungsdienste/-stellen von Einrichtungen, Behindertenverbänden etc. informieren den nach ihrer Meinung zuständigen Rehabilitationsträger oder die gemeinsame Servicestelle.

### § 4

#### **Einleitung und Ausführung von Maßnahmen zur Teilhabe durch einen Rehabilitationsträger**

- (1) Ergeben sich bei einem Rehabilitationsträger Anhaltspunkte für einen möglichen Teilhabebedarf, führt dieser umgehend eine entsprechende Prüfung im konkreten Fall durch. Ist daraufhin Teilhabebedarf anzunehmen, erfolgt in Abstimmung mit dem be-

troffenen Menschen und unter Beteiligung des/der behandelnden/verordnenden Arztes/Ärztin und/oder Betriebs-/Werkarzt/-ärztin und ggf. Suchtberatungsstellen die Abklärung des Teilhabebedarfs auch unter Berücksichtigung des arbeits- und berufsbezogenen Umfeldes. In diesen Fällen wird das Verfahren durch einen Antrag des/der Versicherten und einen durch den/die Betriebs-/Werkarzt/-ärztin bzw. behandelnden/verordnenden Arzt/Ärztin erstellten Befundbericht, ggf. mit Sozialbericht, eingeleitet.

Verfahren von Amts wegen werden entsprechend der Regelungen der jeweiligen Rehabilitationsträger veranlasst.

Die Rehabilitationsträger stellen durch geeignete Verfahren bzw. Vereinbarungen sicher, dass die Rehabilitationseinrichtungen im Bedarfsfall während der medizinischen Rehabilitation Kontakt zum/zur behandelnden Arzt/Ärztin und zuständigen Betriebs-/WerkärztIn und ggf. zu anderen Beteiligten aufnehmen, um die Teilhabe am Arbeitsleben zu sichern und zu fördern. Für die Prüfung eines weitergehenden Bedarfs an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und ggf. die Einleitung von geeigneten Leistungen stehen die Beratungsdienste der Leistungsträger bereits während der medizinischen Rehabilitationsleistung zur Verfügung.

Nach Beendigung der medizinischen Rehabilitation wird der/die behandelnde/verordnende Arzt/Ärztin und der/die Betriebs-/Werkarzt/-ärztin sowie beteiligte Rehabilitationsträger mit Einverständnis des betroffenen Menschen über das Ergebnis informiert.

- (2) Sofern eine **gesetzliche Krankenkasse** Rehabilitationsträger ist, finden für das weitere Verfahren die Rehabilitations-Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 8 SGB V Anwendung. Der/die verordnende Arzt/Ärztin ist nach Beendigung der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation über das Ergebnis zu informieren und wirkt in Zusammenarbeit mit der Krankenkasse darauf hin, dass Empfehlungen für weitergehende Leistungen zur Sicherung des Rehabilitationserfolges umgesetzt werden. Hält die Krankenkasse weitere Leistungen zur Teilhabe für erforderlich, die sie nicht selbst erbringen kann, findet § 14 Abs. 6 SGB IX Anwendung. Ist erkennbar, dass weitergehende Leistungen zur Sicherung des Arbeitsplatzes erforderlich werden, ohne dass es sich dabei um Leistungen zur Teilhabe handelt, informiert die Krankenkasse hierüber den/die Betriebs- oder Werkarzt/-ärztin. Diese(r) bereitet in Zusammenarbeit mit der Krankenkasse und unter Beteiligung des/der Arztes/Ärztin die betriebliche

Wiedereingliederung unter Berücksichtigung der Leistungsfähigkeit des betroffenen Menschen vor.

- (3) Ist die **gesetzliche Rentenversicherung** Rehabilitationsträger, erhält im Anschluss an die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation der/die behandelnde Arzt/Ärztin und zuständige Betriebs-/Werksarzt/-ärztin, mit Einverständnis der Versicherten, eine Durchschrift des Entlassungsberichts.

Die Prüfung eines Bedarfs auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und ggf. eine Einleitung von geeigneten Leistungen wird grundsätzlich durch einen Antrag des/der Leistungsberechtigten ausgelöst.

Daneben wirkt der Rehabilitationsberatungsdienst der Rentenversicherung anlässlich seiner Betriebskontakte und Besuchstermine in den Rehabilitationseinrichtungen sowie im Rahmen der Beratungs- und Auskunftangebote auf ein Erkennen notwendiger Leistungen zur Teilhabe und deren zielführende Umsetzung hin. Er führt grundsätzlich die Ermittlungen zur Einleitung und Durchführung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben durch und koordiniert die Zusammenarbeit mit anderen Rehabilitationsträgern. Unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen werden die am Prozess Beteiligten über den Verlauf und das Ergebnis der Leistungen zur Teilhabe unterrichtet.

Lässt sich bereits im Antragsverfahren auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation ein Bedarf für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben ermitteln, sollen die Leistungen in geeigneten Einrichtungen durchgeführt werden, die diagnosetaugliche Vorfeldmaßnahmen in Bezug auf berufsbezogene Belastungsmerkmale zulassen.

Ergibt sich die Notwendigkeit erst während der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, haben die durchführenden Rehabilitationseinrichtungen eigenverantwortlich oder in Kooperation mit Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation entsprechende Feststellungen zu treffen. Durch die frühzeitige Berücksichtigung der konkreten beruflichen Situation der Leistungsberechtigten wird eine bedarfsorientierte Empfehlung für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben aus der medizinischen Einrichtung heraus erreicht. In diesem Verzahnungsbereich von Leistungen zur medizinischen Rehabili-

tation und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben kommt dem Rehabilitationsberatungsdienst der Rentenversicherung eine Prozess steuernde Funktion zu.

- (4) Bei Vorliegen der gesetzlichen Voraussetzungen hat der zuständige Träger der **gesetzlichen Unfallversicherung** von Amts wegen (§ 19 Satz 2 SGB IV) festzustellen, ob ein Rehabilitations- bzw. Teilhabebedarf vorliegt.

Die gesetzlichen Anzeigepflichten gemäß §§ 193, 202 SGB VII, die Vorstellungspflicht Arbeitsunfallverletzter beim Durchgangsarzt und dessen durchgängige „Lotsenfunktion“ gewährleisten eine effiziente Versorgung und frühzeitige Maßnahmen zur Rehabilitation und Teilhabe.

In ärztlichen Berichten und Gutachten sowie im Rahmen des Rehabilitationsmanagements der Unfallversicherungsträger findet eine ganzheitliche Beurteilung des Gesundheitszustandes der Versicherten statt. Damit soll festgestellt werden, ob neben Arbeitsunfall- und Berufskrankheitenfolgen weitere Funktionsstörungen vorliegen, die sich auf Art und Ausmaß der Rehabilitationsleistungen auswirken können und gegebenenfalls die Beteiligung eines anderen Rehabilitationsträgers erfordern.

Die Unfallversicherungsträger legen besonderen Wert darauf, mit Einverständnis der Versicherten oder deren gesetzlichen Vertreter Schulen und Arbeitgeber sowie Betriebs- und Werksärzte/-ärztinnen über das Leistungsvermögen der Versicherten zu informieren, um eine dauerhafte Eingliederung in den Bildungs- und Arbeitsprozess zu erreichen und später auftretende Sekundärfolgen zu vermeiden.

Für arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren und Berufskrankheiten wurden die Grundlagen für eine intensive Zusammenarbeit mit den Betriebs- und Werksärzten/-ärztinnen gelegt.<sup>1</sup>

- (5) Ergeben sich bei der **Arbeitsverwaltung** in Beratungsgesprächen mit Arbeitnehmern/Arbeitnehmerinnen Hinweise auf gesundheitliche Einschränkungen, die Auswir-

---

<sup>1</sup> Empfehlung der Spitzenverbände der Unfallversicherungsträger, des Verbandes Deutscher Betriebs- und Werksärzte und der Deutschen Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin über die Zusammenarbeit in Verfahren zur Feststellung einer Berufskrankheit einschließlich von Maßnahmen nach § 3 BKV vom 28.02.2002.

kungen auf die weitere Berufsausübung haben können, werden unverzüglich die notwendigen Abklärungen durch den ärztlichen Dienst der Bundesagentur für Arbeit veranlasst. Dabei ist auch in Kooperation mit den behandelnden Ärzten/Ärztinnen, ggf. auch mit psychosozialen Beratungsstellen, sonstigen Leistungserbringern sowie – in Fällen mit noch gegebenem Arbeits- und Beschäftigungsverhältnis – mit dem/der zuständigen Betriebs- oder Werksarzt/-ärztin festzustellen, ob Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und/oder zur Teilhabe am Arbeitsleben erforderlich sind.

Eine Möglichkeit zur frühzeitigen Erkennung eines Bedarfs an Leistungen zur Teilhabe ist auch durch die Verpflichtung zur frühzeitigen Arbeitssuche gemäß § 37b SGB III gegeben.

- (6) Ergeben sich im Rahmen der begleitenden Hilfe im Arbeitsleben Anhaltspunkte für einen gesundheitlichen oder beruflichen Teilhabebedarf von schwerbehinderten Beschäftigten, wirken die Integrationsämter auf Leistungen der Rehabilitationsträger hin.

## **§ 5**

### **Verfahren zur Bedarfserkennung von Leistungen zur Teilhabe auf der betrieblichen Ebene**

- (1) Die Rehabilitationsträger stellen den kontinuierlichen Informationsaustausch nach § 13 Abs. 2 Nr. 9 SGB IX mit Betrieben jeder Größenordnung sicher. Ziel dieser Zusammenarbeit ist das gemeinsame Bestreben, möglichst frühzeitig den voraussichtlichen Bedarf für Leistungen zur Teilhabe zu erkennen, den Rehabilitationsbedarf dann zu bestimmen und ggf. die notwendigen Maßnahmen umgehend einzuleiten und dadurch den Erhalt der funktionalen Gesundheit und damit den Erhalt des Arbeitsplatzes zu unterstützen. Die für diese Früherkennung erforderlichen trägerübergreifenden Maßstäbe und Standards müssen aus der Praxis heraus entwickelt bzw. durch die Anpassung und Vereinheitlichung bereits vorhandener Instrumente und Richtlinien präzisiert werden.

Es ist dafür Sorge zu tragen, dass diese gemeinsame Vorgehensweise nicht zu einer Gefährdung des Arbeitsverhältnisses führt. Vertraulichkeit und niedrigschwellige Zugangswege sind zu gewährleisten.

- (2) Die Rehabilitationsträger stellen sicher, dass die Informationen über Kriterien zur Feststellung eines möglichen Rehabilitationsbedarfs, über zuständige Ansprechpartner und Verfahrenswege an Arbeitnehmer/innen und Arbeitgeber/innen gelangen. Dies kann durch Informationsblätter, Aushänge in Betrieben, Informationsveranstaltungen etc. geschehen. Diese Angaben beinhalten auch Hinweise auf Servicestellen und einschlägige Internetadressen.

Für behandelnde Haus- und Fachärzte/-ärztinnen sowie Betriebs- und Werksärzte/-ärztinnen sind gezielte Informationsmaterialien zu entwickeln. Zur adressatenspezifischen Aufklärung von Beteiligten über die mögliche Feststellung eines Rehabilitationsbedarfs sind regionale Strukturen zu nutzen (z.B. Innungen, Handwerkskammern, Qualitätszirkel der Hausärzte/-ärztinnen, Unternehmensverbände, Gewerkschaften).

- (3) Die Rehabilitationsträger stellen sicher, dass ihre jeweiligen Rehabilitationsberater/Berufshelfer/Rehabilitationsmanager auf Anforderung Betriebe aufsuchen, um in Beratungsgesprächen Wege zur Abklärung des Rehabilitationsbedarfs und mögliche Leistungen zur Teilhabe aufzuzeigen. Sie leisten Unterstützung bei der Antragsstellung.

Bei der Abklärung und Einleitung von Maßnahmen arbeiten sie eng mit den in den Betrieben Beteiligten von Arbeitgeberseite und den Arbeitnehmervertretungen sowie den Betriebs- und Werksärzten/-ärztinnen entsprechend §13 Abs. 2 Nr. 8 und 9 bzw. § 84 SGB IX zusammen.

- (4) Als betriebliche Entscheidungshilfe für das Erkennen eines Rehabilitationsbedarfs dienen u.a. systematisch ausgewertete Ergebnisse allgemeiner und spezieller arbeitsmedizinischer Vorsorgeuntersuchungen sowie Ergebnisse von betrieblichen Gefährdungsbeurteilungen. Ein weiterer Indikator für möglichen Rehabilitationsbedarf kann die wiederholte Arbeitsunfähigkeit oder eine Arbeitsunfähigkeit von mehr als 6 Wochen Dauer sein. Handlungsbedarf besteht immer dann, wenn bei einem Abgleich von betrieblichen Anforderungen und individuellem Gesundheitszustand eine Diskrepanz auftritt, die nicht durch innerbetriebliche Maßnahmen wie Modifizierung der Ar-

beitsanforderungen bzw. Umsetzung an einen anderen Arbeitsplatz oder eine Optimierung der bisherigen Therapie gelöst werden kann.

- (5) Soweit vorhanden knüpfen Rehabilitationsträger an bereits in den Betrieben und Regionen vorhandenen Organisationsstrukturen des betrieblichen Arbeits- und Gesundheitsschutzes und des betrieblichen Gesundheitswesens an und unterstützen die (Weiter-)Entwicklung von Strukturen und Instrumenten zur frühzeitigen Feststellung eines Rehabilitationsbedarfs sowie Einleitung von Leistungen zur Teilhabe in Kooperation mit allen in den Betrieben Beteiligten.
- (6) Die Rehabilitationsträger stellen mit Einverständnis des betroffenen Menschen sicher, dass in Mittel- und Großbetrieben insbesondere die Schwerbehindertenvertretung, der Werksärztliche Dienst bzw. der/die Betriebsarzt/-ärztin und der Sozialdienst frühzeitig über das Antragsverfahren sowie alle Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben sowohl im Planungsstadium als auch in der Umsetzungsphase informiert und einbezogen werden, um möglichst frühzeitig ein betriebliches Teilhabemanagement zu ermöglichen. Der/die Betriebsarzt/-ärztin bindet dazu bestehende Organisationsstrukturen wie betriebliche Rehabilitationsteams, Gesundheitsbeauftragte oder Ombudsleute ein.
- (7) In Kleinbetrieben sind Strukturen i.S. des vorstehenden Absatzes 6 meist nicht vorhanden, deshalb kommt hier der Kooperation zwischen Hausärzten/-ärztinnen und Betriebsärzten/-ärztinnen bei der Einleitung von Maßnahmen zur medizinischen Rehabilitation sowie zur Teilhabe am Arbeitsleben eine besondere Bedeutung zu. Die Rehabilitationsträger erfassen im Rahmen des Antragsverfahrens über die betroffene Person und den Arbeitgeber den zuständigen Betriebsarzt/Arbeitsmedizinischen Dienstleister und stellen bei Bedarf mit Zustimmung des betroffenen Menschen den Informationsweg zwischen behandelndem Arzt/Ärztin und dem/der Betriebsarzt/-ärztin her.

Um den Zugang der Beschäftigten in Kleinbetrieben zu Leistungen zur Teilhabe zu verbessern, entwickeln die Rehabilitationsträger und die Integrationsämter Strukturen für den Informationsaustausch mit regionalen Organisationen, insbesondere Kreis- handwerkerschaften sowie Handwerks-, Industrie- und Handelskammern.

- (8) Vorstehende Regelungen gelten für die Integrationsämter entsprechend.

**§ 6**

**Datenschutz**

Der Schutz der personenbezogenen Daten, insbesondere der Sozialdaten, ist zu wahren, das Recht auf informationelle Selbstbestimmung ist zu gewährleisten.

**§ 7**

**In Kraft treten**

- (1) Diese Gemeinsame Empfehlung tritt am 01. April 2004 in Kraft.
  
- (2) Die Vereinbarungspartner und die anderen Rehabilitationsträger werden auf der Ebene der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation in angemessenen Zeitabständen unter Einbeziehung der Verbände behinderter Menschen einschließlich der Verbände der freien Wohlfahrtspflege, der Selbsthilfegruppen und der Interessenvertretungen behinderter Frauen sowie der für die Wahrnehmung der Interessen der ambulanten und stationären Rehabilitationseinrichtungen auf Bundesebene maßgeblichen Spitzenverbände prüfen, ob diese Empfehlung auf Grund zwischenzeitlich gewonnener Erfahrungen und eingetretener Entwicklungen verbessert oder wesentlich veränderten Verhältnissen angepasst werden muss. Für diesen Fall erklären die Vereinbarungspartner ihre Bereitschaft, unverzüglich an der Überarbeitung einer entsprechenden zu ändernden gemeinsamen Empfehlung mitzuwirken.