

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation

Walter-Kolb-Straße 9-11, 60594 Frankfurt am Main  
Telefon (069) 60 50 18-0, Telefax (069) 60 50 18-29  
E-Mail: [info@bar-frankfurt.de](mailto:info@bar-frankfurt.de)  
Internet: <http://www.bar-frankfurt.de>



**Gemeinsame Empfehlung**  
**über die nahtlose, zügige und einheitliche Erbringung von Leistungen**  
**zur Teilhabe nach § 12 Abs. 1 Nr. 1 bis 3 i.V.m. § 13 Abs. 1, Abs. 2 Nr. 5**  
**SGB IX (Gemeinsame Empfehlung „Einheitlichkeit/Nahtlosigkeit“)**  
**vom 22. März 2004**

Nach §§ 10 bis 13 SGB IX sind die Rehabilitationsträger im Rahmen der durch Gesetz, Rechtsverordnung oder allgemeine Verwaltungsvorschrift getroffenen Regelungen verantwortlich, dass die im Einzelfall erforderlichen Leistungen zur Teilhabe nahtlos, zügig sowie nach Gegenstand, Umfang und Ausführung einheitlich - „wie aus einer Hand“ - erbracht werden.

Eine umfassende, nahtlose, zügige sowie nach Gegenstand, Umfang und Ausführung einheitliche Erbringung der im Einzelfall erforderlichen Leistungen zur Teilhabe liegt sowohl im Interesse der behinderten und von Behinderung bedrohten Menschen als auch der zuständigen Rehabilitationsträger. Sie tragen hierfür gemeinsam die Verantwortung, um eine größtmögliche Wirksamkeit und nach wirtschaftlichen Grundsätzen ausgeführte Leistung zu erzielen.

Durch die Koordination der Leistungen und die Kooperation der Rehabilitationsträger stellen diese eine einheitliche Praxis innerhalb des gegliederten Systems der Rehabilitation und Teilhabe sicher. Hierzu sind Rahmenbedingungen zu schaffen, die den Anspruch behinderter und von Behinderung bedrohter Menschen auf die Verwirklichung von Chancengleichheit gewährleisten, ihnen eine weitestgehend selbstbestimmte Lebensführung ermöglichen sowie unter der umfassenden Zielsetzung des § 4 SGB IX die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft, insbesondere die Teilhabe am Arbeitsleben sichern.

Die Rehabilitationsträger bekennen sich unter Berücksichtigung der Regelungen der Zuständigkeit und der Voraussetzungen für die Teilhabeleistungen in den für den jeweiligen Träger geltenden Leistungsgesetzen zu ihrer gemeinsamen Verantwortung, Lösungen zur Beseitigung von Schnittstellen und zur Klärung von Abgrenzungsfragen zu entwickeln.

Mit dieser Zielsetzung vereinbaren

die gesetzlichen Krankenkassen,  
die Bundesanstalt (Bundesagentur) für Arbeit,  
die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung,  
die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung,  
die Träger der Alterssicherung der Landwirte,  
die Integrationsämter in Bezug auf Leistungen und sonstige Hilfen für schwerbehinderte Menschen,  
die Träger der Kriegsopferversorgung und die Träger der Kriegsopferfürsorge im Rahmen des Rechts der sozialen Entschädigung bei Gesundheitsschäden

die nachfolgende Gemeinsame Empfehlung zur Nahtlosigkeit, Zügigkeit und Einheitlichkeit zu erbringender Leistungen zur Teilhabe.

Diese Gemeinsame Empfehlung zeigt den übergreifenden Rahmen für die abzuschließenden gemeinsamen Empfehlungen nach dem SGB IX mit unmittelbarem Bezug zu den Regelungen dieser Gemeinsamen Empfehlung sowie für bestehende und zu vereinbarende Verfahrensabsprachen zwischen Rehabilitationsträgern auf. An diesen Empfehlungen und Verfahrensabsprachen werden die in § 13 Abs. 6 SGB IX genannten Organisationen erforderlichenfalls beteiligt.

## **§ 1**

### **Regelungsgegenstand**

In der Gemeinsamen Empfehlung werden die Nahtlosigkeit, Zügigkeit und Einheitlichkeit der Erbringung der Leistungen zur Teilhabe sowie die einvernehmliche Klärung von Abgrenzungsfragen geregelt. Am Rehabilitationsprozess orientiert werden nachfolgend weitere Aspekte wie Auskunft und Beratung, Fallidentifikation, Teilhabeplan und Erforderlichkeit von Leistungen sowie alle weiteren Formen der Leistungs koordinierung und der Zusammenarbeit nach den §§ 10 bis 12 SGB IX mit erfasst.

## **§ 2**

### **Auskunft und Beratung**

- (1) Zur Sicherung eines bürgernahen Zugangs zu Leistungen bieten die Rehabilitationsträger den betroffenen Menschen ein umfassendes, barrierefreies Auskunfts-, Beratungs- und Unterstützungsangebot über gemeinsame örtliche Servicestellen nach §§ 22, 23 SGB IX sowie über die Auskunfts- und Beratungsstellen der Träger. In den gemeinsamen Servicestellen erfolgt eine umfassende Beratung und Unterstützung in allen Angelegenheiten der Teilhabe. Bereits bei der Auskunft und Beratung ist auf mögliche Rechte (z.B. Wunsch- und Wahlrechte) und Pflichten (z.B. Mitwirkungspflichten) der betroffenen Menschen nach dem Sozialgesetzbuch hinzuweisen.
- (2) Die gemeinsame Servicestelle arbeitet im Rahmen ihrer Aufgaben mit anderen Stellen öffentlichen und privaten Rechts, die sich mit Rehabilitation und Teilhabe befassen, eng zusammen, insbesondere mit Verbänden behinderter Menschen sowie Verbänden der Freien Wohlfahrtspflege, Fachverbänden, Selbsthilfegruppen und Interessenvertretungen behinderter Frauen. Näheres zu den gemeinsamen Servicestellen über die gesetzlichen Bestimmungen hinaus ergibt sich aus der „Rahmenempfehlung zur Einrichtung trägerübergreifender Servicestellen für Rehabilitation“ vom 24.04.2001.

Die Aufgaben spezifischer Beratungsangebote (z.B. Suchtberatungsstellen, Krebsberatungsstellen) bleiben hiervon unberührt.

## **§ 3**

### **Fallidentifikation**

- (1) Die Rehabilitationsträger stellen durch entsprechende interne Verfahrensabläufe für ihren jeweiligen Bereich sicher, dass bei der Betreuung und Begleitung der Betroffenen frühzeitig und gezielt auf Indizien für einen Rehabilitationsbedarf geachtet wird. Dies kann z.B. durch ein Fallmanagement insbesondere in Arbeitsunfähigkeits- und Krankenhausfällen geschehen oder durch gezielte Auswertung von Entlassungsberichten. Dem Vorrang von Leistungen zur Teilhabe gemäß § 8 SGB IX ist darüber hinaus bei Beantragung und Erbringung von Sozialleistungen, die keine Leistungen zur Teilhabe im Sinne des SGB IX sind, Rechnung zu tragen.

- (2) Die Rehabilitationsträger verpflichten sich, untereinander und zusammen mit weiteren Beteiligten (z.B. niedergelassenen Ärzten, ambulanten und stationären Einrichtungen, Verbänden behinderter Menschen, Fachverbänden etc.) verbindliche Strukturen zu entwickeln, die ein regelhaftes und verlässliches System zum Informationsaustausch und zur Zusammenarbeit sicher stellen, das der möglichst frühzeitigen Erkennung und Feststellung eines Rehabilitationsbedarfs und Einleitung von Leistungen zur Teilhabe dient.

Zur Erreichung dieses Ziels wird in einer gesonderten gemeinsamen Empfehlung nach § 13 Abs. 2 Nr. 8 und 9 SGB IX festgelegt, in welchen Fällen und in welcher Weise der behandelnde Hausarzt oder Facharzt und der Betriebs- oder Werksarzt in die Einleitung und Ausführung von Leistungen zur Teilhabe einzubinden sind. Darüber hinaus wird darin geregelt, wie ein Informationsaustausch mit behinderten Beschäftigten, mit Arbeitgebern und den in § 83 SGB IX genannten Vertretungen zur möglichst frühzeitigen Erkennung des individuellen Bedarfs voraussichtlich erforderlicher Leistungen zur Teilhabe zu erfolgen hat.

- (3) Bei der Fallidentifikation wie bei den hiermit verbundenen Formen des Informationsaustausches und der Zusammenarbeit mit weiteren Beteiligten werden die Belange zur Wahrung der Persönlichkeitsrechte sowie des informationellen Selbstbestimmungsrechts der betroffenen Menschen beachtet.

#### **§ 4**

#### **Teilhabeplan**

- (1) Soweit Leistungen verschiedener Leistungsgruppen oder mehrerer Rehabilitationsträger erforderlich sind, ist der nach § 14 SGB IX jeweils leistende Rehabilitationsträger bis zu einem Wechsel der Trägerzuständigkeit dafür verantwortlich, dass nach seiner Feststellung des Teilhabebedarfs die beteiligten Rehabilitationsträger im Benehmen miteinander und in Abstimmung mit den Leistungsberechtigten die nach dem individuellen Bedarf voraussichtlich erforderlichen Leistungen funktionsbezogen feststellen und schriftlich in einem Teilhabeplan so zusammen fassen, dass sie nahtlos ineinander greifen können. Die Benehmensherstellung und Abstimmung untereinander erfolgen unverzüglich, ggf. auf telefonischem Wege, nach erfolgter Feststellung eines Bedarfs für Leistungen zur Teilhabe.

Der Teilhabeplan wird - unter Beachtung des Datenschutzes (insbesondere des Einwilligungserfordernisses) - dem/der Betroffenen und den beteiligten Rehabilitationsträgern sowie weiteren Beteiligten (z.B. behandelndem Arzt) zur Kenntnis gegeben.

- (2) Die Leistungen werden erbracht auf der Grundlage des schriftlich zu fassenden individuellen Teilhabepplans mit Angaben insbesondere zu den Auswirkungen der Funktionsstörungen und zu den Gründen für die Notwendigkeit der Leistungen, zum Ziel und zur Art der vorgesehenen Leistungen, zu voraussichtlichem Beginn, Dauer der vorgesehenen Leistungen und Ort ihrer Durchführung, zu den beteiligten Rehabilitationsträgern und sonst noch zu Beteiligten (insbesondere behandelnder Arzt auf Wunsch des/der Betroffenen).

Der Teilhabepplan und auf dieser Grundlage die Leistungen werden vom jeweils leistenden Rehabilitationsträger während und entsprechend dem Verlauf der Rehabilitation bzw. in Anpassung an veränderte Umstände überprüft und in Abstimmung mit dem/der Betroffenen und erforderlichenfalls unter Beteiligung des bzw. der Leistungserbringer/s (z.B. des Rehabilitationsteams der Einrichtung) angepasst.

- (3) Nähere Regelungen, in welchen Fällen und in welcher Weise die Klärung der im Einzelfall anzustrebenden Ziele und des Bedarfs an Leistungen schriftlich festzuhalten sowie eine Abstimmung z.B. mit Gesamtplan (§ 46 BSHG) und Hilfeplan (§ 36 SGB VIII) vorzunehmen ist, erfolgt in einer noch gesondert zu vereinbarenden gemeinsamen Empfehlung nach § 13 Abs. 2 Nr. 3 SGB IX.

## **§ 5**

### **Erforderlichkeit der Leistungen**

- (1) Erforderlich sind diejenigen Leistungen zur Teilhabe, die unter Beachtung der Ziele des § 4 SGB IX auf den konkreten Einzelfall bezogen bedarfsgerecht sind.
- (2) Bei erkennbarem Bedarf hinsichtlich Leistungen zur Teilhabe wirken die Rehabilitationsträger, sofern sie nicht von Amts wegen zur Leistungserbringung verpflichtet sind, auf eine entsprechende Antragstellung hin, insbesondere darauf, dass unverzüglich klare und sachdienliche Anträge gestellt und unvollständige Angaben ergänzt werden (§ 16 Abs. 3 SGB I). Die individuelle Lebenssituation des betroffenen Menschen und seine berechtigten Wünsche (§§ 1 Satz 2, 4 Abs. 3, 9 Abs. 1, 10 Abs. 3 SGB IX) sind zu berücksichtigen. Auf Barrierefreiheit in räumlicher und kommunikativer Hinsicht ist zu achten.
- (3) Die betroffenen Menschen werden in die Bedarfsprüfung, z.B. im Rahmen eines Beratungsgesprächs, sowie in die Durchführung der Leistungen aktiv einbezogen. Die Rehabili-

tationsträger stellen sicher, dass die erforderlichen Leistungen zur Teilhabe zugeschnitten auf die individuelle Lebenssituation des betroffenen Menschen und unter Berücksichtigung seiner berechtigten Wünsche (§§ 1 Satz 2, 4 Abs. 3, 9 Abs. 1, 10 Abs. 3 SGB IX) im Austausch mit diesem bzw. mit seinen Angehörigen/gesetzlichen VertreterInnen zum frühestmöglichen Zeitpunkt erbracht werden.

## **§ 6**

### **Zügige Leistungserbringung**

- (1) Die Rehabilitationsträger erbringen ihre Leistungen so, dass jede/r Berechtigte die ihr/ihm zustehenden Leistungen in zeitgemäßer Weise, umfassend und zügig erhält (§ 17 SGB I) und entsprechend der Zielsetzung des § 4 Abs. 2 Satz 2 SGB IX Leistungen anderer Sozialleistungsträger möglichst nicht erforderlich sind. Sie stellen durch die Gemeinsame Empfehlung über die Ausgestaltung des in § 14 SGB IX bestimmten Verfahrens (Gemeinsame Empfehlung „Zuständigkeitsklärung“) sicher, dass die Zuständigkeitsklärung unverzüglich erfolgt.
- (2) Im Interesse einer zügigen Leistungserbringung ist der Zugang der betroffenen Menschen zu den im Einzelfall erforderlichen Leistungen zur Teilhabe möglichst einfach zu gestalten (§ 17 SGB I). Das Verwaltungsverfahren ist einfach, zweckmäßig und zügig durchzuführen sowie barrierefrei zu gestalten. Soweit zur zügigen, nahtlosen und einheitlichen Leistungserbringung erforderlich, sollten Formulare vereinheitlicht werden.
- (3) Zur Sicherstellung einer zügigen Leistungserbringung verpflichten sich die Rehabilitationsträger, dass Leistungen zur Teilhabe in ausreichendem Maße barrierefrei (Zugang und Kommunikation) zur Verfügung stehen. Auf die Gleichstellungsgesetze des Bundes und der Länder sowie sonstige gesetzliche und untergesetzliche Normierungen wird insoweit verwiesen. §§ 17 Abs. 1 und 2 SGB I, 19 Abs. 1 SGB X finden Anwendung.
- (4) Die Rehabilitationsträger stellen sich bei Erkennen eines konkret bestehenden Hilfebedarfs bzw. zur Ermöglichung der frühzeitigen Erkennung eines Behandlungs-/ Rehabilitationsbedarfs unter Beachtung der einschlägigen gesetzlichen Bestimmungen, insbesondere auch des Sozialdatenschutzes (v.a. §§ 67b Abs. 1, 69 und 76 SGB X), vorhandene Gutachten und weitere Informationen (medizinische, psychologische, technische) unverzüglich unter Nutzung moderner technischer Möglichkeiten gegenseitig zur Verfügung. Zudem greifen sie auf bereits bestehende bewährte Verfahren zurück, so auf die Verfahren der Kranken-

und Rentenversicherung zur Durchführung von Anschlussheilbehandlungen/Anschlussrehabilitationen und Eilverfahren/Eileinweisungsregelungen, insbesondere bei bestehender und voraussichtlich länger andauernder Arbeitsunfähigkeit (vgl. AU-Fallmanagement im Bereich der Krankenversicherung), besonderer Schwere der Erkrankung oder nach Krankenhausaufenthalt des betroffenen Menschen. Die jeweiligen Verfahren entwickeln die Rehabilitationsträger erforderlichenfalls unter Beteiligung u.a. der Leistungserbringer in zeitgemäßer Weise fort.

- (5) Im Interesse einer zügigen Leistungserbringung sind Begutachtungen möglichst nach einheitlichen Grundsätzen vorzunehmen. Hierzu sind entsprechende Regelungen in einer noch zu vereinbarenden gemeinsamen Empfehlung nach § 12 Abs. 1 Nr. 4 SGB IX zu treffen. Bis einheitliche Begutachtungsgrundsätze formuliert sind, sind in die Begutachtungen die jeweils übergreifenden Aspekte der relevanten Sozialleistungsbereiche einzubeziehen.

Die Rehabilitationsträger stellen zudem sicher, dass die von ihnen veranlassten (z.B. ärztlichen oder psychologischen) Untersuchungen zur Feststellung der jeweiligen Leistungsvoraussetzungen in der Art und Weise vorgenommen und deren Ergebnisse so festgehalten werden, dass sie auch bei der Prüfung der Voraussetzungen anderer Sozialleistungen verwendet werden können.

Bei der Entscheidungsfindung des jeweiligen Trägers über die Bewilligung und Durchführung von Leistungen sind zur Vermeidung von Mehrfachbegutachtungen alle vorliegenden Gutachten anderer Träger - soweit den konkreten Anspruch betreffend - mit zu berücksichtigen.

## **§ 7**

### **Nahtlosigkeit der Leistungen**

- (1) Nahtlosigkeit der Leistungen ist gegeben, wenn der oder die Rehabilitationsträger die im Einzelfall erforderlichen Leistungen „wie aus einer Hand“ unverzüglich, d.h. ohne schuldhaftes Zögern, und unmittelbar aufeinander folgend erbringt bzw. erbringen. Organisatorische und verfahrensmäßige Mechanismen sind daran auszurichten.
- (2) Sofern mehrere Leistungen erforderlich oder am Teilhabeverfahren mehrere Rehabilitationsträger oder andere Träger bzw. Stellen beteiligt sind, sind die Leistungen so aufeinander abzustimmen, dass sie nahtlos ineinander greifen sowie orientiert an den Zielen von

§§ 1 und 4 SGB IX nach einheitlichen Grundsätzen koordiniert sowie wirksam und wirtschaftlich erbracht werden (§§ 10, 11 SGB IX). Wenn Leistungen eines anderen Rehabilitationsträgers erforderlich werden, wirkt der nach § 14 SGB IX leistende Träger darauf hin, dass eine frühzeitige Antragstellung auf Leistungen und Aufstellung bzw. Fortschreibung des Teilhabeplans (§ 4) erfolgen. § 14 Abs. 6 SGB IX bleibt unberührt.

Die nahtlose und zügige Leistungserbringung für die behinderten und von Behinderung bedrohten Menschen ist somit auch bei offenen Zuständigkeitsfragen sichergestellt, insbesondere beim Übergang von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation zu Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nach § 11 Abs. 2 SGB IX. Soweit erforderlich wird zur Klärung eines Hilfebedarfs auch das Integrationsamt beteiligt.

- (3) Kann das Ziel der möglichst vollständigen und dauerhaften Eingliederung in das Leben in der Gesellschaft, insbesondere in das Arbeitsleben, nur durch mehrere Leistungen zur Teilhabe erreicht werden, sind diese so aufeinander abzustimmen, dass das Teilhabeverfahren nahtlos und zügig abläuft (§§ 10, 11 SGB IX), so z.B. nach der „Empfehlungsvereinbarung über die Zusammenarbeit der Krankenversicherungsträger und der Rentenversicherungsträger sowie der Bundesanstalt für Arbeit bei der Gewährung von Rehabilitationsmaßnahmen in Rehabilitationseinrichtungen für psychisch Kranke und Behinderte (Empfehlungsvereinbarung RPK)“ und nach der Verwaltungsabsprache der Deutschen Rentenversicherung, der Bundesanstalt (Bundesagentur) für Arbeit, der gesetzlichen Unfallversicherung und der Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen (BIH) „über die Gewährung von Leistungen der Begleitenden Hilfen im Arbeitsleben nach dem Zweiten Teil des SGB IX im Verhältnis zu den Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben gemäß Teil 1 des SGB IX“.
- (4) Wird für einen Rehabilitationsträger erkennbar, dass für eine erfolgreiche Wiedereingliederung in das Erwerbsleben voraussichtlich Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erforderlich sind, hat er den behinderten oder von einer Behinderung bedrohten Menschen im Rahmen seiner Verpflichtung zur umfassenden Auskunft und Beratung hierüber zu unterrichten und auf eine entsprechende Antragstellung bei dem seiner Auffassung nach zuständigen Rehabilitationsträger hinzuwirken bzw. den Rehabilitationsantrag gemäß § 14 SGB IX an diesen weiterzuleiten. So haben die Träger von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sicherzustellen, dass arbeits- und berufsbezogene Fragestellungen bereits während der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation mit dem Ziel behandelt werden, dem für die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben zuständigen Rehabilitationsträger In-

formationen bezüglich des Erfordernisses der Einleitung entsprechender Maßnahmen zu liefern.

Zu den frühestmöglich einzuleitenden arbeits- und berufsbezogenen Elementen im Rahmen der medizinischen Rehabilitation sind insbesondere Arbeitsplatzanalyse und -beratung, arbeitsbezogene Leistungsdiagnostik, berufsspezifische Belastungserprobung und ggf. Arbeitstherapie, arbeits- bzw. arbeitsplatzbezogene Trainingstherapie, Beratung hinsichtlich beruflicher Fragestellungen, Kontaktaufnahme - unter Berücksichtigung der diesbezüglichen Belange des Datenschutzes (z.B. Einwilligung des/der Betroffenen) - mit dem beruflichen Umfeld (Arbeitgeber, Betriebsarzt, etc.), z.B. zur Vorbereitung der Einleitung und Unterstützung einer Arbeitsplatzanpassung oder betrieblichen Umsetzung, zu rechnen.

Auf Basis dieser Informationen beginnt unter Einbindung des betroffenen Menschen unverzüglich die Prüfung der Erforderlichkeit von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, ggf. wird ein Teilhabeplan erstellt bzw. fortgeschrieben. Der Träger der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben leitet – soweit erforderlich – bereits im Rahmen einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation (§ 11 Abs. 2 SGB IX) unter Einbindung des betroffenen Menschen unverzüglich eine Abklärung durch den jeweiligen (Reha-)Beratungsdienst ein. Dabei muss vorrangiges Ziel die Integration auf dem bisherigen Arbeitsplatz sein; Unterbrechungen im Rehabilitationsprozess sind zu vermeiden.

Ist eine berufliche Umorientierung erforderlich, hat der für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben zuständige Rehabilitationsträger unverzüglich eine geeignete Leistung anzubieten bzw. zu ermöglichen sowie auf einen kurzfristigen Beginn der Leistung hinzuwirken.

- (5) Die Rehabilitationsträger entwickeln gemeinsam Verfahren, erforderlichenfalls unter Beteiligung der in § 13 Abs. 3 und 6 SGB IX genannten Verbände und Organisationen, die ein möglichst frühzeitiges Tätigwerden anderer Leistungsträger ermöglichen (z.B. bei längeren Arbeitsunfähigkeitszeiten).

## **§ 8**

### **Einheitlichkeit der Leistungen**

- (1) Die Rehabilitationsträger erbringen die Leistungen nach Gegenstand, Umfang und Ausführung einheitlich, soweit sich aus den für den jeweiligen Rehabilitationsträger geltenden

Leistungsgesetzen nichts Abweichendes ergibt (§ 7 SGB IX). Grundlage für eine qualitätsgesicherte Leistungserbringung nach einheitlichen Grundsätzen bildet die Gemeinsame Empfehlung „Qualitätssicherung“ nach § 20 Abs. 1 SGB IX.

Im Interesse einer einheitlichen Leistungserbringung für die betroffenen Menschen überprüfen die Rehabilitationsträger vor diesem Hintergrund regelmäßig ihre bestehenden Verfahrensabsprachen und entwickeln diese in zeitgemäßer Weise fort.

Soweit möglich verständigen sich die Rehabilitationsträger auf gemeinsame Rehabilitationskonzepte, Rahmenvereinbarungen/-empfehlungen (z.B. für die ambulante medizinische Rehabilitation) oder vergleichbare Regelungen, erforderlichenfalls unter Beteiligung der in § 13 Abs. 3 und 6 SGB IX genannten Verbände und Organisationen.

- (2) Die Rehabilitationsträger streben einheitliche Festlegungen z.B. hinsichtlich der Erstattung von Reisekosten für Fälle mit gleich gelagertem Sachverhalt sowie hinsichtlich der Zuzahlungsregelungen an.

## **§ 9**

### **Klärung von Abgrenzungsfragen**

- (1) Die Rehabilitationsträger stellen insbesondere durch entsprechende Verfahren und Absprachen sicher, dass auch künftig auftretende ungelöste Abgrenzungs- und Finanzierungsfragen nicht zu Lasten der betroffenen Menschen gehen.
- (2) Zur einvernehmlichen Klärung von Abgrenzungsfragen im Einzelfall nehmen die Rehabilitationsträger unverzüglich Kontakt miteinander auf mit dem Ziel einer raschen ergebnisorientierten Abstimmung.
- (3) Zur Klärung grundsätzlicher Fragestellungen sind bestehende Strukturen zu nutzen, z.B. über den Weg trägerübergreifender Besprechungen.

## **§ 10**

### **Inkrafttreten**

- (1) Diese Gemeinsame Empfehlung tritt am 1. 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 die Vereinbarung auf Grund zwischenzeitlich gewonnener Erfahrungen 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.