



JAHRESBERICHT 2012 / 2013
über die Erfahrungen mit den
Gemeinsamen Empfehlungen
nach § 13 Abs. 8 SGB IX

Herausgeber: BAR e.V. – Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation
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 – Juni 2014

Inhaltsverzeichnis

1	Vorbemerkungen.....	5
2	Grundsätzliche, allgemeine und übergreifende Aussagen	9
3	Schwerpunktberichte zu Erfahrungen mit den Gemeinsamen Empfehlungen	15
3.1	Gemeinsame Empfehlung „Begutachtung“ nach § 13 Abs. 1 i. V. m. § 12 Abs. 1 Nr. 4 SGB IX.....	15
3.2	Gemeinsame Empfehlung „Unterstützte Beschäftigung“ nach § 38a Abs. 6 Nr. 3 SGB IX.....	32
4	Kompakte Berichte zu Erfahrungen mit den Gemeinsamen Empfehlungen.....	43
4.1	Gemeinsame Empfehlung „Einrichtungen für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben“ nach § 35 SGB IX.....	43
4.2	Gemeinsame Empfehlung „Zuständigkeitsklärung“ nach § 14 SGB IX.....	44
4.3	Gemeinsame Empfehlung „Prävention“ nach §§ 12 Abs. 1 Nr. 5, 13 Abs. 2 Nr. 1 SGB IX („Prävention nach § 3 SGB IX“)	50
4.4	Gemeinsame Empfehlung „Qualitätssicherung“ nach § 20 Abs. 1 SGB IX.....	54
4.5	Gemeinsame Empfehlung „Integrationsfachdienste“ nach § 113 Abs. 2 SGB IX...	56
4.6	Gemeinsame Empfehlung „Förderung der Selbsthilfe“ nach § 13 Abs. 2 Nr. 6 SGB IX	58
4.7	Gemeinsame Empfehlung „Sozialdienste“ nach § 13 Abs. 2 Nr. 10 SGB IX.....	60
4.8	Gemeinsame Empfehlung „Einheitlichkeit/Nahtlosigkeit“ nach § 12 Abs. 1 Nr. 1-3 i. V. m. § 13 Abs. 1, Abs. 2 Nr. 5 SGB IX.....	61
4.9	Gemeinsame Empfehlung „Teilhabeplan“ nach § 13 Abs. 2 Nr. 3 SGB IX	64
4.10	Gemeinsame Empfehlung zur „Verbesserung der gegenseitigen Information und Kooperation aller beteiligten Akteure“ nach § 13 Abs. 2 Nr. 8 und 9 SGB IX	66
4.11	Gemeinsame Empfehlung zur „Frühzeitigen Bedarfserkennung“ nach § 13 Abs. 2 Nr. 2 SGB IX.....	68
5	Ausblick	71
6	Anlagen.....	73
6.1	Fragenkonzept zur Gemeinsamen Empfehlung „Begutachtung“	73
6.2	Fragenkonzept zur Gemeinsamen Empfehlung „Unterstützte Beschäftigung“	74
6.3	Fragenkonzept zu den Kompaktberichten.....	74

1 Vorbemerkungen

Nach § 13 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 „Verfahrensordnung für die Erstellung des Zwei-Jahresberichtes über die Erfahrungen der Rehabilitationsträger mit den Gemeinsamen Empfehlungen nach § 13 Abs. 8 SGB IX“ nicht vor Ablauf von sechs Monaten seit Inkrafttreten einer Gemeinsamen Empfehlung abgegeben werden.

Auf Grundlage eines Beschlusses des Vorstandes der BAR am 06.12.2012 haben sich die Rehabilitationsträger im Rahmen der Verabschiedung des Orientierungsrahmens für die Arbeit der BAR in den Jahren 2013-2015 die Aufgabe gestellt, den 2-Jahresbericht zu den Erfahrungen der Rehabilitationsträger mit den Gemeinsamen Empfehlungen entsprechend § 13 Abs. 8 SGB IX weiterzuentwickeln und dessen Aussagekraft zu stärken.

Der nun vorliegende Bericht setzt die Überlegungen und Verständigungen zur Weiterentwicklung um. Herauszustellen ist dabei insbesondere, dass beginnend mit der hier relevanten Berichtsperiode 2012/2013 im Rahmen von wechselnden Schwerpunkten über Erfahrungen zu einzelnen Gemeinsamen Empfehlungen vertiefter berichtet werden soll. Um diesem Anspruch Rechnung zu tragen, werden zu den Schwerpunkten jeweils konkret auf den Regelungstext bezogene Fragen formuliert, entlang derer die Erfahrungen berichtet werden.

Als Schwerpunkte für die aktuelle Berichtsperiode 2012/2013 hat der Ausschuss Gemeinsame Empfehlungen auf seiner 19. Sitzung am 03.07.2013 die Gemeinsamen Empfehlungen „Begutachtung“ und „Unterstützte Beschäftigung“ bestimmt.

Darüber hinaus werden die Erfahrungen zu den in einer Berichtsperiode nicht als Schwerpunkt bestimmten Gemeinsamen Empfehlungen weiterhin als allgemeine Einschätzungen in Form von Kompaktberichten erfasst und zusammengestellt. Die hierbei leitenden Fragen wurden dabei wie folgt adaptiert:

- Sehen Sie Verbesserungsbedarf bei der Gemeinsamen Empfehlung und wenn „Ja“ welchen?
- Sehen Sie Probleme bei der Umsetzung der Gemeinsame Empfehlung und wenn „Ja“ welche?

Im Ergebnis enthält der vorliegende Bericht für die Periode 2012/2013:

- Schwerpunktberichte zu den Gemeinsamen Empfehlungen
 - „Begutachtung“ nach § 13 Abs. 1 i. V. m. § 12 Abs. 1 Nr. 4 SGB IX sowie
 - „Unterstützte Beschäftigung“ nach § 38a Abs. 6 SGB IX
- Einen erstmaligen Erfahrungsbericht zur Gemeinsamen Empfehlung „Einrichtungen für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben“ nach § 35 SGB IX sowie
- Folgeberichte zu den Gemeinsamen Empfehlungen
 - „Zuständigkeitsklärung“ nach § 14 SGB IX
 - „Prävention“ nach §§ 12 Abs. 1 Nr. 5, 13 Abs. 2 Nr. 1 SGB IX („Prävention nach § 3 SGB IX“)
 - „Qualitätssicherung“ nach § 20 Abs. 1 SGB IX
 - „Integrationsfachdienste“ nach § 113 Abs. 2 SGB IX
 - „Förderung der Selbsthilfe“ nach § 13 Abs. 2 Nr. 6 SGB IX
 - „Sozialdienste“ nach § 13 Abs. 2 Nr. 10 SGB IX
 - „Einheitlichkeit/Nahtlosigkeit“ nach § 12 Abs. 1 Nr. 1-3 i. V. m. § 13 Abs. 1, Abs. 2 Nr. 5 SGB IX
 - „Teilhabeplan“ nach § 13 Abs. 2 Nr. 3 SGB IX
 - „Verbesserung der gegenseitigen Information und Kooperation aller beteiligten Akteure“ nach § 13 Abs. 2 Nr. 8 und 9 SGB IX
 - „Frühzeitige Bedarfserkennung“ nach § 13 Abs. 2 Nr. 2 SGB IX

Folgende Rehabilitationsträger bzw. deren Spitzenverbände haben nach einer entsprechenden Anfrage der BAR für den vergangenen Zwei-Jahreszeitraum (2012 und 2013) Rückmeldungen zu ihren Erfahrungen mit den Gemeinsamen Empfehlungen gegeben:

- AOK-Bundesverband (AOK-BV)
- BKK Dachverband (BKK DV)
- IKK e.V.
- Verband der Ersatzkassen (vdek)
- Knappschaft – Abteilung Kranken- und Pflegeversicherung
- Deutsche Rentenversicherung (DRV)
- Bundesagentur für Arbeit (BA)
- Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV)
- Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG)

- Landkreise über den Deutschen Landkreistag
- Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe (BAGüS)
- Bundesländer als Träger der Kriegsopferversorgung und -fürsorge
- Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen (BIH)

Somit liegen von allen Vereinbarungspartnern und fast allen Rehabilitationsträgern Mitteilungen über die Erfahrungen mit den Gemeinsamen Empfehlungen vor.

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

- BAG Selbsthilfe
- BDH Bundesverband Rehabilitation
- Blinden- und Sehbehindertenbund in Hessen
- Bund deutscher Kriegsopfer, Körperbehinderter und Sozialrentner (BDKK)
- Deutscher Behindertensportverband
- Deutscher Blinden- und Sehbehindertenverband
- Deutscher Schwerhörigenbund
- Interessenvertretung Selbstbestimmt Leben in Deutschland
- Sozialverband Deutschland (SoVD)
- Sozialverband VDK Deutschland,
- Weibernetz
- Zentrum Selbstbestimmt Leben

Folgender Behindertenverband hat nach einer entsprechenden Anfrage der BAR für den abgelaufenen Zeitraum eine Rückmeldung zu seinen Erfahrungen mit den Gemeinsamen Empfehlungen gegeben:

- Sozialverband Deutschland e.V. (SoVD)

Die BAR hat die einzelnen Mitteilungen der Rehabilitationsträger sowie diejenige des vorgenannten Behindertenverbandes zusammengefasst und aufbereitet.

Als Gesamtergebnis kann zunächst festgestellt werden, dass die Schwerpunktberichte zu den Gemeinsamen Empfehlungen „Begutachtung“ und „Unterstützte Beschäftigung“ detaillierte Informationen zu Erfahrungen mit und zur Anwendung der jeweiligen Gemeinsamen Empfehlung darlegen. Beide Empfehlungen werden überwiegend positiv beurteilt.

Im Blick auf alle Gemeinsamen Empfehlungen ergibt sich der Gesamteindruck, dass sich die Erfahrungen der Rehabilitationsträger mit den Gemeinsamen Empfehlungen in den Jahren 2012 und 2013 gegenüber dem Jahresbericht 2010/2011 nicht wesentlich verändert haben. Während einige Rehabilitationsträger oftmals weder Probleme noch Weiterentwicklungsbedarf konstatieren, sind gleichwohl aus anderen Rückmeldungen auch bestehende Weiterentwicklungspotenziale zu verschiedenen Gemeinsamen Empfehlungen erkennbar. Seitens der Verbände behinderter Menschen wird u. a. der Aspekt der stärkeren praktischen Umsetzung der Gemeinsamen Empfehlungen angeführt. Die vertiefte Berichterstattung im Rahmen der Schwerpunktberichte stellt auch hierzu umfassendere Informationen bereit.

2 Grundsätzliche, allgemeine und übergreifende Aussagen

Im nachfolgenden Abschnitt werden Mitteilungen über die Erfahrungen mit den Gemeinsamen Empfehlungen wiedergegeben, die

- grundsätzlicher Art sind,
- über spezielle Erfahrungen mit einzelnen Gemeinsamen Empfehlungen hinausgehen oder
- sich – zur Vermeidung von Redundanzen im Berichtstext – empfehlungsübergreifend bündeln lassen.

Da es sich i. d. R. um ergänzende Mitteilungen handelt, liegen solche Informationen nicht für alle Rehabilitationsträger vor. Dementsprechend sind in diesem Abschnitt auch nicht alle rückmeldenden Organisationen aufgeführt.

In den vorliegenden Rückmeldungen mitgeteilte grundsätzliche, allgemeine und übergreifende Aussagen sind im Einzelnen wie folgt:

Laut **Bundesagentur für Arbeit** zeigen die Erfahrungen der Jahre 2012 und 2013, dass die Gemeinsamen Empfehlungen (GE) – wie schon im vorherigen Berichtszeitraum – grundsätzlich bekannt sind und beachtet werden. Aus der täglichen Praxis lägen zudem keine Hinweise auf Probleme in der Umsetzung der Gemeinsamen Empfehlung vor. Die Gemeinsamen Empfehlungen zur „Zuständigkeitsklärung“ und zur „Unterstützten Beschäftigung“ würden am häufigsten von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Bundesagentur für Arbeit verwendet. Ferner erwiesen sich die Gemeinsamen Empfehlungen für neu eingesetzte Reha-Beraterinnen und Reha-Berater als gute Informationsquelle. Auf Ebene der Regionaldirektionen dienten die Gemeinsamen Empfehlungen u. a. zur Weiterentwicklung und Verstetigung der Zusammenarbeit mit den anderen Rehabilitationsträgern. Insgesamt seien keine neuen Erkenntnisse identifiziert worden, die auf einen Verbesserungsbedarf der Gemeinsamen Empfehlungen hinweisen. Darüber hinaus verweist die Bundesagentur für Arbeit auf die entsprechenden Ausführungen zu den bereits vorliegenden Berichten nach § 13 Abs. 8 SGB IX.

Der **BKK Dachverband** berichtet über eine gemeinsame Stellungnahme der Spitzenverbände der Krankenkassen auf Bundesebene zu den Gemeinsamen Empfehlungen „Begutachtung“ und „Qualitätssicherung“ hinaus, dass die Betriebskrankenkassen die weiteren Gemeinsamen Empfehlungen empfehlungsübergreifend grundsätzlich für sinnvoll und notwendig erachten. Diese verbesserten in vielen Fällen die Zusammenarbeit der Rehabilitationsträger. Die Frage nach Verbesserungsbedarf wird durchweg verneint. Probleme bei der Umsetzung bestehen größtenteils nicht. Abweichend davon würden – wie an entsprechender Stelle dokumentiert (siehe Punkt

4.2) – nur in Einzelfällen Probleme zu der Gemeinsamen Empfehlung „Zuständigkeitsklärung“ geäußert.

Die **Deutsche Rentenversicherung** teilt mit, dass die Gemeinsamen Empfehlungen unterschiedliche Bedeutsamkeit haben. Von großer Bedeutung sind nach Auffassung der DRV die Gemeinsame Empfehlung (GE) „Zuständigkeitsklärung“ und die GE „Verbesserung der gegenseitigen Information und Kooperation aller beteiligten Akteure“. Zwar gäbe es insbesondere bei Fragen der Zuständigkeit in einzelnen Punkten weiterhin unterschiedliche Auffassungen der Rehabilitationsträger. Hierbei handele es sich jedoch um schwierige Einzelfallgestaltungen oder Probleme zwischen bestimmten Trägern aufgrund unterschiedlicher Auslegungen, die gegebenenfalls einer sozialgerichtlichen Klärung bedürften. Insgesamt werde die GE nach Auffassung der DRV häufig angewendet und habe fußend auf der Grundlage des § 14 SGB IX zu einem zügigen trägerübergreifenden Zusammenwirken beigetragen.

Andere Gemeinsame Empfehlungen, wie etwa die zur „Begutachtung“, seien in die Verwaltungspraxis der Rentenversicherung durch interne Regelungen direkt eingeflossen. Auch die GE „Verbesserung der gegenseitigen Information und Kooperation aller beteiligten Akteure“ habe nach den Erfahrungen der DRV positive Entwicklungen bewirkt. Unterstützt durch das Streben aller Rehabilitationsträger nach einer schnellen und effektiven Wiedereingliederung in das Erwerbsleben beeinflusse sie insgesamt die Kooperation der Rehabilitationsträger positiv.

Die Gemeinsame Empfehlung (GE) „Teilhabeplan“ sei für die Träger der Rentenversicherung selten relevant, da die DRV sowohl Leistungen zur medizinischen Rehabilitation als auch Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben selbst erbringe. Daher bestehe meistens keine Notwendigkeit für einen trägerübergreifenden Teilhabeplan. Aufgrund geringer Fallzahlen habe auch die GE „Unterstützte Beschäftigung“ für die Rentenversicherungsträger geringe Bedeutung. Beide Gemeinsame Empfehlungen würden aber grundsätzlich auch von der DRV als sinnvoll und zielführend erachtet.

Sowohl auf dem Gebiet der „Prävention“ als auch der „Frühzeitigen Bedarfserkennung“ existierten eine Vielzahl regionaler Projekte der Rentenversicherungsträger, die teilweise Inhalte der Gemeinsamen Empfehlungen einbezogen hätten.

Aus Sicht der **Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung** bestehen grundsätzlich keine Probleme bei der Umsetzung bzw. Anwendung der Gemeinsamen Empfehlungen. Dies sei auch auf den umfassenden und alle Lebensbereiche betreffenden Aufgaben- und Leistungskatalog der Unfallversicherung zurückzuführen, so dass eine trägerübergreifende Abstimmung nur bei wenigen Fallgestaltungen erforderlich würde. Von besonderer Bedeutung für die Unfallversicherungsträger seien die Gemeinsamen Empfehlungen „Zuständigkeitsklärung“ und „Qualitätssicherung“.

Die **Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen** hat neben einer zusammenfassenden Rückmeldung mit Ausführungen zu den Gemeinsamen Empfehlungen „Begutachtung“, „Zuständigkeitsklärung“, „Unterstützte Beschäftigung“ und „Integrationsfachdienste“ auch Einzelrückmeldungen ihrer Mitglieder übermittelt. Die drei letztgenannten Gemeinsamen Empfehlungen sind laut BIH von wesentlicher praktischer Bedeutung für die Aufgabenerledigung.

Mehrere **Träger der Kriegsopferversorgung und -fürsorge** haben grundsätzliche Stellungnahmen zu den Erfahrungen mit den Gemeinsamen Empfehlungen übermittelt. So teilen die Länder *Baden-Württemberg* und *Sachsen-Anhalt* mit, dass sich gegenüber der Berichtsperiode 2010/2011 keine Änderungen bzw. Abweichungen ergeben hätten. Das Bundesland *Bayern* berichtet, dass die Gemeinsamen Empfehlungen wegen der geringen Fallzahlen nur eine untergeordnete Bedeutung haben und für den Berichtszeitraum keine Probleme bekannt seien. Ähnlich gibt das Bundesland *Mecklenburg-Vorpommern* an, dass aufgrund der geringen Fallzahlen in diesem Bereich bei den Leistungen zur Teilhabe keine Erfahrungen mit den Gemeinsamen Empfehlungen vorliegen. Das Bundesland *Brandenburg* führt aus, dass die Gemeinsamen Empfehlungen für die Kriegsopferversorgung und -fürsorge kaum praktische Bedeutung besitzen, auch da im Rahmen der medizinischen Rehabilitation die Leistungen der Heil- und Krankenbehandlung überwiegend im gesetzlichen Auftragsverhältnis von den Krankenkassen und die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben durch die Agenturen für Arbeit erbracht würden. Das Bundesland *Reinland-Pfalz* teilt mit, dass mit Ausnahme der Gemeinsamen Empfehlung „Zuständigkeitsklärung“ die Gemeinsamen Empfehlungen in der Praxis keine Bedeutung erlangen, weshalb keine Erfahrungswerte vorlägen. Die Gemeinsamen Empfehlungen haben lt. entsprechender Mitteilung ferner in *Thüringen* keine praktische Bedeutung in der Einzelfallbearbeitung. Insofern seien im Berichtszeitraum keine nennenswerten Erfahrungen mit den Gemeinsamen Empfehlungen gemacht worden, so dass zu den Regelungen, Problemen und Verbesserungsvorschlägen nicht berichtet werden könne.

Die **Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe** berichtet, dass sich gegenüber ihrer letzten Rückmeldung vom 07.12.2011 zu den Erfahrungen für den Berichtszeitraum 2010 bis 2011 keinerlei Änderungen in Bezug auf Erfahrungen mit den Gemeinsamen Empfehlungen gezeigt haben. Die Rückmeldung aus dem Jahr 2011 wird im Bericht nochmals aufgegriffen. Demnach wird mitgeteilt, dass in den Empfehlungen wichtige Hinweise gegeben und trägerübergreifende Verfahrensweisen für die Praxis beschrieben werden. Aus Sicht der überörtlichen Träger der Sozialhilfe entstände nach wie vor der Eindruck, dass die Gemeinsamen Empfehlungen, dort wo sie Anwendung finden sollten, nämlich in der Sachbearbeitung der Rehabilitationsträger, oft nicht bekannt seien oder nicht beachtet würden. Die Wirksamkeit und die Verbindlichkeit der Gemeinsamen Empfehlungen seien daher immer

noch kritisch zu hinterfragen. Solange die Praxis diese Handlungsempfehlungen nicht kenne oder nicht danach handle, blieben sie wirkungslos.

Der **Deutsche Landkreistag** verweist auf die in den vergangenen Jahren abgegebenen Stellungnahmen. Den Landkreisen als örtlichen Trägern der Sozialhilfe und örtlichen Trägern der öffentlichen Jugendhilfe lägen keine anderen Erfahrungen vor. Bislang sei kein Landkreis einer der Gemeinsamen Empfehlungen beigetreten; nach wie vor sei der praktische Nutzen der Gemeinsamen Empfehlungen für die Landkreise gering.

Der **Sozialverband Deutschland e.V.** verbindet mit seiner Stellungnahme die Erwartung der zeitnahen Weiterentwicklung bzw. stärkeren praktischen Umsetzung der benannten Gemeinsamen Empfehlungen. Differenzierte Aussagen und Einschätzungen werden seitens des SoVD zu den Gemeinsamen Empfehlungen „Begutachtung“, „Zuständigkeitsklärung“ und „Prävention“ mitgeteilt.

Die Gemeinsamen Empfehlungen „Frühzeitige Bedarfserkennung“, „Verbesserung der gegenseitigen Information und Kooperation aller beteiligten Akteure“, „Einheitlichkeit/Nahtlosigkeit“ und „Teilhabeplan“ wurden beginnend im Februar 2012 in einem umfangreichen Prozess überarbeitet, aktualisiert und in einer Gemeinsamen Empfehlung zusammengeführt. Für den Entwurf dieser neuen „Gemeinsamen Empfehlung zur Erkennung und Feststellung des Teilhabebedarfs, zur Teilhabeplanung und zu Anforderungen an die Durchführung von Leistungen zur Teilhabe“ gemäß §§ 12 Abs. 1 Nr. 1 bis 3, 13 Abs. 2 Nr. 2, 3, 5, 8 und 9 SGB IX“ wurde am 24.01.2014 das Zustimmungsverfahren eingeleitet. Das Inkrafttreten dieser neuen Gemeinsamen Empfehlung ist für den 01.08.2014 vorgesehen. Sie soll die vorgenannten vier Gemeinsamen Empfehlungen ersetzen.

Die Rehabilitationsträger haben in den Überarbeitungsprozess ihre Erfahrungen und Probleme mit den vier genannten Gemeinsamen Empfehlungen eingebracht und diese bei der Weiterentwicklung aufgegriffen. Daher und unter Verweis auf das laufende Zustimmungsverfahren ist keine weitergehende Rückmeldung zu Weiterentwicklungsmöglichkeiten und Problemen hinsichtlich dieser vier Gemeinsamen Empfehlungen erfolgt durch: den **Verband der Ersatzkassen**, den **IKK e.V.**, den **AOK-Bundesverband**, die **Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau**, die **Knappschaft, Abteilung Kranken- und Pflegeversicherung** und den **Sozialverband Deutschland**. Die **Bundesagentur für Arbeit** gibt an, dass aufgrund des grundlegenden Überarbeitungsprozesses kein weiterer Verbesserungsbedarf und keine Umsetzungsprobleme bei den vier genannten Gemeinsamen Empfehlungen bestehen. Die **Deutsche Rentenversicherung Bund** teilt mit, dass die Überarbeitung und Zusammenfassung der Gemeinsamen Empfehlungen „Frühzeitige Be-

darfserkennung“, Verbesserung der gegenseitigen Information und Kooperation aller beteiligten Akteure“, „Einheitlichkeit/Nahtlosigkeit“ und „Teilhabeplan“ von der Deutschen Rentenversicherung positiv gesehen wird und mit einer Verbesserung der Anwendbarkeit und Praktikabilität der Gemeinsamen Empfehlungen gerechnet werde.

3 Schwerpunktberichte zu Erfahrungen mit den Gemeinsamen Empfehlungen

3.1 Gemeinsame Empfehlung „Begutachtung“ nach § 13 Abs. 1 i. V. m. § 12 Abs. 1 Nr. 4 SGB IX

Die „Gemeinsame Empfehlung für die Durchführung von Begutachtungen möglichst nach einheitlichen Grundsätzen“ nach § 13 Abs. 1 i. V. m. § 12 Abs. 1 Nr. 4 SGB IX ist am 22.03.2004 in Kraft getreten. Im aktuellen Orientierungsrahmen für die Arbeit der BAR 2013-2015 ist eine Überprüfung der Gemeinsamen Empfehlung vorgemerkt. Die Schwerpunktsetzung zu den Erfahrungen mit dieser Gemeinsamen Empfehlung soll dazu weitere Hinweise ermöglichen.

Die **Spitzenverbände der Krankenkassen auf Bundesebene** einschließlich der **Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau**, handelnd als landwirtschaftliche Krankenversicherung, haben die Befragung zu den Erfahrungen mit dieser Gemeinsamen Empfehlung im Rahmen einer gemeinsamen Stellungnahme – abgegeben durch den **Verband der Ersatzkassen** – beantwortet.

Die **Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen** teilen in allgemeiner Form mit, dass diese Gemeinsame Empfehlung die Arbeit der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen nur geringfügig betrifft, obwohl auch in der Kriegsopferversorge und im Schwerbehindertenrecht ärztliche Stellungnahmen und Befunde eine wichtige Rolle spielen. Die in der Fallbearbeitung durch die Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen relevanten sozialmedizinischen Stellungnahmen erreichten in der Regel aber nicht den „Komplexitätsgrad“ der in der Gemeinsamen Empfehlung „Begutachtung“ definierten sozialmedizinischen Gutachten.

Insgesamt ist festzustellen, dass die Gutachten entsprechend oder im Wesentlichen gemäß der Gemeinsamen Empfehlung „Begutachtung“ erstellt werden. Von den Rehabilitationsträgern wird sie als bedeutsam und praxisrelevant charakterisiert. Die Orientierung am Denkmodell der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) und ihrem zugrundeliegendem bio-psycho-sozialen Modell wird als ein gutes Instrument zur Förderung der Strukturqualität beschrieben. Hingewiesen wird in diesem Zusammenhang auf die Problematik, dass dieser hohe Qualitätsstandard auf Gutachten nach Aktenlage nicht angelegt werden kann. Unterschiedliche Angaben werden zur erforderlichen Gliederungstiefe, der Berücksichtigung der Kontextfaktoren und der Vermeidung von unnötigen Doppelbegutachtungen gemacht. Neben kleineren Anregungen zur inhaltlichen Fortentwicklung dieser Gemeinsamen Empfehlung wird vom Behindertenverband SoVD wesentlicher Überarbeitungsbedarf zur Gemeinsamen Empfehlung gesehen.

3.1.1 Werden Ihre Gutachten nach den einheitlichen trägerübergreifenden Grundsätzen auf Grundlage der Gemeinsamen Empfehlung erstellt? Orientieren sich nach Ihrer Erfahrung auch die Gutachten anderer Träger („Fremdgutachten“) danach?

Die **Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene** berichten aufgrund der Rückmeldungen aus der MDK-Gemeinschaft, dass sich die Gutachten, unabhängig von der eingesetzten Software, an der Gliederungsstruktur der Gemeinsamen Empfehlung „Begutachtung“ der BAR orientieren. Unterstützt werde dies durch die anlassbezogenen Vorgaben in der jeweils zugehörigen Begutachtungs-Richtlinie/Anleitung. Zu Fremdgutachten könnten keine grundsätzlichen Aussagen gemacht werden, da diese nur in Ausnahmefällen vorlägen.

Die **Deutsche Rentenversicherung** teilt mit, dass die sozialmedizinischen Gutachten der Rentenversicherungsträger nach den Vorgaben der Deutschen Rentenversicherung entsprechend angefertigt werden (vergl. Das ärztliche Gutachten für die gesetzliche Rentenversicherung, Hinweise zur Begutachtung, DRV-Schriften Bd. 21, 2001, sowie diverse Begutachtungsleitlinien zu unterschiedlichen Erkrankungen (vergl. DRV-Internetseite)). Diese entsprächen den Inhalten der Gemeinsamen Empfehlung „Begutachtung“. Einige RV-Träger weisen ferner darauf hin, dass die in der Empfehlung aufgeführten Fragen dem Wirtschaftlichkeitsgebot und den begrenzten Zeitressourcen folgend zum Teil ausgesprochen zielgerichtet bearbeitet werden müssen. Bezüglich der Gutachten anderer Rehabilitationsträger geben die RV-Träger mehrheitlich an, dass auch deren Gutachten sich an den Grundsätzen der Gemeinsamen Empfehlung orientieren. Mehrere RV-Träger teilen mit, dass die Anzahl der Auftragsgutachten insgesamt zurückgegangen sei.

Die **Bundesagentur für Arbeit** gibt an, dass sich die Gutachten des Ärztlichen Dienstes (ÄD) aus zwei Teilen zusammensetzen: einem Teil A, der die „Medizinische Dokumentation und Erörterung“ enthält, der ärztlichen Schweigepflicht unterliegt und deshalb in der Akte des ÄD verbleibt, und einem Teil B, der die „Sozialmedizinische Stellungnahme für den Auftraggeber“ enthält. In diesem Teil B werden aus datenschutzrechtlichen Gründen ausschließlich die vermittlungs- und beratungsrelevanten Gesundheitsstörungen aufgeführt und sozialmedizinisch diskutiert. Seit dem Jahr 2006 würden im ÄD weiterentwickelte Gutachtenformate für den Teil A „Medizinische Dokumentation und Erörterung“ auf der Grundlage der Gemeinsamen Empfehlung verwendet. Seit Ende 2013 werde im Sinne eines verbesserten Informationstransfers an die Auftraggeber eine im Sinne der ICF wesentlich verbesserte Version des Teil B „Sozialmedizinische Stellungnahme für den Auftraggeber“ der Gutachten mit dem Ziel einer bundesweiten Einführung pilotiert. Besonderer Wert sei bei der Weiterentwick-

lung auf die Beschreibung von integrationsrelevanten Funktionseinschränkungen und damit auf die Ausführungen zum positiven Leistungsbild gelegt worden.

Die **Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung** teilt mit, dass die in der gesetzlichen Unfallversicherung verwendeten Gutachten im Wesentlichen die in der Gemeinsamen Empfehlung genannten Grundsätze wiedergeben. Eine sozialmedizinische Beurteilung erfolge im Rahmen des Reha-Managements zeitnah, umfassend und unter Beteiligung aller Akteure. Begutachtungen erfolgten regelhaft im Bereich der Rentenbegutachtung zur Prüfung der Kausalität und des Anspruchs auf Verletztenrente. Im Rahmen von Teilhabeleistungen seien sie durch das Reha-Management der gesetzlichen Unfallversicherung zumeist entbehrlich, wenn der Ursachenzusammenhang geklärt ist. Hinsichtlich der Vergabe der Gutachten – so die DGUV weiter – bestehen in der gesetzlichen Unfallversicherung strenge gesetzliche Regelungen. Nach § 200 Abs. 2 SGB VII seien den Versicherten vor jeder Art von Begutachtung (auch Zusatzbegutachtung) mehrere Gutachter zur Auswahl zu benennen. In der Praxis der Unfallversicherungsträger werde dies dadurch umgesetzt, dass der DGUV-Formtext zur Gutachterausswahl die Benennung von drei fachlich-qualifizierten Gutachtern vorsieht. Zudem würde den Versicherten gleichzeitig die Möglichkeit eingeräumt, eigene geeignete Gutachter vorzuschlagen.

Über die allgemeine Rückmeldung der **Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen** zu den Erfahrungen der **Integrationsämter** hinaus berichten *Brandenburg*, *Hamburg* und *Thüringen*, dass für Leistungen zur Teilhabe schwerbehinderter Menschen am Arbeitsleben und Leistungen der begleitenden Hilfe keine der Gemeinsamen Empfehlung entsprechenden Gutachten angefertigt bzw. angefordert würden. *Brandenburg* führt weiter aus, dass fachtechnische Gutachten des Technischen Beratungsdienstes nicht unter Gutachten im Sinne der Gemeinsamen Empfehlung fielen. Das Integrationsamt *Sachsen* berichtet, dass es sich der Gutachten der technischen Beratungsdienste sowie der Gutachten der Integrationsfachdienste bediene, die nach den vereinbarten Grundsätzen erstellt würden, und diese für die Entscheidungsfindung im Kündigungsschutz sowie in der begleitenden Hilfe eine wichtige Argumentation darstellten. Ergänzend wird angeführt, dass „Fremdgutachten“ anderer Rehabilitationsträger (z. B. Arbeitsagenturen, Rentenversicherungsträger) sich ebenfalls an diesen Richtlinien orientieren, sofern sie diese mit in ihre Entscheidung einfließen lassen.

Die **Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau** handelnd als landwirtschaftliche Alterskasse und Berufsgenossenschaft hat die gestellte Frage bejaht.

Für den Bereich der **Kriegsopferversorgung und -fürsorge** berichten die Länder *Hessen* und *Saarland*, dass Gutachten auf Grundlage der Gemeinsamen Empfehlung

erstellt werden. Dies teilt gleichfalls *Brandenburg* mit und ergänzt, dass sich auch andere Gutachten daran orientierten. Das Bundesland *Hamburg* gibt an: „Unsere Gutachten im Sozialen Entschädigungsrecht erfüllen annähernd die einheitlichen trägerübergreifenden Grundsätze; die Gutachten im Schwerbehindertenrecht erfüllen diese nicht. Die Orientierung anderer Träger ist nicht bekannt.“

3.1.2 Inwieweit wurden die Regelungsinhalte der Gemeinsamen Empfehlung „Begutachtung“ in trägerspezifische Konzepte und in die Praxis der sozialmedizinischen Begutachtung in Ihrem Bereich umgesetzt? Welche Hinderungsgründe für eine entsprechende Umsetzung bestehen gegebenenfalls?

Die **Verbände der Krankenkassen** auf Bundesebene sehen die Regelungsvorgaben im Bereich der MDK-Gemeinschaft umgesetzt.

Die **Deutsche Rentenversicherung** teilt mit, dass die Orientierung am Denkmodell der ICF, dem bio-psycho-sozialen Krankheitsmodell, auf dem auch die Regelungsinhalte der Gemeinsamen Empfehlung „Begutachtung“ beruhen, in den unter 3.1.1 zitierten Leitlinien sowie in der Sonderschrift für die Erstellung ärztlicher Gutachten verankert sei. Auch die Gliederung entspreche sich im Wesentlichen. Diese inhaltlichen Aspekte würden den Gutachtern schriftlich, in der Fortbildung und bei individuellen Rückmeldungen vermittelt. Von zwei RV-Trägern werde allerdings darauf hingewiesen, dass dieser hohe Qualitätsmaßstab bei den Gutachten nach Aktenlage (ohne körperliche Untersuchung und ohne mündlich aufgenommene Anamnese) nicht angelegt werden könne. Aus Gründen der Wirtschaftlichkeit würden diese Gutachten, die inzwischen den größten Teil der Beurteilungen in der Rentenversicherung ausmachen, problemfokussiert gestaltet.

Die **Bundesagentur für Arbeit** berichtet, dass die Regelungsinhalte der Gemeinsamen Empfehlung „Begutachtung“ im Bereich des Ärztlichen Dienstes der BA umgesetzt worden seien und derzeit noch weiterentwickelt würden (siehe unter 3.1.1).

Nach Mitteilung der **Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung** seien weitere trägerspezifische Konzepte durch die Bereitstellung einheitlicher Gutachtenformulare durch die DGUV (einheitliche Formtexte bei Formulargutachten und teilweise bei Zusammenhangsgutachten) nicht erforderlich. Neben den UV-spezifischen Fragen nach dem Ursachenzusammenhang und der Höhe einer etwaigen Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE), würden seit 2013 standardisiert Teilhabeaspekte der beruflichen Eingliederung sowie am Leben in der Gemeinschaft und pflegerische Aspekte erfragt.

Als Einzelrückmeldung eines **Integrationsamtes** berichtet *Sachsen*, dass sich im Bereich Kündigungsschutz und begleitender Hilfen die angeforderten Gutachten an der konkreten Situation am Arbeitsplatz und deren Auswirkungen auf Arbeitsleistung,

-qualität und -anforderung orientierten. Reine sozialmedizinische Begutachtungen seien daher dort weniger relevant. Das Integrationsamt *Rheinland-Pfalz* berichtet: „Da keine eigenen Gutachter existieren, muss auf fremde Gutachter zurückgegriffen werden, die sich nach deren Vorgaben richten.“

Die **Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau** handelnd als landwirtschaftliche Alterskasse und Berufsgenossenschaft teilt mit, dass die Gutachter die Gemeinsame Empfehlung beachten.

Als **Träger der Kriegsopferversorgung und -fürsorge** teilt das Bundesland *Hessen* mit, dass die Regelungsinhalte in die Versorgungsmedizin-Verordnung – VersMedV (Versorgungsmedizinische Grundsätze) eingeflossen seien. Ferner berichten die Länder *Brandenburg*, *Saarland* und *Hamburg* ebenfalls, dass die Regelungsinhalte der Gemeinsamen Empfehlung umgesetzt würden.

3.1.3 Ist aus Ihrer Sicht bzw. der Ihrer sozialmedizinischen Experten die differenzierte Aufschlüsselung der Inhalte eines Gutachtens (Ziffer 4 der GE) ausreichend und hilfreich?

Die **Verbände der Krankenkassen** auf Bundesebene berichten, dass die Aufschlüsselung zwar ausreichend, durch die teils hohe Differenzierung aber nicht immer hilfreich sei.

Für die **Deutsche Rentenversicherung** ist die Aufschlüsselung ausreichend und dient der Überschaubarkeit.

Auch für die **Bundesagentur für Arbeit** ist die differenzierte Aufschlüsselung der Inhalte in der bisherigen Form ausreichend und hilfreich. Gleichlautend dazu ist nach Mitteilung der **Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung** auch die Einschätzung der Unfallversicherungsträger. Es wird zudem ergänzt, dass die Gemeinsame Empfehlung unter Berücksichtigung der ICF-Klassifikation ein gutes Instrument zur Förderung der Strukturqualität biete.

Von Seiten der **Integrationsämter** wird durch das Integrationsamt *Rheinland-Pfalz* berichtet, dass das Aufkommen an Gutachten fast ausschließlich auf den Kündigungsschutz beschränkt sei. Diese Gutachten würden nicht so ausgebaut eingefordert, dass sie für andere Träger/Zuständigkeiten allumfassend verwendet werden könnten. Es sei vor allem eine Budgetfrage, inwieweit ärztliche Bemühungen veranlasst würden, auf die vage Möglichkeit hin, dass ein anderer Träger auf die in ihrem Verfahren getroffenen Feststellungen zugreife. Demnach sei es bisher auch zu keiner benennbaren Anforderung gekommen. *Sachsen* berichtet, dass besagte Inhalte in den verwendeten Gutachten mit verwendet würden, jedoch nur insoweit, wie sie für die Situation am Arbeitsplatz relevant seien.

Die **Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau** handelnd als landwirtschaftliche Alterskasse und Berufsgenossenschaft hat die gestellte Frage bejaht.

Insofern Antworten gegeben wurden, bejahen die **Träger der Kriegsopferversorgung und -fürsorge** die Frage.

3.1.4 Bestehen hinsichtlich der Gliederung der Gutachten (Ziffer 4 der GE) Unterschiede zwischen dem empfohlenen Aufbau in der Gemeinsamen Empfehlung und Ihrer trägerspezifischen Praxis?

Für die **Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene** ist die Gliederung an einigen wenigen Stellen zu differenziert und würde, sofern angezeigt, in der trägerspezifischen Praxis gekürzt. Die Gliederungstiefe solle deshalb der jeweiligen Fragestellung (flexibel) angepasst werden.

Aus Sicht der **Deutschen Rentenversicherung** sind die Unterschiede zwischen den unter 3.1.1 zitierten Empfehlungen der DRV für sozialmedizinische Gutachten und der Gemeinsamen Empfehlung nur geringfügig. Ein Träger gibt an, sein Gutachtenformular führe nicht alle zu erfragenden Positionen in der Anamnese vollständig auf; aufgrund interner Vorgaben würden diese Punkte gleichwohl erhoben. Mehrere RV-Träger betonen, dass auch bei Gutachten nach Aktenlage eine individuelle Anpassung (also Klärung einzelner Fragen) möglich sei.

Die **Bundesagentur für Arbeit** berichtet, dass die Gliederung der Gutachten des Ärztlichen Dienstes mit dem empfohlenen Aufbau in der Gemeinsamen Empfehlung identisch sei.

Die **Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung** weist aufgrund der gesetzlichen Grundlage auf bestehen Unterschiede hinsichtlich der Gliederung der Gutachten hin. Im Fokus der gesetzlichen Unfallversicherung stehe nicht die Entscheidung über eine Leistung zur Teilhabe, sondern die Rentenbegutachtung einschließlich der Prüfung der Kausalität. Daher seien einige Gliederungspunkte der Ziffer 4 nicht immer erforderlich (diese werden im Rahmen der Fallbearbeitung ermittelt). Besondere Berücksichtigung hätten jedoch die Gliederung und die bio-psycho-sozialen Kontextfaktoren (ICF) naturgemäß im Muster-Zusammenhangsgutachten bei psychischen Gesundheitsstörungen gefunden, wo sie regelhaft abgefragt werden.

Seitens des **Integrationsamtes Sachsen** wird mitgeteilt dass keine Unterschiede gesehen werden.

Laut Mitteilung der **Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau** handelnd als landwirtschaftliche Alterskasse und Berufsgenossenschaft bestehen keine Unterschiede.

Als **Träger der Kriegsopferversorgung und -fürsorge** teilt das Bundesland *Hessen* mit, dass aufgrund der spezifischen Aufgabenwahrnehmung im Bereich des Sozialen Entschädigungsrechts unterschiedliche Fragestellungen bestehen. Das Bundesland *Hamburg* berichtet, dass Aufbau und Gliederung der Gutachten im Sozialen Entschädigungsrecht im Wesentlichen der Gemeinsamen Empfehlung entsprechen und die finalen Gutachten im Schwerbehindertenrecht weniger umfangreich seien. Laut den Ländern *Saarland* und *Brandenburg* bestehen keine Unterschiede.

3.1.5 Bildet die Gemeinsame Empfehlung alle Elemente für eine umfassende Begutachtung nach trägerübergreifend einheitlichen Grundsätzen ab? Wo ergeben sich aufgrund der bisherigen Erfahrungen Weiterentwicklungs- und Verbesserungsmöglichkeiten (Ergänzung/Streichung/Änderung)?

- Bereich Aktualisierung: Die **Deutsche Rentenversicherung Bund** berichtet vom Hinweis eines Rentenversicherungsträgers, dass die Angaben zur Familienanamnese bei sozialmedizinischen Gutachten im Allgemeinen entbehrlich seien.
- Bereich Verständlichkeit: Mehrere Träger der **Deutschen Rentenversicherung** geben laut DRV Bund an, dass es hilfreich wäre, auf Abkürzungen gänzlich zu verzichten oder sie grundsätzlich einmal zu erklären, weil sie entweder doppeldeutig oder aber hochspezifisch und dadurch nicht allgemein bekannt seien.
- Bereich Praxisnähe: Von einem Träger der **Deutschen Rentenversicherung** wird nach Mitteilung der DRV Bund ein kürzerer, übersichtlicherer Aufbau der Gliederung erbeten. Ein anderer RV-Träger gibt an, dass die Verschlüsselung nach ICD-10 für den Gutachtensablauf vom Zeitaufwand gerade noch tolerabel sei. Eventuell weitere Kodierungen seien nicht leistbar.

Die **Verbände der Krankenkasse auf Bundesebene** weisen darauf hin, Inhalte zusammenzufassen, insbesondere zur Anamnese.

- Hinsichtlich weiterer Weiterentwicklungs- und Verbesserungsmöglichkeiten weist entsprechend der Meldung der **Deutschen Rentenversicherung Bund** ein RV-Träger darauf hin, dass es wünschenswert wäre, wenn auf mögliche Kommunikationsprobleme im unmittelbaren Kontakt mit dem Versicherten eingegangen würde. Häufig stünden Arbeitsunfähigkeitszeiten sowie psychische Störungen im Mittelpunkt, bei denen eine Kommunikationsstörung die Ursache sein könnte, z. B. Konflikte am Arbeitsplatz, im innerfamiliären oder sonstigen sozialen Kontext. Wünschenswert seien darüber hinaus Informationen zu möglichen Hinder-

nissen, die Auswirkungen auf das Berufsleben haben könnten (schriftliche und mündliche Ausdrucksfähigkeit, Rechenschwäche, Leseschwäche und Ähnliches mehr). Hier wären auch u. U. fehlende Kenntnisse in der Anwendung moderner Bürokommunikationstechnologien von besonderem Interesse (PC, Anwendung neuer PC-Programme und dergleichen mehr).

Ein anderer RV-Träger schlägt vor, zusätzlich Angaben zur Mobilität im öffentlichen Raum aufzunehmen, also Daten bezüglich der möglichen Wegstrecke, Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel, das Vorhandensein einer Fahrerlaubnis, die Notwendigkeit von Hilfsmitteln etc.

Ferner wird von einem anderen RV-Träger vorgeschlagen, zusätzliche Angaben zur Versorgungsstruktur am Wohnort sowie – insbesondere bei psychischen Indikationen – Angaben zur Medikation und zur Art und Dauer der psychotherapeutischen Behandlung aufzunehmen.

- Keine Weiterentwicklungs- und Verbesserungsmöglichkeiten sieht die **Bundesagentur für Arbeit** mit Verweis darauf, dass die Gemeinsame Empfehlung alle Elemente für eine umfassende Begutachtung nach trägerübergreifend einheitlichen Grundsätzen abbilde. Ebenfalls von keinen Weiterentwicklungs- und Verbesserungsmöglichkeiten berichtet die **Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau** handelnd als landwirtschaftliche Alterskasse und Berufsgenossenschaft. Auch aus den Einzelmeldungen der **Integrationsämter** ergeben sich überwiegend keine Weiterentwicklungs- und Verbesserungsmöglichkeiten.

Die antwortenden **Träger der Kriegsopferversorgung und -fürsorge** sehen keine Weiterentwicklungs- und Verbesserungsmöglichkeiten. Das Bundesland *Hessen* berichten ergänzend: „Für den Bereich des Sozialen Entschädigungsrechts sind Gutachten anderer Träger i. d. R. nur eingeschränkt bzw. ergänzend verwertbar, da Gutachten im Sozialen Entschädigungsrecht i. d. R. Kausalitätsfragen beantworten müssen.“ Das Bundesland *Hamburg* führt aus: „Aufgrund fehlender Erfahrungen kann hierzu keine Aussage getroffen werden. Die Schwerpunkte der anderen sozialmedizinischen Einrichtungen sind nicht umfassend genug bekannt.“

3.1.6 Inwieweit konnte nach Ihrer Einschätzung aufgrund der in der Gemeinsamen Empfehlung formulierten einheitlichen Grundsätze die Zahl von Mehrfachbegutachtungen („Doppelbegutachtungen“) verringert werden?

Von Seiten der **Spitzenverbände der Krankenkassen auf Bundesebene** wird vermehrt auf eine Verbesserung im Verfahren der Zusammenarbeit und die gegenseitige

Anerkennung von Gutachten anderer Teilhabeträger hingewiesen. Von Seiten des Medizinischen Dienstes kann hier keine Einschätzung abgegeben werden.

Die **Deutsche Rentenversicherung Bund** berichtet von unterschiedlichen Angaben der Rentenversicherungsträger. Einige RV-Träger geben an, dass die Anzahl der Fremdgutachten sich verringert habe, ein RV-Träger verzeichne eine Zunahme. Mehrere RV-Träger könnten hierzu keine Angaben machen. Die meisten RV-Träger äußerten jedoch übereinstimmend, dass die Gemeinsame Empfehlung keine Auswirkungen auf die Häufigkeit der Anforderung von Mehrfach- oder Zweitgutachten habe. Diese würden grundsätzlich nur dann angefordert, wenn es notwendig sei, z. B. weil der Antragssteller eine Verschlechterung seines Gesundheitszustandes angäbe oder eine weitere Fachdisziplin eingebunden werden müsse.

Aus Sicht der **Bundesagentur für Arbeit** konnte und kann durch die grundsätzliche Beiziehung von medizinischen Unterlagen und Gutachten, insbesondere auch anderer Träger, die Zahl von Mehrfachbegutachtungen minimiert werden (u. a. geregelt in Verfahrensabsprachen zwischen Bundesagentur für Arbeit und Gesetzlicher Rentenversicherung). Eine zusätzliche Begutachtung erfolge lediglich bei nicht mehr aktuellen medizinischen Unterlagen bzw. in den Fällen, in denen aufgrund der spezifischen Fragestellung die zur Verfügung stehenden Unterlagen diese Fragen nicht beantworten könnten.

Die Ergebnisse der Gutachten anderer Rehabilitationsträger, die eine Begutachtung nach den Grundsätzen der Gemeinsamen Empfehlung durchgeführt haben, werden bei der **Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung** insbesondere im Reha-Management und bei Teilhabeleistungen berücksichtigt, ersetzt aber nicht die Gutachten zur Rentenbegutachtung, da hier spezielle Kausalitätskriterien gelten, die durch Fremdgutachten regelmäßig noch nicht geklärt seien. Die Gutachten der Unfallversicherung würden von anderen Rehabilitationsträgern angefordert. Hierbei können Mehrfachbegutachtungen vermieden werden.

Das **Integrationsamt Sachsen** berichtet, dass es durch die einheitlichen Grundsätze möglich sei, die Gutachten anderer Rehabilitationsträger für die eigene Tätigkeit zu verwenden, wenn auf die spezifische Fördermodalität eingegangen werde.

Für die **Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau** handelnd als landwirtschaftliche Alterskasse und Berufsgenossenschaft ist keine Einschätzung quantifizierbar.

Die Bundesländer *Hessen* und *Brandenburg* als **Träger der Kriegsopferversorgung und -fürsorge** berichten, dass Mehrfachbegutachtungen nur in geringem Maße auftreten würden oder hier keine Erfahrungen vorlägen. Das Bundesland *Hamburg* teilt mit, dass im Schwerbehindertenrecht z. B. von den Gutachten der Pflegeversiche-

rung, im Sozialen Entschädigungsrecht von den Gutachten der Berufsgenossenschaften profitieren wird sowie dass dies bei den BGs auch umgekehrt der Fall sei. Zudem würden die Schwerbehindertengutachten vom Jobcenter und vom Sozialgericht angefordert. Eine Statistik über den Austausch von Gutachten existiere nicht.

3.1.7 Sehen Sie und insbesondere Ihre sozialmedizinischen Experten Schwierigkeiten, den „bio-psycho-sozialen Ansatz“ im Sinne der ICF bei der Sozialmedizinischen Begutachtung umzusetzen (Ziff. 3.2 der GE und Anhang zur GE)? Wenn ja, welche?

Den **Verbänden der Krankenkassen auf Bundesebene** sind keine Schwierigkeiten bekannt, die bio-psycho-soziale Sichtweise in der Begutachtung umzusetzen. Die Gutachter der MDK Gemeinschaft würden zu einer an der ICF orientierten Begutachtung in vielen MDS-Seminaren und auch in den Fortbildungsveranstaltungen der einzelnen MDK geschult. Der Sozialmedizinische Dienst der Knappschaft weist darauf hin, dass der genannte Ansatz der ICF seit vielen Jahren Bestandteil der sozialmedizinischen Betrachtungsweise von Gesundheitsstörungen sei. Er hält die ICF als Klassifikationssystem an sich routinemäßig jedoch nicht für praktikabel anwendbar.

Laut Bericht der **Deutschen Rentenversicherung Bund** haben die Rentenversicherungsträger grundsätzlich keine Schwierigkeiten bei der Umsetzung der GE. Aus Sicht eines RV-Trägers wäre es von Bedeutung, inwieweit sich krankheitsbedingt die Lebensumstände verändert haben, z. B. bis hin zum sozialen Rückzug. Außerdem könnte darauf hingewiesen werden, ob eine betriebsärztliche Versorgung gewährleistet sei und ob die Möglichkeiten des Betrieblichen Eingliederungsmanagements (BEM) nach SGB IX genutzt würden.

Die **Bundesagentur für Arbeit** verweist auf ihre Antwort unter 3.1.1.

Die **Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung** berichtet, dass der „bio-psycho-soziale Ansatz“ ein wichtiger Begutachtungsaspekt bei schweren und komplexen Schadensbildern ist. Dies insbesondere, wenn neurologisch- und psychische Gesundheitsstörungen als reaktive Folgen vorlägen. Dem werde insbesondere durch die umfassende Begutachtung im einheitlichen Muster-Gutachten für psychische Gesundheitsstörungen Rechnung getragen (s.o. zu 3.1.4). Bei „leichteren“ Verletzungen ohne schwerwiegende funktionelle Beeinträchtigungen trete der Ansatz aber eher in den Hintergrund. Zudem wird seitens der DGUV mitgeteilt, dass der „bio-psycho-soziale Ansatz“ in der Begutachtung (Feststellung von Kontextfaktoren) es ermögliche, viel gezielter und differenzierter weitere Maßnahmen im laufenden Reha-Prozess zu planen. Darüber hinaus spiegelten sich die Grundgedanken und Ansätze der ICF-Klassifikation bereits im regelmäßig praktizierten Reha-Management wieder.

Das **Integrationsamt Sachsen** teilt mit, dass reine sozialmedizinische Begutachtungen nicht stattfinden.

Die **Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau** handelnd als landwirtschaftliche Alterskasse und Berufsgenossenschaft sieht keine Schwierigkeiten.

Als **Träger der Kriegsopferversorgung und -fürsorge** wird die Frage durch die Länder *Hessen* und *Saarland* verneint. Die Länder *Brandenburg* und *Hamburg* teilen mit, dass der bio-psycho-soziale Ansatz durch die „Versorgungsmedizinischen Grundsätze“ bereits umgesetzt werde und diese die Beurteilungsgrundlage bildeten. Zudem werde die VersMedV derzeit überarbeitet, so dass es zu Änderungsverordnungen komme, die die ICF berücksichtigen. Am Ende der Überarbeitung (2015) werde die ICF im System vollständig eingepflegt sein.

3.1.8 Erfolgt durch Ihre Gutachter eine umfassende Berücksichtigung der Kontextfaktoren (im Sinne der ICF) in Bezug auf die Person und Umwelt als Voraussetzung für den angestrebten Rehabilitationserfolg (Ziff. 3.3 und 4.5 der GE)?

Laut Bericht der **Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene** finden Kontextfaktoren Eingang in die sozialmedizinische Beurteilung, sofern sie für die Fragestellung von Relevanz seien und dem Gutachter mitgeteilt würden.

Die **Deutsche Rentenversicherung** gibt an, dass in der Praxis (bei Beurteilungen nach Aktenlage) die Erhebung auf Basis der Kontextfaktoren bezogen auf die jeweilige Fragestellung erfolge.

Die **Bundesagentur für Arbeit** teilt mit, dass mit Hilfe der beschriebenen neuen Gutachtenformate (siehe 3.1.1) künftig eine umfassende Berücksichtigung der Kontextfaktoren der ICF, die als Förderfaktoren oder Barrieren im Rahmen der Reha-Begutachtung des ÄD der BA eine wichtige Rolle spielen können, ermöglicht werde.

Die **Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung** stellt im Blick auf die Entwicklung der letzten Jahre eine deutliche Sensibilisierung der Gutachter für das Erheben und Berücksichtigen von Kontextfaktoren fest. Die Muster-Curricula der obligatorischen Gutachtenseminare für Gutachter berücksichtigten dieses Thema. Zudem müssten D-Ärzte, die in hohem Maße Gutachten auf unfallchirurgisch-orthopädischen Gebiet erstellen, regelmäßig an entsprechende Fortbildungen im Bereich Rehabilitationsmedizin teilnehmen, in denen gerade auch die bio-psycho-sozialen Aspekte der ICF vermittelt würden.

Die **Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau** handelnd als landwirtschaftliche Alterskasse und Berufsgenossenschaft hat diese Frage bejaht.

Als **Träger der Kriegsopferversorgung und -fürsorge** stimmen die Länder *Hessen* und *Saarland* dem zu. Das Bundesland *Hamburg* gibt an: „Im Schwerbehindertenrecht (finale Betrachtungsweise) wird lediglich ein Grad der Behinderung bestimmt. Eine umfassende Berücksichtigung der Kontextfaktoren erfolgt im Integrationsamt, im Sozialen Entschädigungsrecht wird lediglich Stellung genommen, ob eine medizinische Rehabilitation oder Maßnahmen zur Teilhabe am Arbeitsleben notwendig sind.“

3.1.9 Existiert für die sozialmedizinischen Gutachter eine schriftliche Vorgabe der Trägerverwaltung, eine trägerübergreifend verwendbare umfassende Reha-Bedarfsfeststellung vorzunehmen?

Die **Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene** berichten, dass in der Begutachtungs-Richtlinie „Vorsorge und Rehabilitation“ im Vorwort von 2005 ausdrücklich auf die Gemeinsamen Empfehlung nach § 13 Abs. 1 i. V. m. § 12 Abs. 1 Nr. 4 SGB IX verwiesen werde. Im Übrigen sei in den einschlägigen Begutachtungsrichtlinien/Anleitungen vorgegeben, dass auch der Bedarf an Leistungen zur Teilhabe anderer Träger zu prüfen sei.

Nach Angaben der **Deutschen Rentenversicherung** sind die entwickelten Leitlinien zur Rehabilitationsbedürftigkeit und zur Begutachtung der Leistungsfähigkeit auf den entsprechenden Internetseiten der Rentenversicherungen öffentlich für andere Träger und sämtliche sozialmedizinischen Gutachter, die Rehabilitationsgutachten erstellen, zugänglich. Die meisten Träger hätten zusätzlich entsprechende schriftliche Vorgaben für ihre Gutachter entwickelt.

Bei der **Bundesagentur für Arbeit** existiert keine schriftliche Vorgabe der Trägerverwaltung für die sozialmedizinischen Gutachter.

Seitens der **Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung** erfolgt hierzu keine Angabe.

Die **Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau** handelnd als landwirtschaftliche Alterskasse und Berufsgenossenschaft gibt an, dass die Gutachter entsprechend angewiesen wurden.

Seitens der **Träger der Kriegsopferversorgung und -fürsorge** wird vom Bundesland *Hessen* das Bestehen einer solchen Vorgabe angegeben, seitens der Länder *Hamburg* und *Saarland* dies hingegen verneint.

3.1.10 Inwieweit bestehen in Ihrem Trägerbereich bei der Erhebung und/oder der trägerübergreifenden Übermittlung von Daten, die für Fragestellungen i. S. v. vor allem Ziffer 3.4 der Gemeinsamen Empfehlung relevant sein können, datenschutzbedingte Grenzen (z. B. vorgeschriebene Verfahren, Einschränkung bei den Daten, die erhoben/übermittelt werden dürfen)? Wie schätzen Sie diese Grenzen ein im Hinblick auf den durch die Gemeinsame Empfehlung aufgegriffenen gesetzlichen Auftrag zur trägerübergreifenden Bedarfsfeststellung nach SGB IX?

Nach Ansicht der **Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene** wird eine trägerübergreifende Bedarfsfeststellung durch die datenschutzrechtlichen Vorgaben des § 276 Abs. 1 und 2 SGB V sowie § 277 SGB V erschwert. Die Begrenzung der Datenerhebungsbefugnisse nach § 276 SGB V sowie der Mitteilungsbefugnisse des MDK nach § 277 SGB V auf die für den jeweiligen Auftraggeber erforderlichen Angaben zum Befund als auch der Grundsatz der Datensparsamkeit ständen in einem Spannungsverhältnis zu der von der Gemeinsamen Empfehlung und dem SGB IX geforderten umfassenden, trägerübergreifenden Feststellung des Rehabilitationsbedarfs.

Die **Deutsche Rentenversicherung** teilt mit, dass die datenschutzrechtlichen Grenzen grundsätzlich mit dem Auftrag einer trägerübergreifenden Bedarfsfeststellung vereinbar seien. Sofern die Betroffenen ihre Einwilligung zur Übermittlung medizinischer Unterlagen erteilt hätten, würden diese auf Anforderung dem medizinischen Dienst des beteiligten Trägers zur Verfügung gestellt (§§ 67 ff. SGB X). Die Anforderung von Unterlagen sei dabei stets auf das im Einzelfall Erforderliche zu beschränken. Allerdings würden von den Rehabilitationsträgern anscheinend unterschiedliche Anforderungen an die Einwilligungserklärung des Antragstellers / der Antragstellerin gestellt. So fordere nach Angaben einiger RV-Träger insbesondere der MDK bei der Anforderung von medizinischen Unterlagen zur Feststellung des Rehabilitationsbedarfs jeweils zusätzlich zur Einverständniserklärung im Reha-Antrag noch eine gesonderte aktuelle Schweigepflichtentbindungserklärung durch den Antragstellenden. Die Agentur für Arbeit übersende – nach Angaben eines anderen RV-Trägers – selbst in Weiterleitungsfällen nach § 124 SGB IX, häufig nur den Teil B des ärztlichen Gutachtens. Der ebenfalls benötigte Teil A müsse jeweils gesondert beim Ärztlichen Dienst der Agentur für Arbeit angefordert werden. Diese Probleme beständen nach Angaben der RV-Träger unabhängig vom Umfang des zu prüfenden Rehabilitationsbedarfs.

Die **Bundesagentur für Arbeit** berichtet, dass die Vorgaben des Bundesdatenschutzgesetzes sowie der Sozialgesetzbücher eingehalten würden. Weitere Einzelheiten seien den Ergebnisniederschriften mit den Erörterungen und Ergebnissen der

BAR-Arbeitsgruppe “Datenschutz im Bereich der Rehabilitation und Teilhabe” zu entnehmen.

Die **Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung** führt aus, dass die Erhebung von Daten nach den datenschutzrechtlichen Vorschriften erfolgt (§ 35 SGB I, §§ 199 ff. SGB VII und §§ 67 ff. SGB X). Gemäß § 199 Abs.1 SGB VII dürften Sozialdaten grundsätzlich nur für die eigenen Aufgaben erhoben werden. Nach § 199 Abs. 2 SGB VII i. V. m. §§ 67 ff. SGB X sei eine Datenerhebung anlässlich der Gutachteneinholung datenschutzrechtlich jedoch unbedenklich, soweit im SGB IX eine entsprechende konkrete gesetzliche Aufgabe formuliert ist. Darüber hinaus berichte ein Unfallversicherungsträger ein mögliches Spannungsverhältnis des §§ 67 ff. SGB X in Bezug auf § 26 Absatz 3 SGB IX. Teilweise würde die Auffassung vertreten, dass diese Regelung eine Fortsetzung des Rechtsgedanken aus § 8 SGB IX darstelle, wonach die Rehabilitationsträger ein weitreichender Prüfungsauftrag und je nach Ergebnis auch eine weitergehende Leistungsverpflichtung zur Erreichung des Reha- und Teilhabeziels treffe. Der ganzheitliche Ansatz im Rahmen der ICF-Klassifikation und des Reha-Managements würde somit eine Sondersituation für die Datenerhebung schaffen.

Das **Integrationsamt Rheinland-Pfalz** teilt mit, dass die Notwendigkeit des Einverständnisses des Betroffenen zur Weitergabe bestehe, die nicht immer oder z. T. nur trägerbezogen erfolge. Das **Integrationsamt Sachsen** berichtet, die Begutachtung finde nur für deren relevanten Kriterien statt, d. h. keine trägerübergreifende Bedarfsfeststellung.

Die **Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau** handelnd als landwirtschaftliche Alterskasse und Berufsgenossenschaft führt aus, dass Spontanübermittlungen ausgeschlossen sind. Ferner würden die Datenschutzvorschriften nach SGB X zum Teil hemmend wirken, wobei auf die Bearbeitung datenschutzbezogener Aspekte in der AG Datenschutz der BAR verwiesen wird.

Als **Träger der Kriegsopferversorgung und -fürsorge** gibt das Bundesland *Hessen* an, dass sich die datenschutzrechtlichen Grenzen im Sozialen Entschädigungsrecht aus den §§ 67 ff. SGB X ergeben. Das Bundesland *Brandenburg* berichtet bislang keine Probleme und führt aus, dass eine Datenübermittlung nur mit Einverständniserklärung des Antragstellenden erfolge. Laut dem Bundesland *Hamburg* werden die medizinischen Daten nur von dem Medizinischen/Ärztlichen Dienst des jeweiligen Trägers übermittelt, nicht jedoch an andere Bereiche eines Trägers, z. B. Arbeitsvermittlung oder ARGE. Negative Auswirkungen dieser Einschränkung seien bisher nicht zu beobachten gewesen.

3.1.11 Fordern Sie ggf. weitere Unterlagen an, um Informationen zu erhalten, die für eine trägerübergreifende Feststellung des Reha-Bedarfs wichtig, jedoch für die Beantwortung der eigenen trägerspezifischen Fragestellung von geringerer oder keiner Bedeutung sind? Wie hoch schätzen Sie diesen Anteil?

Die **Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene** verneinen die Anforderung solcher weiterer Unterlagen. Unter Berücksichtigung der unter 3.1.10 erwähnten datenschutzrechtlichen Grenzen sei die Einholung von weitergehenden Unterlagen und die Übermittlung von Daten, die über die trägerspezifische Fragestellung hinausgehen und trägerübergreifende Feststellungen betreffen können, erschwert bzw. nicht möglich.

Nach Angaben der **Deutschen Rentenversicherung** sind solche Fälle sehr selten. In Fällen des erweiterten Reha-Bedarfs werde meistens rasch an den zuständigen Träger weitergeleitet. Nur in Einzelfällen seien bei unzureichender Aussagekraft der vorliegenden Unterlagen weitere Informationen anderer Träger heranzuziehen. Die Anteilsschätzung sei schwierig; indikationsspezifisch könnten sich außerdem Besonderheiten ergeben, z. B. bei der Kinder-Rehabilitation oder bei fraglich erhöhtem Pflegebedarf.

Die **Bundesagentur für Arbeit** teilt mit, dass die angeforderten Unterlagen in der Regel ausreichend und geeignet seien, trägerübergreifend einen etwaigen Reha-Bedarf festzustellen (siehe auch Vereinbarung der BA mit der Bundesärztekammer über das Verfahren der Erstellung von Befundberichten).

Seitens der **Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung** erfolgt hierzu keine Angabe.

Die **Integrationsämter Brandenburg** und **Rheinland-Pfalz** geben überwiegend an, keine weiteren Unterlagen anzufordern. Das Integrationsamt **Sachsen** gibt an, den Reha-Bedarf nicht einzuschätzen.

Für die **Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau** handelnd als landwirtschaftliche Alterskasse und Berufsgenossenschaft ist der Anteil nicht quantifizierbar, wird allerdings als eher gering eingeschätzt.

der **Träger der Kriegsopferversorgung und -fürsorge** wird von den Bundesländern **Brandenburg**, **Hessen** und **Hamburg** verneint, seitens des Bundeslandes **Saarland** bejaht.

3.1.12 Sonstige Anmerkungen

Die **Spitzenverbände der Krankenkassen auf Bundesebene** teilen ergänzend mit, dass die Angaben des MDK auf den vorhandenen Regelungen/Vorgaben sowie auf einer stichprobenartigen Umfrage basieren.

Die **Deutsche Rentenversicherung Bund** berichtet, dass die geltenden Qualitätskriterien für die Begutachtungen nach Ansicht der meisten RV-Träger das Maximum dessen darstellen, was ein Gutachter in dem zur Verfügung stehenden Zeitkontingent leisten könne. Jedwede Ausweitung an zu beachtenden Merkmalen würde sowohl das Gutachten an sich als auch die ein solches erstellenden Ärzte überfordern.

Als **Träger der Kriegsopferversorgung und -fürsorge** teilt das Bundesland *Berlin* mit, dass die Gemeinsame Empfehlung für den Arbeitsbereich der Hauptfürsorgestelle nicht relevant sei. Die sozialmedizinische Begutachtung werde durch externe Versorgungsärzte durchgeführt. Das Land *Sachsen* führt aus, dass wegen geringer Fallzahlen keine Aussagen getroffen werden könnten.

Aus Sicht des **Sozialverbandes Deutschland e. V.** bedarf die Gemeinsame Empfehlung „Begutachtung“ der zeitnahen Überarbeitung. So würden die ICF in der Empfehlung bislang nicht zureichend abgebildet, obgleich ihr ein zentraler Stellenwert zur Klassifikation von Behinderungen zukomme und gerade für Fragen der Begutachtung von zentraler Relevanz sei. Zwar würde die ICF in der Gemeinsamen Empfehlung kurz angesprochen, jedoch nicht hinsichtlich spezifischer Fragestellungen konkretisiert. So erfolge z. B. die Definition von „Gutachten“ weiterhin sehr medizinisch geprägt und ohne Bezugnahme auf die ICF. Zudem erscheine die Stellung des zu Begutachtenden (Betroffenen) in der Gemeinsamen Empfehlung insgesamt als sehr unzureichend. Dabei komme ihm eine Schlüsselrolle in der Begutachtung zu, gerade im Hinblick auf die Ermittlung von Kontextfaktoren, individuellen Gefährdungs- und Belastungsfaktoren (vgl. 2.2 der GE), die sich aus der konkreten Lebenssituation des Betroffenen ergäben. Statt die Betroffenen daher als „Experten in eigener Sache“ in den Gutachtenprozess einzubeziehen, ermögliche die Gemeinsame Empfehlung unter 2.2. sogar Gutachten nach Aktenlage ohne persönliche Untersuchung und Befragung des Betroffenen. Auch im Abschnitt „Selbstauskunft“ (Ziffer 5) werde die Rolle des zu Begutachtenden bislang sehr unzureichend abgebildet: So solle Ziel des Auskunftsbogens lediglich „eine verstärkte Orientierung am behinderten Menschen“ sein. Dies erscheine deutlich zu wenig und werde der notwendigen Mitwirkungsrolle des Betroffenen im Begutachtungsprozess nicht ausreichend gerecht. Zudem erschienen die Qualitätskriterien (2.3 der GE) zur Begutachtung verbesserungsfähig. Sie spiegelten die Anforderungen der ICF kaum wider. So fehle z. B. die Anforderung, dass die Begutachtung „auf den individuellen Einzelfall bezogen“ erfolgen müsse; auch sollten die Betroffenen die Möglichkeit haben, ihre persönliche Perspektive in den Begutach-

tungsprozess einzubringen. Das Recht auf barrierefreie Begutachtung, wie es jüngst vom Bundessozialgericht sehr deutlich herausgearbeitet worden ist (Bundessozialgericht vom 14.11.2013 - B 9 SB 5/13 B) finde sich in der Gemeinsamen Empfehlung bislang nicht. Insgesamt spare die Gemeinsame Empfehlung die Barrierefreiheit bisher vollständig aus. Auch insoweit erscheine eine Überarbeitung der Gemeinsamen Empfehlung erforderlich.

Zentral für die Umsetzung von der Gemeinsamen Empfehlung erscheint aus Sicht des SoVD überdies die Kontrolle ihrer Anwendung in der Praxis. Hierfür fehlten in der Gemeinsamen Empfehlung bislang detaillierte, die Umsetzung begleitende und diese transparent machende Vorgaben.

3.2 **Gemeinsame Empfehlung „Unterstützte Beschäftigung“ nach § 38a Abs. 6 Nr. 3 SGB IX**

Die Gemeinsame Empfehlung „Unterstützte Beschäftigung“ nach § 38a Abs. 6 Nr. 3 SGB IX ist am 01.12.2010 in Kraft getreten.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass den Regelungen in der Gemeinsamen Empfehlung aufgrund der spezifischen Zielgruppe des Instruments „Unterstützte Beschäftigung“ bei den Rehabilitationsträgern unterschiedliche Relevanz zukommt. Liegen entsprechende Erfahrungswerte vor, wird die Gemeinsame Empfehlung mehrheitlich als gut strukturiert und klar verständlich sowie praxisgerecht und hilfreich beurteilt. Sie sei zugleich handlungsleitend für die Rehabilitationsträger und Integrationsämter. Hinsichtlich der Anfertigung bzw. Nutzung von Teilhabeplänen zeigen sich verschiedene Ausgestaltungen. Es wird überwiegend kein Verbesserungsbedarf bei der Gemeinsamen Empfehlung gesehen.

3.2.1 **Allgemeine Beantwortung und Hinweise**

Die Träger der gesetzlichen Krankenversicherung sind keine Träger von Leistungen im Rahmen der Unterstützten Beschäftigung und daher auch keine Vereinbarungspartner der Gemeinsamen Empfehlung „Unterstützte Beschäftigung“ (GE UB). Die **Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene** haben daher die Fragebögen nicht beantwortet. Vereinzelt wurde darauf hingewiesen, dass die Leistung und die Gemeinsame Empfehlung UB in der Beratung berücksichtigt werden.

Die **Deutsche Rentenversicherung** teilt mit, dass nach deren Feststellung die größte Zielgruppe für die „Unterstützte Beschäftigung“ schwerbehinderte junge Menschen sind, die in die Zuständigkeit der Bundesagentur für Arbeit fallen. Aus dem Zuständigkeitsbereich der gesetzlichen Rentenversicherung sei nur eine vergleichsweise geringe Fallzahl betroffen.

Von den **Trägern der Kriegsopferversorgung und -fürsorge** im Rahmen der sozialen Entschädigung bei Gesundheitsschäden wurden keine bis wenige Fälle im Rahmen der Unterstützten Beschäftigung als Grund dafür genannt, dass mit der Leistung Unterstützte Beschäftigung bzw. mit der Gemeinsamen Empfehlung keine bzw. nur wenige Erfahrungen vorlägen und eine Rückmeldung daher nicht möglich sei.

Die **Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe** teilt unter Hinweis auf den letzten Erfahrungsbericht mit, dass die Gemeinsame Empfehlung UB bislang für die überörtlichen Träger der Sozialhilfe keine praktische Relevanz erlangt hat.

Die **Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau** merkt an, dass die praktische Relevanz der Regelungen zur Unterstützten Beschäftigung im Bereich der landwirtschaftlichen Unfallversicherung äußerst gering sei. Insgesamt sei eine Relevanz nicht feststellbar, praktische Erfahrungswerte lägen nicht vor, und eine Beantwortung des Fragenkatalogs sei daher nicht möglich.

In einer Zusammenfassung der Rückmeldungen ihrer Mitglieder bewertet die **Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen** die Auswirkungen dieser Gemeinsamen Empfehlung in der praktischen Arbeit der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen als überwiegend positiv. Dies gelte sowohl in Bezug auf die Kooperation mit den Agenturen für Arbeit wie auch hinsichtlich der Zusammenarbeit mit den Leistungserbringern der UB-Phase der individuellen betrieblichen Qualifizierung. Zum Teil wird darauf hingewiesen, dass die Gemeinsame Empfehlung zu § 38a SGB IX einen sachgerechten Rahmen für landesspezifische Konkretisierungen durch spezielle Vereinbarungen vor Ort abgäbe. Allerdings wird auch das Fehlen von Teilhabep länen nach der Phase der individuellen betrieblichen Qualifizierung rückgemeldet. Demgegenüber bewertet ein Integrationsamt die Gemeinsame Empfehlung zu § 38a SGB IX grundsätzlich als wirkungslos und mahnt eine den Realitäten angepasste Überarbeitung mit dem Ziel der Praxistauglichkeit an. Eine vergleichbare Einschätzung, so die Rückmeldung weiter, gibt es nach Kenntnis der BIH auch noch bei dem einen oder anderen Integrationsamt, das zu dieser Gemeinsamen Empfehlung keine Stellungnahme im Rahmen der von der BAR durchgeführten Abfrage abgegeben hat.

Insgesamt wird die Gemeinsame Empfehlung Unterstützte Beschäftigung als eine der drei Gemeinsamen Empfehlungen bezeichnet, die von wesentlicher praktischer Bedeutung für die Aufgabenerledigung ist. Umfangreichere Ausführungen einzelner Integrationsämter sind in den Antworten auf die einzelnen Fragen aufgenommen.

3.2.2 Inwieweit ist es mit der Gemeinsamen Empfehlung gelungen, Regelungen zu Qualitätsanforderungen, Leistungsinhalten und der Zusammenarbeit der Vereinbarungspartner bei der Unterstützten Beschäftigung umfassend zu beschreiben?

Für die **Bundesagentur für Arbeit** sind die Festlegungen in der Gemeinsamen Empfehlung zu Qualitätsanforderungen, Leistungsinhalten und zur Zusammenarbeit praxisgerecht und haben sich bewährt.

Die Gemeinsame Empfehlung sei eine Grundlage für die jeweilige operative Tätigkeit der **Deutschen Rentenversicherung** geworden, die bereits konkrete Handlungsschritte skizziert. Gleichzeitig lasse sie für die Akteure auf operativer Ebene ausrei-

chend Spielraum für konkretisierende und individuelle Regelungen, z. B. durch Arbeitsanweisungen oder bei der Vertragsgestaltung.

Die **Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung** teilt mit, dass die Gemeinsame Empfehlung die Umsetzung der Teilhabemaßnahmen nach § 38a SGB IX konkretisiert. Sie strukturiere das Verfahren der Unterstützten Beschäftigung und formuliere die Anforderungen für die o. g. Bereiche. Damit biete sie ein gutes Instrument zur Prozessoptimierung und Qualitätssicherung. Die einzelnen Schritte der Maßnahmen im Rahmen der Teilhabeleistungen würden sehr strukturiert aufgezeigt.

Aus *Baden-Württemberg* meldet das **Integrationsamt**, dass die diesbezüglichen Regelungen bei den Vereinbarungspartnern keine verbindliche Anwendung fänden. Nach Mitteilung des Integrationsamtes *Brandenburg* entsprechen die Regelungen weitgehend der Praxis. Die Anforderungen und Kompetenzen für Leistungserbringer seien klar abgrenzt. Nach Einschätzung des Integrationsamtes *Sachsen* hat die Gemeinsame Empfehlung erheblich dazu beigetragen, dass die Unterstützte Beschäftigung in der Praxis gut umgesetzt sei und für die schwerbehinderten Menschen zu einem Weg auf den ersten Arbeitsmarkt führe bzw. führen könne. Aus *Schleswig-Holstein* berichtet das Integrationsamt, dass die Gemeinsame Empfehlung ein gutes Gerüst bilde, um die Maßnahme Unterstützte Beschäftigung umzusetzen. Das Integrationsamt *Thüringen* bewertet die Gemeinsame Empfehlung in der Zusammenarbeit mit den Leistungserbringern als hilfreich, um die an die UB gestellten Anforderungen personeller und qualitativer Art darzustellen und durchzusetzen. Sie biete Transparenz bei der Darstellung von Potenzialen der Unterstützten Beschäftigung gegenüber Arbeitgebern und interessierten Teilnehmern in der Öffentlichkeit, da sie konkrete Verfahrenswege, Leistungsinhalte und Perspektiven aufzeige. Das Integrationsamt *Rheinland-Pfalz* hält die Gemeinsame Empfehlung für umfassend und praxisorientiert.

Darüber hinaus teilt das Bundesland *Mecklenburg-Vorpommern* mit, dass es die Gemeinsame Empfehlung als gut gelungen einschätzt.

3.2.3 Inwieweit hat die Gemeinsame Empfehlung Eingang in trägerspezifische Konzepte bzw. Arbeitsanleitungen zur Unterstützten Beschäftigung gefunden? (Sofern möglich benennen Sie hierzu bitte Beispiele)

Die **Bundesagentur für Arbeit** sieht die Gemeinsame Empfehlung als umfassend in der Leistungsbeschreibung sowie in der Geschäftsanweisung der BA zu § 38a SGB IX berücksichtigt.

Nach Mitteilung der **Deutschen Rentenversicherung Bund** geben die meisten RV-Träger an, dass sie auf Leistungserbringer zurückgreifen, die von den Arbeitsagentu-

ren im Wege der Ausschreibung den Zuschlag erhielten. Die Vertragsgestaltung sowie die Konzepte würden daher ebenfalls von den Arbeitsagenturen erstellt. Ein RV-Träger teilt mit, dass er gemeinsam mit einem Bildungsträger ein kleines Modellprojekt (vier Teilnehmer) durchgeführt habe. Das dabei zugrunde liegende Konzept sei auf der Grundlage der Gemeinsamen Empfehlung entwickelt worden. Alle RV-Träger hätten die Gemeinsame Empfehlung in ihre hausinternen Arbeitsanweisungen übernommen.

Für die **Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung** hilft die Gemeinsame Empfehlung bei der praktischen Umsetzung, insbesondere bei der strukturierten Vorgehensweise. Trägerspezifische Konzepte beziehungsweise Arbeitsanleitungen seien aufgrund der geringen Fallzahl nicht erforderlich. Regionale Angebote und Konzepte würden begrüßt, da diese bei Bedarf genutzt werden könnten.

Von einzelnen **Integrationsämtern** liegen umfassendere Rückmeldungen vor. Für *Baden-Württemberg* hat sich die Gemeinsame Empfehlung für den Bereich der Berufsbegleitung nach § 38a Abs. 3 SGB IX nicht bewährt und sollte deshalb überarbeitet werden. Die Regelungen über die Information des Integrationsamtes rechtzeitig vor Beendigung der Phase „InbeQ“ würden nicht eingehalten. Darüber hinaus wird mitgeteilt, dass nach dortigen Erfahrungen die Bundesagentur für Arbeit zum Teil Träger der UB beauftrage, die keinen Kontakt mit dem Integrationsamt aufnahmen. Dies sei überwiegend ein Vollzugsdefizit, das aber möglicherweise durch eine Verbesserung der GE beseitigt werden könne. In *Brandenburg* wird u. a. auf die Empfehlung der BIH verwiesen, trägerspezifische Konzepte seien nicht bekannt. In *Hamburg* hat die Gemeinsame Empfehlung keinen Eingang in trägerspezifische Konzepte bzw. Arbeitsanweisungen zur UB gefunden. Die UB sei in Anlehnung an die bereits in Hamburg praktizierte Unterstützte Beschäftigung entwickelt worden. *Rheinland-Pfalz* hat die Gemeinsame Empfehlung als Rahmen genutzt, um eine eigene seinen Bedingungen entsprechende Verwaltungsvereinbarung mit der BA abzuschließen. In *Sachsen* ist seitens des Integrationsamtes nach hiesiger Mitteilung eine Arbeitsanweisung erarbeitet und mit dem Rehabilitationsträger Arbeitsagentur abgesprochen worden, sodass hier eine gute Zusammenarbeit gegeben sei. Das Integrationsamt in *Schleswig-Holstein* hat laut entsprechender Information anhand der Gemeinsamen Empfehlung die Verwaltungsvereinbarung über den Übergang von Phase 1 (InbeQ) zu Phase 2 (Berufsbegleitung) zwischen der Regionaldirektion Nord der Bundesagentur für Arbeit und dem Integrationsamt erarbeitet. Nach der Rückmeldung des Integrationsamtes in *Thüringen* ist seit dem 23.10.2012 die „Regelung zur Durchführung der Unterstützten Beschäftigung (§ 38a SGB IX)“ in Kraft, welche neben einer verfahrenstechnischen spezifischen und tiefergehenden Organisationsleitlinie die Gemeinsame Empfehlung UB für Thüringen übernehme. Gegenüber dem IFD als Leistungserbringer der Phase 2 (Berufsbegleitung) gemäß § 5 Gemeinsame Empfeh-

lung UB seien mit Wirkung vom 17.01.2013 Verfahrenshinweise zum nahtlosen Übergang von Phase 1 (InbeQ) gemäß § 4 Gemeinsame Empfehlung UB zu Phase 2 beschrieben worden. Für *Mecklenburg-Vorpommern* wird mitgeteilt, dass eine Kooperationsvereinbarung zwischen der Regionaldirektion Nord und dem Landesamt für Gesundheit und Soziales den Übergang von der individuellen betrieblichen Qualifizierung zur Berufsbegleitung regelt. Die darauf bezogene Empfehlung der BIH sei darauf ausgerichtet und als Arbeitsanleitung in Kraft gesetzt worden. Im *Saarland* hat nach entsprechender Mitteilung die Gemeinsame Empfehlung aktuell noch keinen Eingang in trägerspezifische Konzepte gefunden.

3.2.4 Inwieweit war es für die Feststellung der erforderlichen Leistungsfähigkeit eines Leistungserbringers notwendig, die in §§ 6 bis 10 der Gemeinsamen Empfehlung formulierten Qualitätsanforderungen trägerspezifisch auszugestalten?

Aus der Sicht der **Bundesagentur für Arbeit** hat sich bisher keine Notwendigkeit gezeigt, über die Gemeinsame Empfehlung hinaus die Qualitätsanforderungen trägerspezifisch auszugestalten.

Nach Mitteilung der **Deutschen Rentenversicherung Bund** geben die RV-Träger überwiegend an, dass mit der im Einzelfall notwendigen Erbringung von Leistungen nur Leistungsanbieter beauftragt würden, die von der Bundesagentur für Arbeit ausgewählt worden seien. Die Prüfung der Erfüllung der Qualitätsanforderungen nach §§ 6-9 der Gemeinsamen Empfehlung obliege daher ebenfalls der Bundesagentur für Arbeit.

Die **Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung** berichtet, dass insbesondere § 7 der Gemeinsamen Empfehlung als hilfreich angesehen werde, um auf entsprechende Strukturen bei den Leistungserbringern zu achten. Die von anderen Sozialversicherungsträgern diskutierten Schnittstellenprobleme zwischen den verschiedenen Teilleistungen existierten in der gesetzlichen Unfallversicherung nicht, da die Unfallversicherungsträger sowohl für die Qualifizierung als auch für die Berufsbegleitung zuständig seien. Einer trägerspezifischen Ausgestaltung habe es aus diesen Gründen nicht bedurft.

Aus einzelnen **Integrationsämtern** wurden vor allem folgende Hinweise gegeben: *Brandenburg* verweist bei den Leistungserbringern auf die Integrationsfachdienste (IFD) im Rahmen der Berufsbegleitung und das IFD QM-System KASSYS. Aus *Hamburg* wird die Auffassung geäußert, dass es nicht nötig gewesen sei, die in der Gemeinsamen Empfehlung formulierten Qualitätsanforderungen trägerspezifisch auszugestalten. Träger der UB sei in Hamburg die Bietergemeinschaft des IFD. Insofern seien die Qualitätsanforderungen bereits im IFD-Beauftragungsvertrag festgeschrie-

ben. Da der Großteil der Leistungserbringer schon im Rahmen der InbeQ bei der Ausschreibung der BA auf die Leistungsfähigkeit geprüft worden sei und die anderen Träger schon als IFD tätig seien, würden die §§ 6-10 der Gemeinsamen Empfehlung eine eher untergeordnete Rolle für das Integrationsamt in *Schleswig-Holstein* spielen. Das Integrationsamt *Thüringen* besitzt nach dessen Mitteilung mit seinen IFDs langjährig erfahrenes, fachkompetentes Personal, welches die Qualitätsanforderungen gemäß §§ 6-10 erfülle. Einer speziellen zusätzlichen qualitativen Regulierung habe es deshalb nicht bedurft. Die Benennung der grundlegenden Qualitätsanforderungen und das Festhalten an diesen werde gerade deshalb für wichtig erachtet, da diese Kriterien eine solide Basis für den erfolgreichen Verlauf einer UB, den längerfristigen Erhalt des Arbeitsverhältnisses und nicht zuletzt auch die Akquirierung weiterer UB-geförderter Beschäftigungsmöglichkeiten böten. *Rheinland-Pfalz* hat nach entsprechender Auskunft die Qualitätsanforderungen als Grundlage genommen und entsprechend den eigenen Qualitätsanforderungen der Integrationsfachdienste ergänzt. Für *Mecklenburg-Vorpommern* sind die Anforderungen sehr hilfreich und erforderlich; auch um Qualität einfordern zu können. Das *Saarland* teilt mit, dass für trägerspezifische Ausgestaltungen noch keine Notwendigkeit gesehen worden sei.

3.2.5 Wie sind Ihre Erfahrungen und Routinen bei der Erstellung eines Teilhabepplans nach § 12 der Gemeinsamen Empfehlung?

Die Erstellung des Teilhabepplans gemäß § 12 der Gemeinsamen Empfehlung wird nach der Rückmeldung der **Bundesagentur für Arbeit** bisher uneinheitlich gehandhabt. Um hier zu einer Verbesserung und Standardisierung zu kommen, sei im Rahmen des Projektes „Fachkompetenz in Unterstützter Beschäftigung“ unter Beteiligung der BIH und der BAG UB ein Muster-Teilhabepplan entwickelt worden, der bundesweit eingesetzt werden soll.

Die RV-Träger haben aufgrund der geringen Fallzahlen nach Mitteilung der **Deutschen Rentenversicherung Bund** kaum Erfahrungen mit der Erstellung von Teilhabepplänen sammeln können. Ein Träger gäbe an, dass die Teilhabeppläne auf den Konzepten der Arbeitsagentur beruhten und jeweils individuell und fallbezogen konkretisiert würden.

Die **Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung** teilt mit, dass im Rahmen des Reha-Managements ein Teilhabepplan bzw. ein Reha-Plan erstellt werde. Eine Planung und fortlaufende Abstimmung mit allen Beteiligten werde als unerlässlich angesehen, um die Zielsetzung einer beruflichen Integration, insbesondere gerade im Hinblick auf den angesprochen Personenkreis schwer Betroffener zu erreichen.

Seitens einzelner **Integrationsämter** erfolgen insbesondere folgende Hinweise: *Baden-Württemberg* gibt an, dass in der Praxis keine Teilhabepläne im Bereich der UB erstellt werden. Zugleich wird jedoch auf einen wirksamen Teilhabeplan in einem anderen Kontext (Übergang Schule/Beruf und WfbM/Arbeitsmarkt in Baden-Württemberg) hingewiesen. *Brandenburg* teilt mit, noch keinen konkreten Teilhabeplan „gesehen“ zu haben. Die Gemeinsame Empfehlung „Teilhabeplan“ sei aus ihrer Sicht nicht umgesetzt. Ein Teilhabeplan wird in *Hamburg* nach Mitteilung von dort nicht geführt. Danach führe die BA keinen Teilhabeplan, insofern könne das Integrationsamt auch keinen Teilhabeplan fortschreiben. Das Integrationsamt fordere vom Leistungserbringer der InbeQ allerdings Förderpläne ab. In *Sachsen* ist laut entsprechender Rückmeldung der Teilhabeplan für das Integrationsamt ein unverzichtbares Arbeitsmittel, um im Rahmen der Berufsbegleitung alle Fördermöglichkeiten in Betracht zu ziehen. Das Integrationsamt *Schleswig-Holstein* informiert darüber, dass die Teilhabepläne von den Leistungserbringern im Rahmen der Zwischenberichte zur Berufsbegleitung fortgeschrieben würden. Das Integrationsamt *Thüringen* teilt mit, Leistungsträger der Berufsbegleitung zu sein. An der Erstellung des individuellen Teilhabeplanes sei das Integrationsamt nicht im Einzelfall beteiligt. Werde Bedarf an Teilhabeleistungen zu Beginn der Stabilisierungsphase erkannt, teile der Leistungserbringer der Phase 1 den Bedarf frühzeitig dem Integrationsamt mit. Durch die Begleitung des UB-Teilnehmers durch den IFD in Phase 2 werde gemeinsam mit Arbeitgeber und UB-Teilnehmer fortlaufend weiterer Teilhabebedarf in Einzelfallgesprächen erörtert. In *Mecklenburg-Vorpommern* erhält das zuständige Landesamt laut dortiger Mitteilung nur bedingt bis keine Teilhabepläne vom vorhergehenden Leistungsträger/-erbringer. Das Bundesland *Saarland* berichtet von positiven Erfahrungen bei der Erstellung eines Teilhabeplanes.

3.2.6 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?

Laut **Bundesagentur für Arbeit** wird die Durchführung der Planungsgespräche auf der Grundlage regionaler Absprachen/Vereinbarungen durchgeführt. Zur qualitativen Verbesserung des Prozesses werde im Zusammenhang mit dem Teilhabeplan (vgl. Punkt 3.2.5) als zusätzliches Arbeitsmittel eine Dokumentation der Ergebnisse des Planungsgesprächs zur Verfügung gestellt.

In ihrer Mitteilung macht die **Deutsche Rentenversicherung Bund** deutlich, dass die meisten RV-Träger aufgrund geringer Fallzahlen hierzu nicht Stellung nehmen könnten. Zwei Träger gäben an, dass bereits frühzeitig konkrete Zielvereinbarungen mit

den Versicherten getroffen würden, sodass bei Eintritt in die Stabilisierungsphase der Schwerpunkt auf der individuellen Fallbetreuung liege.

Die **Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung** setzt die Anforderungen an die Zusammenarbeit durch gemeinsame Gespräche mit den Beteiligten um, wobei die direkte Einbeziehung des potenziellen Arbeitgebers in dieser Phase im Regelfall unumgänglich erscheine.

Das **Integrationsamt Baden-Württemberg** stellt fest, dass es keinerlei verbindliche Absprachen gäbe. *Brandenburg* macht auf eine Rahmenvereinbarung der Regionaldirektion Berlin-Brandenburg der Bundesagentur für Arbeit und des Integrationsamtes beim Landesamt für Soziales und Versorgung des Landes Brandenburg zur Optimierung des Übergangs von der Individuellen betrieblichen Qualifizierung (InbeQ) zur Berufsbegleitung im Rahmen Unterstützter Beschäftigung nach § 38a SGB IX aufmerksam und gibt dazu weitergehende Hinweise. Nach Mitteilung des Integrationsamtes *Hamburg* lädt die BA nicht zu Planungsgesprächen ein und nehme auch nicht daran teil. Das Integrationsamt führe stattdessen Betriebsbesuche gemeinsam mit dem Leistungserbringer der InbeQ/Berufsbegleitung (derselbe Leistungserbringer) durch, wenn ein Arbeitsverhältnis begründet werde. *Rheinland-Pfalz* bestätigt eine weitgehende Umsetzung der beschriebenen Vereinbarungen. Im Integrationsamt *Sachsen* würden dazu Gespräche mit allen Beteiligten durchgeführt, um eine optimale Berufsbegleitung zu ermöglichen.

Aufgrund der besonderen Situation in *Schleswig-Holstein* ist nach dortiger Rückmeldung in der ersten Vereinbarung zwischen BA und Integrationsamt festgelegt, dass das Integrationsamt zentral und zu regelmäßigen Fixterminen zu Planungsgesprächen einlade. Die Praxis habe allerdings gezeigt, dass Planungsgespräche im Vergleich zum Aufwand der Beteiligten keinen oder nur sehr geringen zusätzlichen Nutzen bringen würden. Zum einen entschlossen sich die Arbeitgeber meistens sehr kurzfristig, sodass es schwierig sei, die beteiligten kurzfristig zu einem Termin zusammen zu bekommen. Zum anderen habe sich gezeigt, dass anhand der Zwischenberichte/Teilhabepläne aus der Phase InbeQ sowie des Konzeptes zur Berufsbegleitung die meisten Fälle entscheidungsreif seien. Im Einzelfall ließen sich offene Fragen schneller bilateral per Telefon klären. Daher sei seit 2013 das Planungsgespräch nur noch optional. Jede(r) Beteiligte könne im Einzelfall ein Planungsgespräch einfordern. Dieses würde dann idealerweise vor Ort beim Arbeitgeber stattfinden, damit dieser auch mit ins Boot geholt werden könne. Ein Planungsgespräch sei seitdem in keinem Fall gefordert worden. Nach Informationen des Integrationsamtes *Thüringen* wird § 13 Abs. 3 der Gemeinsamen Empfehlung – wie beschrieben – umgesetzt mit der Einschränkung, dass ein Austausch/eine Übergabe von Protokollen des Planungsgesprächs nicht erfolge. Der Bedarf des UB-Teilnehmers sowie des zu-

künftigen Arbeitgebers an Leistungen des Integrationsamtes werde jedoch im Vorfeld eines Planungsgespräches gegenüber dem Integrationsamt in der Regel frühzeitig angezeigt, sodass grundsätzlich eine Überprüfung der angeforderten Leistungen erfolgen könne. Inwieweit bereits im Planungsgespräch die Zustimmung zu Leistungskomponenten signalisiert werden könne, sei vom Einzelfall abhängig.

Aus dem **Bundesland Saarland** wird volle inhaltliche Umsetzung berichtet. *Mecklenburg-Vorpommern* verweist darauf, dass dadurch überhaupt erst die Möglichkeit bestehe, Planungsgespräche und Informationsunterlagen einzufordern.

3.2.7 Wie beurteilen Sie die Verständlichkeit und Klarheit der Gemeinsamen Empfehlung?

Die **Deutsche Rentenversicherung Bund** teilt mit, dass die Rentenversicherungsträger die Gemeinsame Empfehlung übereinstimmend als klar und verständlich beurteilen.

Die **Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung** beurteilt die Gemeinsame Empfehlung ebenfalls als klar formuliert und verständlich sowie als nachvollziehbar.

Aus den Reihen der **Integrationsämter** hält Baden-Württemberg eine Präzisierung der Gemeinsamen Empfehlung für erforderlich. *Brandenburg* beantwortet die Frage nach der Verständlichkeit mit „gut“, weist aber auch darauf hin, dass z. B. einzelne Phasen für „Nicht-Eingeweihte“ fachlich schwierig zu verstehen seien. Bislang seien aber keine praktischen Schwierigkeiten damit aufgetreten. In *Hamburg, Sachsen, Schleswig-Holstein, Rheinland-Pfalz* und *Thüringen* gilt die Gemeinsame Empfehlung als gut verständlich und klar.

Als **Bundesländer** attestieren *Mecklenburg-Vorpommern, Saarland* und *Sachsen* eine gute bzw. angemessene Verständlichkeit.

3.2.8 Wo sehen Sie bei der Gemeinsamen Empfehlung Verbesserungs- und Weiterentwicklungsmöglichkeiten?

Die **Bundesagentur für Arbeit** und die **Deutsche Rentenversicherung** sehen keinen Verbesserungs- und Weiterentwicklungsbedarf.

Nach Einschätzung des **Integrationsamtes Baden-Württemberg** müsste in der GE § 5 „Berufsbegleitung“ neu gefasst werden. Die Abgrenzung der „Berufsbegleitung“ im Sinne des § 38a SGB IX von der „begleitenden Hilfe im Arbeitsleben“ im Sinne des § 102 SGB IX sei bisher nicht ausreichend gelungen. Die Berufsbegleitung bestehe nach den dortigen Erfahrungen aus zwei Elementen: 1. der psychosozialen Betreuung, 2. dem Jobcoaching. Danach müsse klar gestellt werden, dass sich die psy-

chosoziale Betreuung nach § 38a (3) nicht vom § 102 (2) unterscheide. Das Integrationsamt *Brandenburg* schlägt eine Aktualisierung vor, mit der die wichtigsten Fachausdrücke (Erläuterung zum Schluss) zusammenfassend erklärt werden. Aus *Schleswig-Holstein* wird vor allem eine Konkretisierung vorgeschlagen; so könnte das InbeQ deutlicher von der Berufsbegleitung abgegrenzt werden: Phase 1 InbeQ (mit den Teilbereichen A Einstiegsphase und C Stabilisierungsphase) und Phase 2 Berufsbegleitung.

3.2.9 Wie beurteilen Sie die Erfahrungen mit dem Instrument **Unterstützte Beschäftigung** vor dem Hintergrund der in der **Gemeinsamen Empfehlung** formulierten **Anforderungen**?

Für die **Bundesagentur für Arbeit** hat sich das Instrument der Unterstützten Beschäftigung bewährt und etabliert. Die in der Gemeinsamen Empfehlung vorgesehenen Anforderungen seien praxisgerecht und würden dem Personenkreis gerecht.

Nach Mitteilung der **Deutschen Rentenversicherung Bund** haben die RV-Träger aufgrund der extrem geringen Fallzahlen bisher kaum Erfahrungen mit dem Instrument der Unterstützten Beschäftigung sammeln können. Grundsätzlich werde das Instrument der Unterstützten Beschäftigung wie auch die Gemeinsame Empfehlung von den RV-Trägern positiv bewertet, da es das Leistungsspektrum für behinderte Menschen erweitere und weitere Integrationschancen abseits des geschützten Rahmens ermögliche.

Die **Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung** führt aus, dass gerade in den Fällen der Unterstützten Beschäftigung ein individueller Handlungsspielraum gegeben sein müsse. Die Empfehlungen stellten eine wertvolle Handlungsanleitung dar, die Ausführung sei aber von den tatsächlichen Gegebenheiten im Einzelfall abhängig.

Nach Einschätzung des **Integrationsamtes Brandenburg** ist die Phase der InbeQ ausreichend für die Platzierung und Qualifizierung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt, aber oftmals hätten Betreffende noch Probleme im Bereich der Alltagsbewältigung. Aus den bisherigen Erfahrungen in Einzelfällen sei die Durchführung der UB in der Praxis an der Gemeinsamen Empfehlung orientiert. In der Praxis habe sich die Zusammenarbeit der Leistungserbringer und der Leistungsträger weiterentwickelt. Allerdings werde ein Feedback durch den Arbeitgeber oft nicht ausreichend abgefordert, und es komme zu keinem sozialversicherungspflichtigen Arbeitsverhältnis. Arbeitgeber seien für die Phase der InbeQ offen, scheuten sich aber vor dem Abschluss eines sozialversicherungspflichtigen Arbeitsverhältnisses.

Das Integrationsamt *Hamburg* hat gute Erfahrungen mit dem Instrument UB gemacht. *Rheinland-Pfalz* berichtet von sehr guten Erfahrungen. Die Anforderungen seien rea-

listisch, und UB habe sich als Maßnahme sehr bewährt (Vermittlungsquote über 30 %). Auch aus *Sachsen* wird berichtet, dass bis dato mit dem Instrument „UB“ im Rahmen der Berufsbegleitung sehr gute Erfahrungen gemacht worden seien. Nach Einschätzung aus *Schleswig-Holstein* bietet die Gemeinsame Empfehlung Unterstützung des normativen Ablaufes des Instrumentes Unterstützte Beschäftigung. Aufgrund der Zielgruppe der Maßnahme sei vielfach eine individuelle Abstimmung mit den Leistungserbringern notwendig, die sich schwerlich in eher allgemein gehaltene Richtlinien oder Empfehlungen fassen lasse. Nach Auffassung des Integrationsamtes *Thüringen* ist die Unterstützte Beschäftigung eine Chance zu einer den persönlichen Bedürfnissen angepassten Aufnahme einer sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung von schwerbehinderten Menschen auf dem ersten Arbeitsmarkt, die ohne dieses Instrument nicht die Chance hätten, auf dem ersten Arbeitsmarkt Fuß zu fassen. Die Heranführung an eine qualitativ andere Tätigkeit biete beiden Seiten neue Sichtweisen: Der Arbeitgeber bewerte die Qualität von Arbeitsplatzanforderungen in Bezug auf dringend notwendigen Fachkräftebedarf neu, der UB-Teilnehmer erhalte Aufgaben, denen er durch Training und konkrete Heranführung an spezifische Tätigkeiten durchaus gewachsen sei. Die formulierten Anforderungen würden der Besonderheit der trägerübergreifenden und nach allen Seiten trägeroffenen Leistungserbringung für eine individuelle Lebenswegeplanung besonders gut Rechnung tragen.

Aus der Perspektive des *Saarlandes* wird das Instrument Unterstützte Beschäftigung positiv beurteilt.

4 Kompakte Berichte zu Erfahrungen mit den Gemeinsamen Empfehlungen

Weder Verbesserungsbedarf noch Probleme bei der Umsetzung der nachfolgenden Gemeinsamen Empfehlungen teilten die **Bundesagentur für Arbeit** sowie als Träger der **Kriegsopferversorgung und -fürsorge** die Länder *Brandenburg, Berlin, Hamburg, Saarland, Sachsen* und *Schleswig-Holstein* mit. Soweit nicht abweichend dokumentiert gilt dies gleichfalls für das Bundesland *Hessen*.

Mit Ausnahme der Gemeinsamen Empfehlung „Qualitätssicherung“ wurden gleichfalls weder Verbesserungsbedarf noch Probleme bei der Umsetzung nachfolgender Gemeinsamer Empfehlungen berichtet durch die **Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau** und den **Verband der Ersatzkassen**.

Mit Ausnahme der Gemeinsamen Empfehlung „Zuständigkeitsklärung“ berichtet auch die **Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung** grundsätzlich keine Probleme bei der Umsetzung/Anwendung der Gemeinsamen Empfehlungen, was auch auf die umfassende Leistungsverpflichtung der Unfallversicherung zurückzuführen sei.

4.1 Gemeinsame Empfehlung „Einrichtungen für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben“ nach § 35 SGB IX

Die Gemeinsame Empfehlung „Einrichtungen für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben“ nach § 35 SGB IX ist am 01.04.2012 in Kraft getreten. Der Bericht über die Erfahrungen der Rehabilitationsträger mit dieser Gemeinsamen Empfehlung ist damit erstmals Teil eines Jahresberichtes. Vorrangiges Ziel der Vereinbarungspartner ist, über die Herstellung eines einheitlich sachgerechten Niveaus der Leistungserbringung die Eingliederung betroffener Menschen in eine dauerhafte Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zu erreichen.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Vereinbarungspartner keine Probleme bei der Anwendung/Umsetzung der Gemeinsamen Empfehlung „Einrichtungen für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben“ und auch keinen Verbesserungsbedarf hinsichtlich der Gemeinsamen Empfehlung sehen.

4.1.1 Sehen Sie Verbesserungsbedarf bei der Gemeinsamen Empfehlung und wenn „Ja“ welchen?

Laut Mitteilung der **Deutschen Rentenversicherung Bund** besteht für die Rentenversicherungsträger überwiegend kein Verbesserungsbedarf bei dieser Gemeinsamen Empfehlung. Von einem Rentenversicherungsträger sei vorgeschlagen worden,

die Gemeinsame Empfehlung durch ein trägerübergreifendes Visitationskonzept für Einrichtungen nach § 35 SGB IX zu ergänzen und bei deren Ausarbeitung die zugelassenen kommunalen Träger der Grundsicherung für Arbeitssuchende nach § 6a SGB IX zu beteiligen.

Der **IKK e.V.** sieht keinen Verbesserungsbedarf.

4.1.2 **Sehen Sie Probleme bei der Umsetzung der Gemeinsame Empfehlung und wenn „Ja“ welche?**

Laut der **Deutschen Rentenversicherung Bund** wird von Rentenversicherungsträgern vereinzelt angegeben, dass das derzeitige Fehlen eines verbindlichen Qualitäts- und Leistungshandbuchs zu Unsicherheiten führe.

Der **IKK e.V.** berichtet von keinen Umsetzungsproblemen.

Als Träger der **Kriegsopferversorgung und -fürsorge** teilt das Land *Hessen* keine Erfahrungen zu Umsetzungsproblemen mit, da keine Schnittstellen zu dieser Aufgabe im sozialen Entschädigungsrecht bestehen.

4.1.3 **Sonstige Anmerkungen**

keine

4.2 **Gemeinsame Empfehlung „Zuständigkeitsklärung“ nach § 14 SGB IX**

Die Gemeinsame Empfehlung über die Ausgestaltung des in § 14 SGB IX bestimmten Verfahrens (Gemeinsame Empfehlung zur Zuständigkeitsklärung) ist am 01.05.2003 in Kraft getreten. Die aktuelle Fassung der Gemeinsamen Empfehlung vom 28.09.2010 ist seit 01.12.2010 in Kraft.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die Gemeinsame Empfehlung zur Zuständigkeitsklärung aus Sicht der befragten Rehabilitationsträger und der Integrationsämter in der konkreten Verwaltungspraxis regelmäßig angewendet wird und zu – teils „sehr deutlichen“ – Verbesserungen im Verfahren der Zusammenarbeit der Leistungsträger geführt hat.

Verbesserungsbedarf wird ausweislich der vorliegenden Rückmeldungen überwiegend nicht gesehen. Allerdings schlagen der AOK-Bundesverband, einige Rentenversicherungsträger, das LVR-Integrationsamt und der SoVD punktuell konkrete inhaltliche Änderungen (z. B. Anforderungen an Antrag, Erstattungsregelung) anläss-

lich konkreter und praxisrelevanter Herausforderungen bei der Umsetzung der Gemeinsamen Empfehlung vor.

Probleme bei der Zuständigkeitsklärung scheinen insgesamt mitunter nach wie vor zu bestehen, wobei aus den vorliegenden Angaben eine Einschätzung der Häufigkeit nicht abgeleitet werden kann (vgl. die oben berichteten teilweise „deutlichen“ Verbesserungen, anders insoweit allerdings wohl die Rückmeldung des SoVD). Die bleibenden Herausforderungen können allerdings nach den vorliegenden Angaben vermutlich in den meisten Aspekten nicht durch Regelungen in der Gemeinsamen Empfehlung (siehe insoweit u. a. die Verbesserungsvorschläge) verbessert werden. Dies gilt insbesondere soweit sie nach den vorliegenden Einschätzungen durch nie gänzlich ausschließbare unterschiedliche Sichtweisen auf schwierige materiell-rechtliche Fragen begründet sind oder auch, so wird vereinzelt der Eindruck vermittelt, durch unzutreffende Einschätzungen zu bereits geklärten Fragestellungen.

4.2.1 Sehen Sie Verbesserungsbedarf bei der Gemeinsamen Empfehlung und wenn „Ja“ welchen?

Aus dem Bereich der **Spitzenverbände der Krankenkassen auf Bundesebene** hält der **AOK-Bundesverband** es im Kontext der unter 4.2.2 dargestellten Umsetzungsproblematik für wünschenswert, dass in der Gemeinsamen Empfehlung zur Zuständigkeitsklärung eine klarere Regelung zum Fristbeginn nach § 14 Abs. 1 SGB IX insbesondere für den Fall getroffen wird, dass ein Leistungsträger die Prüfung der Zuständigkeit wie im AHB-Verfahren der DRV Bund auf einen Dritten (Leistungserbringer) überträgt. Bei Verfristung sollte dann die Erstattungsregelung nach dem Grundsatz des § 105 SGB X zur Anwendung kommen. Angeregt wird ferner, Ausführungen zu dem Verfahren bei gleichzeitiger Zuständigkeit mehrerer Rehabilitationsträger in die Gemeinsame Empfehlung aufzunehmen und die in § 5 der Gemeinsamen Empfehlung beschriebenen Erstattungsregelungen nach §§ 102 ff. SGB X detaillierter darzustellen. **IKK e.V.** und **BKK-Dachverband** sehen keinen Verbesserungsbedarf, um die in der praktischen Umsetzung teilweise bestehenden Probleme zu lösen. Der BKK-Dachverband führt dazu aus, dass die Problemkonstellationen ihren Ursprung zumeist nicht in der Gemeinsamen Empfehlung selbst hätten, sondern vielmehr durch teilweise unterschiedliche Auslegungen hinsichtlich der sachlichen Zuständigkeit entstanden. Dem könne durch festgelegte Kommunikationsstrukturen und (weitere) Verfahrensabsprachen zwischen den Trägern abgeholfen werden, die in der Praxis oftmals bereits genutzt würden. Die **Knappschaft, Abteilung Kranken- und Pflegeversicherung** sieht keinen Verbesserungsbedarf.

Die **Deutsche Rentenversicherung Bund** berichtet, dass die Mehrzahl der Rentenversicherungsträger keinen Verbesserungsbedarf sieht. Vereinzelt wird vorgeschla-

gen, die Empfehlung um eine Definition des Reha-Antrags zu ergänzen. Es könnten Hinweise gegeben werden, welche formalen Anforderungen an einen vollständigen Antrag zu stellen sind und wer den Antrag stellen kann (z. B. ob auch der Arzt als Quasi-Bevollmächtigter zur Antragstellung befugt ist).

Die **Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung** schlägt die Aufnahme einer Regelung für den Fall vor, dass ein Erstattungsanspruch auch besteht, wenn der erstantergangene Träger trotz noch bestehender Zweifel an seiner Zuständigkeit leistet und sich später seine Unzuständigkeit herausstellt. Hierzu sei bei der letzten Überarbeitung (noch) kein Konsens erzielt worden.

Die **Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe** geht unter Hinweis auf den vorausgegangenen Erfahrungsbericht in ihrer Stellungnahme auf möglichen Verbesserungsbedarf der Gemeinsamen Empfehlung zur Zuständigkeitsklärung nicht ein.

Die **Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen** geht unter Hinweis auf die grundsätzlich positiven eingegangenen Rückmeldungen von Integrationsämtern zur Gemeinsamen Empfehlung zur Zuständigkeitsklärung auf etwaige Verbesserungsbedarfe nicht ausdrücklich ein. Auch von den einzelnen **Integrationsämtern** wird überwiegend kein Verbesserungsbedarf gesehen. Allerdings weist das Integrationsamt *Brandenburg* auf die Dokumentation des Antragseingangs hin. Das Integrationsamt *Rheinland-Pfalz* führt aus, dass die Zuständigkeitsregelungen zwischen Rehabilitationsträgern und Integrationsämtern auch weiterhin auslegungsbedürftig seien. Das Integrationsamt *Schleswig-Holstein* regt eine Klärstellung hinsichtlich der Zuständigkeit für Arbeitsassistenz während der Ausbildung (die es bei der Bundesagentur für Arbeit verortet) an. Für den Fall, dass schwierige materiell-rechtliche Zuständigkeitsfragen zu klären sind, schlägt das Integrationsamt *Thüringen* vor, dass der erstangegangene Träger mit dem aus Sicht des möglicherweise zuständigen anderen Trägers noch vor Weiterleitung eines Antrags telefonisch Kontakt aufnimmt.

Das Integrationsamt *Rheinland* regt unter Hinweis auf eine zweitinstanzliche Gerichtsentscheidung (LSG Berlin-Brandenburg, Beschluss vom 07.05.2012 – L 18 AL 135/12 B) eine konkrete Formulierung in § 1 der Gemeinsamen Empfehlung an, um die Frage aufzugreifen, wann ein die Frist des § 14 SGB IX auslösender Antrag vorliegt: *„Ein die Frist auslösender Antrag liegt vor, wenn die Identität und das konkrete Leistungsbegehren des Antragstellers / der Antragstellerin erkennbar ist. Der erstangegangene Träger hat bei Zweifel bezüglich der Zuständigkeit i. S. d. § 16 Abs. 3 SGB I unverzüglich darauf hinzuwirken, dass die zur Entscheidung über die Zuständigkeit erforderlichen Angaben gemacht werden.“* Weiter wird darauf hingewiesen, dass es für die Antragsformulare der Rehabilitationsträger hilfreich wäre, auch nach

einer bestehenden Schwerbehinderung oder Gleichstellung zu fragen. Damit könne ausgeschlossen werden, dass an ein Integrationsamt ein Antrag nach § 14 SGB IX weitergeleitet wird, obwohl keine Schwerbehinderung bzw. Gleichstellung besteht und damit eine Leistung des Integrationsamtes ausgeschlossen ist.

Der **Sozialverband Deutschland** regt an, eine Hinweispflicht der Rehabilitationsträger gegenüber den Antragstellenden auf ihre nach § 14 SGB IX bestehenden Pflichten in die Gemeinsame Empfehlung zur Zuständigkeitsklärung aufzunehmen. Weiterhin wird eine verbesserte Umsetzungsbegleitung über die Berichtspflicht nach § 13 Abs. 8 SGB IX für notwendig erachtet. Zu deren Sicherstellung wird angeregt, in der Gemeinsamen Empfehlung detaillierte Pflichten zur Fall-Dokumentation festzulegen. Dazu wird eine Reihe konkreter Prozessschritte benannt, die aus Sicht des SoVD zu dokumentieren wären (z. B. Anzahl der Antragseingänge, Anzahl der nach § 14 SGB IX weiterverwiesenen Anträge etc.). Auf § 15 Abs. 2 SGB IX wird insoweit nicht ausdrücklich Bezug genommen.

4.2.2 Sehen Sie Probleme bei der Umsetzung der Gemeinsamen Empfehlung und wenn „Ja“ welche?

Seitens der **Spitzenverbände der Krankenkassen auf Bundesebene** berichtet der **AOK-Bundesverband** eine unterschiedliche Rechtsauffassung von Krankenversicherung und Rentenversicherung bei der Umsetzung dieser Gemeinsamen Empfehlung in Bezug auf das Direktinweisungsverfahren der DRV Bund im Rahmen der Anschlussheilbehandlung. Divergent hierbei sei, wann die Zwei-Wochen-Frist des § 14 Abs. 1 SGB IX beginnt und inwieweit die Klärung des Leistungsfalls zuverlässig geschehen kann, sofern Ausschlussgründe nach § 12 SGB VI bestehen. Eine einvernehmliche Regelung konnte im Rahmen der bisherigen Überarbeitung der Gemeinsamen Empfehlung nicht erzielt werden. Es besteht daher nach wie vor Klärungsbedarf.

Der **BKK-Dachverband** sieht nur in Einzelfällen und die **Knappschaft, Abteilung Kranken- und Pflegeversicherung** keine Umsetzungsprobleme bei der Gemeinsamen Empfehlung zur Zuständigkeitsklärung. Auch der **IKK e.V.** benennt keine Probleme bei der Umsetzung der Gemeinsamen Empfehlung. Dennoch werde es nach seiner Auffassung immer besondere Fallgestaltungen geben, die unter den Rehabilitationsträgern aus den verschiedenen Sichtweisen heraus betrachtet werden könnten, was ggf. zu Unstimmigkeiten zwischen den Trägern führe.

Die **Deutsche Rentenversicherung Bund** berichtet, dass der Großteil der Rentenversicherungsträger keine Probleme bei der Umsetzung der Gemeinsamen Empfehlung erfahre. Allerdings würden von einigen Rentenversicherungsträgern Schwierigkeiten bei der Durchsetzung von Erstattungsansprüchen durch die Krankenkassen

angegeben. Krankenkassen würden teilweise keine Entgeltersatzleistungen, wie Übergangsgeld anstelle von Arbeitslosengeld oder Arbeitslosengeld II, erstatten, sie zweifelten den Rehabilitationsbedarf an oder überprüften einige Posten der Erstattungsansprüche, wie etwa Haushaltshilfe. Probleme scheinen sich teilweise auch durch das 2-stufige Ordnungsverfahren zur Rehabilitation der Krankenkassen zu ergeben. Die daraus resultierende unterschiedliche Verfahrensweise der Rehabilitationsträger führe in Einzelfällen bei Ärzten/Ärztinnen und Versicherten zu Verwirrung.

Die **Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung** gibt zum bereits unter „Verbesserungsbedarf“ angeführten Sachverhalt an, dass die Rentenversicherung und Unfallversicherung unterschiedliche Rechtsauffassungen verträten, ob ein Erstattungsanspruch besteht, wenn der erstangegangene Träger (hier: die UV) – z. B. im Interesse einer schnellen Versorgung des behinderten oder von Behinderung bedrohten Menschen – trotz bestehender Zweifel an seiner Zuständigkeit Leistungen erbringt und sich anschließend seine Unzuständigkeit herausstellt. Derzeit werde der jetzige § 5 Abs. 1 S. 3 der GE, der den Erstattungsanspruch bei Leistungen in Kenntnis der Unzuständigkeit ausschließt, von den beiden Trägerbereichen unterschiedlich interpretiert. Dies spiegele die jeweilige Rechtsauffassung, die bereits vor Verabschiedung der Gemeinsamen Empfehlung bestanden habe, wider. Hier würden die Regelungsgrenzen einer Gemeinsamen Vereinbarung deutlich. Zunächst bleibe daher die weitere diesbezügliche Rechtsprechung abzuwarten.

Die **Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe** teilt unter Hinweis auf den letzten Erfahrungsbericht Schwierigkeiten in der Zusammenarbeit mit den Krankenkassen mit. Es werde oft festgestellt, dass seitens der Krankenkassen Anträge ohne konkrete Prüfung an die Sozialhilfeträger weitergeleitet würden. Häufig finde keine Auseinandersetzung mit dem Leistungsrecht des SGB V statt. Umgekehrt weigerten sich die Krankenkassen zum Teil, einen nach § 14 SGB IX weitergeleiteten Antrag zu bearbeiten.

Von Seiten der **Träger der Kriegsopferversorgung und -fürsorge** weist das Bundesland *Rheinland-Pfalz* darauf hin, dass die Gemeinsame Empfehlung von den beteiligten Leistungsträgern grundsätzlich angewendet werde, aber Ausnahmen bzw. Probleme im Bereich der Heil- und Krankenbehandlung und der orthopädischen Versorgung zu verzeichnen seien, insbesondere in der Zusammenarbeit mit den gesetzlichen Krankenkassen. Demnach sei die Mehrzahl der Fälle nach § 14 Abs. 1 Satz 3 SGB IX einschlägig, und die Klärung könne innerhalb der Frist nicht erfolgen. Auch würden Anträge vom erstangegangenen Träger, der die Leistung auch ohne Rücksicht auf die Ursachenprüfung erbringen könnte, mitunter weitergeleitet, obwohl aus Sicht des zweitangegangenen Trägers offensichtlich sei, dass die Schädigungsfolgen nicht die Ursache für die zu behandelnde Gesundheitsstörung sein können. Insgesamt wird dringender Klärungs- bzw. Änderungsbedarf gesehen.

Die **Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen** berichtet vereinzelt, es werde kritisch angemerkt, dass im Bereich der Gesetzlichen Krankenversicherung immer wieder Weiterleitungen von Anträgen an die Integrationsämter erfolgten, deren Bearbeitung klar ersichtlich nicht in die Zuständigkeit der Integrationsämter im Rahmen der begleitenden Hilfe im Arbeiten fallen könne, insbesondere wegen eindeutig fehlenden Bezugs der beantragten Reha-Leistung zu einer beruflichen Tätigkeit. Probleme, die die Gemeinsame Empfehlung zu § 14 SGB IX nicht löse, würden im Bereich der Teilhabeleistungen (insbesondere zur Teilhabe am Arbeitsleben) für selbständig Berufstätige gesehen. Das Integrationsamt *Brandenburg* merkt zudem an, dass sich nicht alle Rehabilitationsträger bei Weiterleitung eines Antrags durch das Integrationsamt als zweitangegangener Leistungsträger betrachten würden. Ferner weist das Integrationsamt *Mecklenburg-Vorpommern* darauf hin, dass des Öfteren längere Wartezeiten bei Gutachten zu verzeichnen seien.

Nach Angaben des **Sozialverbands Deutschland** führt die Frage der Zuständigkeit im gegliederten Rehabilitationsrecht für Menschen mit Behinderungen bzw. drohender Behinderung nach wie vor zu einer große Hürde, denn noch immer würden sie zwischen unterschiedlichen Trägern „hin und her geschickt“. Dies erfolge ungeachtet der gesetzlichen Verpflichtungen der Träger nach § 14 SGB IX und der Gemeinsamen Empfehlung.

4.2.3 Sonstige Anmerkungen

Durch **Spitzenverbände der Krankenkassen auf Bundesebene** wird berichtet, dass die Gemeinsame Empfehlung zur Zuständigkeitsregelung in der Praxis eine große Beachtung finde (**AOK-Bundesverband**) bzw. zu einer Verstetigung des beschriebenen Antrags- und Bewilligungsverfahrens geführt habe (**IKK e.V.**)

Auch die **Deutsche Rentenversicherung Bund** merkt an, dass die Gemeinsame Empfehlung nach den Angaben mehrerer Rentenversicherungsträger insgesamt zu mehr Rechtssicherheit und einer Verbesserung der Zusammenarbeit der Rehabilitationsträger geführt habe.

Nach Angaben der **Bundesagentur für Arbeit** gehört die Gemeinsame Empfehlung zur Zuständigkeitsklärung zu den beiden am häufigsten verwendeten Gemeinsamen Empfehlungen.

Aus Sicht der **Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe** (unter Verweis auf den vorausgegangenen Erfahrungsbericht) werde die Gemeinsame Empfehlung zur Zuständigkeitsklärung nach ihrer jüngsten Überarbeitung der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts im Wesentlichen gerecht.

Die **Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen** führt in ihren zusammenfassenden Anmerkungen aus, dass die Rückmeldungen der Mitglieder grundsätzlich positiv seien. Die Gemeinsame Empfehlung führe nach Ansicht vieler Integrationsämter in der Praxis zu Verbesserungen im Sinne einer zügigeren Zuständigkeitsklärung im Interesse der antragstellenden (schwer)behinderten Menschen. Hingewiesen wird insoweit z. B. auf eine verbesserte Kooperation mit den Agenturen für Arbeit. Das Integrationsamt *Brandenburg* berichtet als Integrationsamt zudem von einer Verbesserung der Zusammenarbeit mit der DRV Bund. Das *LVR-Integrationsamt* führt aus, dass die Zahl der offensichtlich unrichtigen Weiterleitungen an das Integrationsamt in der letzten Zeit „sehr deutlich zurückgegangen“ sei. Aus Baden-Württemberg wird mitgeteilt, dass die GE bei „Normalfällen“ weiterhilft, bei schwierigen Fallkonstellationen jedoch nicht.

4.3 **Gemeinsame Empfehlung „Prävention“ nach §§ 12 Abs. 1 Nr. 5, 13 Abs. 2 Nr. 1 SGB IX („Prävention nach § 3 SGB IX“)**

Die Gemeinsame Empfehlung nach §§ 12 Abs. 1 Nr. 5, 13 Abs. 2 Nr. 1 SGB IX, dass Prävention entsprechend dem in § 3 SGB IX genannten Ziel erbracht wird (Gemeinsame Empfehlung „Prävention nach § 3 SGB IX“), ist am 01.04.2005 in Kraft getreten. Im aktuellen Orientierungsrahmen für die Arbeit der BAR 2013-2015 ist eine Überprüfung der Gemeinsamen Empfehlung vorgemerkt.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass ausweislich einer Reihe von Meldungen kein Verbesserungsbedarf gesehen wird. Daneben werden aber auch Verbesserungsmöglichkeiten bei dieser Gemeinsamen Empfehlung benannt. So beschreibt der SoVD in einer differenzierten Stellungnahme zahlreiche inhaltliche und strukturelle Ansatzpunkte für Verbesserungen der Gemeinsamen Empfehlung. Die Umsetzung der Gemeinsamen Empfehlung wird in den vorliegenden Rückmeldungen überwiegend als problemlos angesehen. Vereinzelt wird Verbesserungspotential bei der trägerübergreifenden Zusammenarbeit identifiziert sowie bei der Art und Weise, wie Arbeitgeber ihre besondere Rolle und Bedeutung im Handlungsfeld „Prävention“ ausfüllen. Allerdings wird, beispielsweise von Krankenkassen, auch über gut funktionierende Kooperationen zwischen verschiedenen Trägerbereichen berichtet. Die befragten Organisationen schildern weiterhin mitunter über eine Reihe von, teilweise auch trägerübergreifenden, Aktivitäten im Bereich „Prävention“.

4.3.1 Sehen Sie Verbesserungsbedarf bei der Gemeinsamen Empfehlung und wenn „Ja“ welchen?

Von Seiten der **Spitzenverbände der Krankenkassen auf Bundesebene** sehen der **IKK e.V.** und die **Knappschaft, Abteilung Kranken- und Pflegeversicherung** keinen Verbesserungsbedarf. Der **AOK-Bundesverband** regt an Best-Practice-Beispiele in die Gemeinsamen Empfehlung aufzunehmen.

Die **Deutsche Rentenversicherung Bund** berichtet, dass die meisten Rentenversicherungsträger keinen Verbesserungsbedarf bei der Gemeinsamen Empfehlung „Prävention“ sehen. Ein Rentenversicherungsträger führt allerdings zu § 9 Abs. 1 (Motivation der Beschäftigten durch die Rehabilitationsträger und die Integrationsämter) aus, dass seine Erfahrungswerte darauf hindeuten würden, dass die Motivation der Zielgruppe vor Ort durch den Arbeitgeber deutlich besser gelänge.

Von Seiten der **Integrationsämter** wird, soweit zu dieser Gemeinsamen Empfehlung ausgeführt wurde, kein Verbesserungsbedarf gesehen. Die **Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen** geht in ihren zusammenfassenden Anmerkungen nicht darauf ein.

In seiner Stellungnahme widmet sich der **Sozialverband Deutschland** ausführlich der Gemeinsamen Empfehlung „Prävention“. Er regt eine Überarbeitung an, da sie wenig verbindliche Normierungen enthalte und – außerhalb des Bereichs Arbeitsleben – nur sehr allgemeine Zielsetzungen verfolge. So verpflichteten sich die Rehabilitationsträger im allgemeinen Teil der Gemeinsamen Empfehlung lediglich, „zu unterschiedlichen Settings analoge Konzeptionen zu entwickeln, in denen spezifische Risiken und Präventionspotentiale“ in Bezug genommen werden. Was dies konkret impliziere und wie die Umsetzung der Zielsetzung erfolgen solle, lasse die Gemeinsame Empfehlung vollständig offen. Zudem werden nach Ansicht des SoVD zentrale Dimensionen und differenzierende Perspektiven der Prävention nur unzureichend angesprochen bzw. „durchdekliniert“. So finde keine konsequente Unterscheidung nach Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention statt. Lediglich ansatzweise werde eine Unterscheidung nach lebensweltlicher und individueller Prävention getroffen. Als erhebliches Defizit erscheine, dass für die o. g. Differenzierungen keine konkreten Handlungsansätze sowie Vernetzungsansätze für die entsprechenden Angebote der Rehabilitationsträger und auch keine verpflichtende Koordinierung der Angebote vorgesehen würden. Überdies würden besondere Personengruppen (Kinder, Frauen, Nicht-Erwerbstätige, Ältere etc.) als Adressaten von Präventionsangeboten zwar benannt, jedoch blieben die Ausführungen weitgehend unkonkret hinsichtlich der zielgruppenspezifischen Ausgestaltung. Auch liege der Schwerpunkt der Gemeinsamen Empfehlung im Bereich Prävention im Arbeitsleben. Dies erscheine zwar als wichtiges Handlungsfeld der Prävention, erfasse jedoch spezifische Gruppen (Kinder, Älte-

re, Nichterwerbspersonen sowie z. T. Frauen) gerade nicht. Das Erreichen auch dieser spezifischen Personengruppen durch Präventionsangebote sollte nach Ansicht des SoVD jedoch erklärtes Ziel der Gemeinsamen Empfehlung sein und die Umsetzung fortlaufend kontrolliert und abgefragt werden.

Der SoVD regt überdies an, zentrale Prinzipien der Prävention in der Gemeinsamen Empfehlung deutlicher als bisher herauszuarbeiten. Als solche sieht der SoVD u. a. an:

- Prävention als Grundprinzip des Teilhaberechts (einschließlich frühzeitiger Beratung und Bedarfsermittlung)
- Einbeziehung der Perspektive der UN-Behindertenrechtskonvention, die auf die präventive Beseitigung von Teilhabebarrrieren ausgerichtet ist
- Betonung der Gleichberechtigung der Prävention neben Kuration und Rehabilitation

Überdies erscheint es aus Sicht des SoVD als erhebliches Defizit, dass die Kommunen, die ein zentraler Akteur gerade bei der lebensweltlichen Prävention sind, von der Gemeinsamen Empfehlung nicht angesprochen werden. Nicht zuletzt erscheine die Perspektive der Betroffenen in der Gemeinsamen Empfehlung vollständig ausgeklammert. So fehle z. B. die Einbeziehung der Betroffenen bei der Festlegung von Präventionszielen.

4.3.2 Sehen Sie Probleme bei der Umsetzung der Gemeinsame Empfehlung und wenn „Ja“ welche?

Auf Seiten der **Spitzenverbände der Krankenkassen auf Bundesebene** berichtet der **AOK-Bundesverband** von einem differenzierten Bild bei der Umsetzung der Gemeinsamen Empfehlung „Prävention“. Zum Teil wird auf erfolgreiche trägerübergreifende Projekte verwiesen, die auf einer guten Zusammenarbeit der regionalen Rehabilitationsträger basieren. In anderen Regionen wird die fehlende Bereitschaft zur trägerübergreifenden Zusammenarbeit bedauert. Laut **Knappschaft, Abteilung Kranken- und Pflegeversicherung** existieren mittlerweile zahlreiche individuelle Gesundheitskurse für Menschen mit Einschränkungen und Behinderungen. Jedoch fehle es noch an trägerübergreifenden Angeboten. Dabei spielten neben den Anforderungen an Inhalt und Profil der Durchführenden administrative und organisatorische Aspekte eine Rolle. Bei jeder zu organisierenden Maßnahme stelle sich zudem die vor dem Hintergrund der Personal- und Finanzsituation bei den Sozialversicherungsträgern ernstzunehmende Frage, welche Stelle entsprechende Angebote mit welchem/n Partner/n organisiere. Keine Umsetzungsprobleme sieht der **IKK e.V.**

Ausweislich des Berichts der **Deutschen Rentenversicherung Bund** merkt ein RV-Träger an, dass Betriebe sich zwar theoretisch durchaus interessiert an Präventionsangeboten für ihre Mitarbeiter/-innen zeigen würden. In der gemeinsamen Durchführung von Modellprojekten zur Prävention sei die Zuweisung geeigneter Mitarbeiter/-innen dann aber wohl doch sehr zurückhaltend, wenn betrieblichen (Anwesenheits-)Belangen Vorrang eingeräumt werde.

Die **Integrationsämter** berichten nur vereinzelt über die Gemeinsame Empfehlung „Prävention“, die **Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen** geht in ihren zusammenfassenden Anmerkungen entsprechend auch nicht darauf ein. Hier werden überwiegend keine Umsetzungsprobleme gesehen. Aus Sicht des Integrationsamts *Brandenburg* kommen allerdings viele Arbeitgeber trotz Ihrer Rolle als gesetzliche Hauptakteure des Betrieblichen Eingliederungsmanagements (BEM) nach § 84 Abs. 2 SGB IX dem entsprechenden gesetzlichen Auftrag noch wenig nach. Zudem sei es schwer, den in der Gemeinsamen Empfehlung geforderten Qualitätsstandard zu erreichen. Prävention und BEM befänden sich häufig noch im Anfangsstadium. Das Integrationsamt *Hamburg* berichtet von Problemen bei der in der Empfehlung dargestellten Koordinierung sowie beim Abschluss von Vereinbarungen zwischen den Rehabilitationsträgern und dem Integrationsamt. Diese seien nicht in Form von regelhaften Arbeitsgruppen verankert, so dass lediglich einzelfallbezogene Koordination und Absprachen erfolgten. Auch laut dem Integrationsamt *Rheinland-Pfalz* besteht noch Entwicklungspotential bei der engeren Zusammenarbeit zwischen Rehabilitationsträgern und Integrationsamt, teilweise funktioniere diese aber – abhängig von der Person vor Ort – auch gut.

4.3.3 Sonstige Anmerkungen

Die Träger der Rentenversicherung sind laut **Deutscher Rentenversicherung Bund** derzeit aktiv dabei, Konzepte für präventive Leistungen zu entwickeln. Sie orientierten sich dabei an den Rahmenvorgaben der Gemeinsamen Empfehlung. Alle Leistungsangebote würden in enger Kooperation mit den jeweiligen Betrieben respektive den Betriebs- und Werksärzten durchgeführt. In einem dieser Konzepte (Plan Gesundheit, Rheinland) werde die Leistung gemeinsam mit der regional ansässigen Betriebskrankenkasse erbracht. Im Übrigen finde die Zusammenarbeit mit den anderen Rehabilitationsträgern auf diesem Gebiet hauptsächlich in Form eines Informationsaustausches auf übergeordneter Ebene, wie z. B. in der IGA (Initiative Gesundheit und Arbeit) oder im Fachbereich „Gesundheit im Betrieb“ der DGUV, statt. Außerdem entwickle die Rentenversicherung zurzeit ein Firmen-(Beratungs-)Service-Angebot mit auf verschiedenen Zugangswegen verfügbaren Informationen für Betriebe z. B. zu Prävention, Rehabilitation, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, Betriebliches

Eingliederungsmanagement oder betriebliches Gesundheitsmanagement. Mittelfristig sei geplant, den Firmenservice regional so zu vernetzen, dass auch eine gezielte Information und Lotsenfunktion zu Präventions- und anderen Leistungsangeboten der anderen Sozialleistungsträger geleistet werden könne.

Von Seiten der **Integrationsämter** führt das Integrationsamt *Brandenburg* aus, dass die Gemeinsame Empfehlung insbesondere in Teil II gut formuliert sei. Es berichtet über gemeinsame Informationsveranstaltungen mit einem Rentenversicherungsträger und über eigene präventionsbezogene Aktivitäten (Schulungen, Hilfe beim Abschluss von Dienstvereinbarungen zum BEM etc.). Letztere fänden allerdings noch wenig Unterstützung durch Arbeitgeber. Das Integrationsamt *Hamburg* berichtet, dass die Gemeinsame Empfehlung selbst zwar keine unmittelbar Anwendung finde, die §§ 6 und 7 allerdings analog „gelebt“ würden. Das Integrationsamt *Sachsen* berichtet, dass es erforderlichenfalls durch Arbeitgeber in Präventionsaktivitäten eingebunden werde.

Der **Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe** liegen unter Verweis auf den letzten Erfahrungsbericht keine Erkenntnisse zur Gemeinsamen Empfehlung „Prävention“ vor, da die überörtlichen Träger der Sozialhilfe mit diesem Thema nicht befasst seien.

4.4 **Gemeinsame Empfehlung „Qualitätssicherung“ nach § 20 Abs. 1 SGB IX**

Die Gemeinsame Empfehlung „Qualitätssicherung“ nach § 20 Abs. 1 SGB IX ist am 01.07.2003 in Kraft getreten. Im aktuellen Orientierungsrahmen für die Arbeit der BAR 2013-2015 ist eine Überprüfung der Gemeinsamen Empfehlung vorgemerkt.

Die **Spitzenverbände der Krankenkassen auf Bundesebene** inklusive der **Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau** und der **Knappschaft, Abteilung Kranken- und Pflegeversicherung** haben die Abfrage zu den Erfahrungen mit dieser Gemeinsamen Empfehlung im Rahmen einer gemeinsamen Stellungnahme – abgegeben durch den **Verband der Ersatzkassen** – beantwortet.

Zusammenfassend war die Umsetzung bzw. Anwendung der Gemeinsamen Empfehlung in den Jahren 2012 und 2013 aus Sicht der Mehrheit der Rehabilitationsträger unproblematisch. Neben positiven Erfahrungen werden aber auch Aktualisierungsbedarfe aufgeführt, die bei der anstehenden Überarbeitung der Gemeinsamen Empfehlung Berücksichtigung finden sollen.

4.4.1 Sehen Sie Verbesserungsbedarf bei der Gemeinsamen Empfehlung und wenn „Ja“ welchen?

Die **Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene** führen aus, dass aufgrund der gesetzlichen Änderungen, die sich seit Inkrafttreten der Vereinbarung im Jahre 2003 ergeben haben, die gesetzlichen Krankenkassen eine Aktualisierung der Gemeinsamen Empfehlung „Qualitätssicherung“ nach § 20 Abs. 1 SGB IX als erforderlich ansehen.

Die **Deutsche Rentenversicherung Bund** sieht keinen Verbesserungsbedarf.

4.4.2 Sehen Sie Probleme bei der Umsetzung der Gemeinsame Empfehlung und wenn „Ja“ welche?

Die **Spitzenverbände der Krankenkassen auf Bundesebene** und die **Deutsche Rentenversicherung Bund** melden keine Probleme.

Die **Deutsche Rentenversicherung Bund** berichtet zudem, dass ein RV-Träger vorschläge, die Gemeinsame Empfehlung durch konkrete Handlungsfelder, die besonders wichtig seien, zu ergänzen. So könnte als zentraler Punkt die Ergebnisqualität geprüft und die diesbezüglichen Informationen den anderen Rehabilitationsträgern zur Verfügung gestellt werden.

4.4.3 Sonstige Anmerkungen

Die **Deutsche Rentenversicherung Bund** führt aus, dass die Rentenversicherungsträger der Gemeinsamen Empfehlung, ähnlich der Gemeinsamen Empfehlung zur Zuständigkeitsklärung, große praktische Bedeutung beimessen. Sie habe sich bei trägerübergreifenden Diskussionen zum Thema Qualitätssicherung bewährt und werde allgemein akzeptiert. Die Deutsche Rentenversicherung und der GKV-Spitzenverband hätten auf ihrer Grundlage im Oktober 2013 eine bilaterale Vereinbarung über die Zuordnung der Einrichtungen zu den jeweiligen Qualitätssicherungskonzepten der Träger getroffen. Ebenfalls positiv werde gesehen, dass durch die Gemeinsame Empfehlung auch die Qualitätssicherung bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben wieder stärker in den Blickpunkt gerückt werde.

Die **Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene** geben an, dass sich die Gemeinsame Empfehlung „Qualitätssicherung“ nach § 20 Abs. 1 SGB IX weiterhin bewährt habe. In Ergänzung hierzu hätten der GKV-Spitzenverband und die Deutsche Rentenversicherung im Oktober 2013 eine Vereinbarung über die weitere Zusammenarbeit in der Qualitätssicherung der medizinischen Rehabilitation verabschiedet. Diese Vereinbarung stelle unter anderem sicher, dass ein enger wechselseitiger In-

formationsaustausch über den Stand und die Weiterentwicklung der Qualitätssicherungsverfahren erfolge.

Die **Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen** macht zur Gemeinsamen Empfehlung „Qualitätssicherung“ keine Angaben.

Die **Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe** antwortet unter Hinweis auf den letzten Erfahrungsbericht: Die Gemeinsame Empfehlung „Qualitätssicherung“ habe für die Sozialhilfeträger keine Relevanz, weil im Sozialhilfrecht diese Fragen zwischen den Vereinbarungspartnern durch Verträge auf Landesebene geregelt werden müssen (§§ 75 ff. SGB XII).

4.5 **Gemeinsame Empfehlung „Integrationsfachdienste“ nach § 113 Abs. 2 SGB IX**

Die Gemeinsame Empfehlung „Integrationsfachdienste“ (IFD) soll die Zusammenarbeit der Integrationsfachdienste mit den Rehabilitationsträgern sowie die Finanzierung der Kosten, die den IFD bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben entstehen, regeln. Die Gemeinsame Empfehlung trat zum 01.04.2005 in Kraft. Sie gilt in der Fassung vom 01.10.2009.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass keine grundsätzlichen Probleme bei der Umsetzung/Anwendung der Gemeinsamen Empfehlung bestehen. Sie wird als praktikables Instrument gewertet, das allerdings zu wenig genutzt wird. Aus den Rückmeldungen lässt sich schließen, dass es – mit regionalen Unterschieden – oftmals am Bekanntheitsgrad und am Willen fehlt, die Gemeinsame Empfehlung anzuwenden.

4.5.1 **Sehen Sie Verbesserungsbedarf bei der Gemeinsamen Empfehlung und wenn „Ja“ welchen?**

Verbesserungsbedarf besteht nach häufiger Rückmeldung aus den **Integrationsämtern** vor allem bei der Höhe der Kostenpauschale, die zuletzt 2009 angepasst wurde. In diesem Zusammenhang wird von einigen Integrationsämtern auch der Wunsch geäußert, über die Vereinbarung von Kontingenten zu einer größeren Planungssicherheit zu gelangen. Hierzu wird ergänzend vorgeschlagen, unterschiedliche Kostensätze für eine Beauftragung innerhalb von Kontingenten und für Einzelfallbeauftragung außerhalb von Kontingenten zu vereinbaren.

Die **Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene**, der **Spitzenverband der landwirtschaftlichen Sozialversicherung**, die **Deutsche Rentenversicherung**, die **Bundesagentur für Arbeit** sowie die Länder als Träger der **Kriegsopferversorgung**

und -fürsorge sehen übereinstimmend keine Probleme bei der Umsetzung der Gemeinsamen Empfehlung.

Die **Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe** teilt mit, dass ihr keine Erkenntnisse zur Umsetzung der Gemeinsamen Empfehlung vorlägen. Gleiches gilt für den **Deutschen Landkreistag**, der allerdings auch darauf hinweist, dass bisher noch kein Landkreis einer Gemeinsamen Empfehlung beigetreten sei.

4.5.2 Sehen Sie Probleme bei der Umsetzung der Gemeinsame Empfehlung und wenn „Ja“ welche?

Probleme bei der Umsetzung der Gemeinsamen Empfehlung sieht die **Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen** in Auswertung der Rückmeldungen der Integrationsämter insbesondere darin, dass es nicht gelungen sei, den Integrationsfachdienst als einen trägerübergreifenden Dienstleister zu etablieren, der in allen Phasen des Berufslebens von den unterschiedlichen, jeweils zuständigen Rehabilitationsträgern genutzt werde. Dies mache sich in rückläufigen Beauftragungszahlen bemerkbar. Die BIH sieht eine Ursache hierfür darin, dass die Bundesagentur für Arbeit die Arbeitsvermittlung allein dem Rechtskreis des SGB III zuordne, der mit den in § 109 SGB IX normierten SGB IX-typischen Rahmenbedingungen nicht kompatibel sei.

Vom **Integrationsamt Hessen** erfolgt der Hinweis, dass häufig der Zeitablauf, bis zu dem Beratungsbedarf festgestellt sei und dann in eine Beratung durch den IFD einmünden könne, oftmals die Problematik verschärfe bis hin zum drohenden Arbeitsplatzverlust.

Von den **Verbänden der gesetzlichen Krankenversicherung** wird übereinstimmend gemeldet, dass keine Probleme bei der Umsetzung der Gemeinsamen Empfehlung gesehen werden.

Die Träger der **Kriegsopferversorgung und -fürsorge** verweisen mehrheitlich auf die geringe oder nicht bestehende Bedeutung der Gemeinsamen Empfehlung in ihrem Trägerbereich.

4.5.3 Sonstige Anmerkungen

Im Kontext der Planungssicherheit ist auch die vereinzelte Forderung von **Integrationsämtern** nach Festlegung von Mindestbeauftragungszeiten zu sehen, die auch eine Stabilisierungsphase nach der Vermittlung beinhaltet. Darüber hinaus wird vorgeschlagen, den Begriff „Ausbildungsbegleitung“ in die Gemeinsame Empfehlung einzubringen, um die Beauftragungszahlen in diesem Bereich zu forcieren.

Der **IKK e.V.** führt aus, dass die Integrationsfachdienste aufgrund der Zunahme psychischer Erkrankungen für deren Versicherte an Bedeutung gewinnen würden.

Die **Deutsche Rentenversicherung Bund** weist besonders auf positive Rückmeldungen der Regionalträger hin, die die Gemeinsame Empfehlung als äußerst praktikables Instrument für die Gestaltung der Zusammenarbeit mit den Integrationsfachdiensten sehen. Sie merkt aber auch an, dass sich die Inanspruchnahme der Integrationsfachdienste regional sehr unterschiedlich gestalten.

Der **Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe** liegen (unter Verweis auf den vorausgegangenen Erfahrungsbericht) keine Erkenntnisse zu dieser Gemeinsamen Empfehlung vor, da die überörtlichen Träger der Sozialhilfe mit diesem Thema nicht befasst seien.

4.6 **Gemeinsame Empfehlung „Förderung der Selbsthilfe“ nach § 13 Abs. 2 Nr. 6 SGB IX**

Die Gemeinsame Empfehlung zur Förderung der Selbsthilfe nach § 13 Abs. 2 Nr. 6 SGB IX ist am 01.07.2004 in Kraft getreten. Nach einer grundlegenden Überarbeitung gilt nun die Fassung vom 23.02.2012.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Vereinbarungspartner insgesamt keinen Verbesserungsbedarf und keine gravierenden Probleme bei der Umsetzung der Gemeinsamen Empfehlung „Förderung der Selbsthilfe“ sehen. Es wird jedoch angeregt, dass eine Darstellung von praktischen Beispielen dazu beitragen könnte, die Gemeinsame Empfehlung noch anschaulicher zu machen.

4.6.1 **Sehen Sie Verbesserungsbedarf bei der Gemeinsamen Empfehlung und wenn „Ja“ welchen?**

Der **AOK-Bundesverband** bedauert, dass in einigen Regionen eine fehlende Bereitschaft zur trägerübergreifenden Zusammenarbeit bestehe. Es wird daher angeregt Best-Practice-Beispiele in die Gemeinsame Empfehlung „Förderung der Selbsthilfe“ aufzunehmen. Der **IKK e.V.**, die **Knappschaft, Abteilung Kranken- und Pflegeversicherung** sowie die **Deutsche Rentenversicherung Bund** berichten, dass kein Verbesserungsbedarf bei der Gemeinsamen Empfehlung gesehen werde.

4.6.2 Sehen Sie Probleme bei der Umsetzung der Gemeinsamen Empfehlung und wenn „Ja“ welche?

Die **Knappschaft, Abteilung Kranken- und Pflegeversicherung** teilt mit, dass auch ihrer Sicht keine Schwierigkeiten bestehen. Die flächendeckende Förderung sei durch die Bildung von Arbeitskreisen auf Bundes- und Landesebene gesteuert. Durch Veröffentlichung der Förderungen im Internet sei eine Fördertransparenz gegeben. Der **IKK e.V.** merkt an, dass teilweise aus unterschiedlichen Gründen keine Zusammenarbeit zustande gekommen sei. Und dort, wo es zu einer Zusammenarbeit gekommen sei, habe es aber keine Probleme gegeben.

Die **Deutsche Rentenversicherung Bund** antwortet, dass zwar von keinem der Rentenversicherungsträger Probleme bei der Umsetzung bei der Gemeinsamen Empfehlung angegeben worden seien. Jedoch habe ein Rentenversicherungsträger darauf hingewiesen, dass sich nicht alle im SGB IX genannten Rehabilitationsträger an der Selbsthilfeförderung beteiligten.

Als **Träger der Kriegsopferversorgung und -fürsorge** teilt das Bundesland *Hessen* mit, dass die Aufgabe nicht direkt durch die Träger des Sozialen Entschädigungsrechts (Versorgungsämter usw.) durchgeführt werde. Es gelte vielmehr § 10 Abs. 6 Satz 2 BVG, wonach Berechtigten, die Anspruch auf Heil- und Krankenbehandlung nach § 10 Abs. 2, 4 oder 5 BVG haben, u. a. Leistungen zur Selbsthilfe nach Maßgabe des SGB V gewährt werden können. Wie unter der Rubrik „Rechtsgrundlagen“ der Gemeinsamen Empfehlung „Förderung der Selbsthilfe“ (§ 1) bereits ausgeführt, seien für die Erbringung der Leistungen nach § 18c Abs. 1 Satz 3 BVG die gesetzlichen Krankenkassen zuständig (=Auftragsleistung für die Versorgungsverwaltung).

4.6.3 Sonstige Anmerkungen

Die **Deutsche Rentenversicherung Bund** ergänzt, dass durch die Gemeinsame Empfehlung „Förderung der Selbsthilfe“ klargestellt werde, dass die Entscheidungen über beantragte Zuwendungen auf der speziellen rechtlichen Grundlage der jeweiligen Sozialversicherungsträger zu erfolgen haben. Dies erleichtere die Abgrenzung der Zuständigkeit für die Prüfung der Förderanträge aus dem Bereich der Selbsthilfe.

Der **Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe** liegen (unter Verweis auf den vorausgegangenen Erfahrungsbericht) keine Erkenntnisse zu dieser Gemeinsamen Empfehlung vor, da die überörtlichen Träger der Sozialhilfe mit diesem Thema nicht befasst seien.

4.7 **Gemeinsame Empfehlung „Sozialdienste“ nach § 13 Abs. 2 Nr. 10 SGB IX**

Am 01.03.2006 ist die Gemeinsame Empfehlung nach § 13 Abs. 2 Nr. 10 SGB IX über die Zusammenarbeit mit Sozialdiensten und vergleichbaren Stellen (Gemeinsame Empfehlung „Sozialdienste“ vom 08.11.2005) in Kraft getreten. Im aktuellen Orientierungsrahmen für die Arbeit der BAR 2013-2015 ist eine Überprüfung der Gemeinsamen Empfehlung vorgemerkt.

Zusammenfassend zeigen die Rückmeldungen zur Gemeinsamen Empfehlung „Sozialdienste“, dass von Seiten der Vertragspartner überwiegend kein Verbesserungsbedarf bzw. keine Probleme gesehen werden. Vielmehr wird betont, dass diese Gemeinsame Empfehlung zur verbesserten Zusammenarbeit der Rehabilitationsträger beigetragen hat. Hierzu haben sicher auch Informationsveranstaltungen beigetragen, die von der Deutschen Rentenversicherung Bund durchgeführt werden.

4.7.1 **Sehen Sie Verbesserungsbedarf bei der Gemeinsamen Empfehlung und wenn „Ja“ welchen?**

Vom **IKK e.V.**, der **Knappschaft, Abteilung Kranken- und Pflegeversicherung** und der **Deutschen Rentenversicherung Bund** wird kein Verbesserungsbedarf für diese Gemeinsame Empfehlung gesehen.

Von Seiten der **Integrationsämter** wird, soweit zu dieser Gemeinsamen Empfehlung ausgeführt wurde, kein Verbesserungsbedarf gesehen. Die **Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen** geht in ihren zusammenfassenden Anmerkungen nicht darauf ein.

4.7.2 **Sehen Sie Probleme bei der Umsetzung der Gemeinsamen Empfehlung und wenn „Ja“ welche?**

Der **IKK e.V.**, die **Knappschaft, Abteilung Kranken- und Pflegeversicherung** und der **AOK-Bundesverband** berichten, dass keine Probleme bei der Umsetzung der Gemeinsamen Empfehlung gesehen werden.

Die **Deutsche Rentenversicherung Bund** teilt mit, dass die überwiegende Anzahl der Rentenversicherungsträger keinerlei Probleme bei der Umsetzung der Gemeinsamen Empfehlung sehe. Ein Rentenversicherungsträger bedauere allerdings, dass die Rehabilitationseinrichtungen trotz mehrfach dokumentierter positiver Berichte und gesonderter Vergütung die Möglichkeit der individuellen Fallsteuerung während stufenweiser Wiedereingliederung nicht in größerem Umfang wahrnehmen würden. Als Rechtfertigung würden von Seiten der Rehabilitationseinrichtungen der große zeitli-

che Aufwand, die als unzureichend empfundene personelle Ausstattung sowie der hohe Auslastungsgrad der Sozialdienste angeführt.

Vom Land *Hessen* als **Träger der Kriegsopferversorgung und -fürsorge** wird mitgeteilt, dass es keine Schnittstellen zu dieser Aufgabe im Sozialen Entschädigungsrecht (SER) gäbe. Im SER beständen lediglich im Bereich der Soldatenversorgung nach dem SVG gelegentlich Kontakte zu den Sozialdiensten der Bundeswehr, die jedoch nicht Vereinbarungspartner seien.

4.7.3 Sonstige Anmerkungen

Die **Deutsche Rentenversicherung Bund** ergänzt, dass mehrere Rentenversicherungsträger von Zeit zu Zeit Informationsveranstaltungen für Sozialdienste in Krankenhäusern oder Rehabilitationseinrichtungen durchführen würden.

Im Rahmen der Rückmeldungen des **Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen** teilt das Integrationsamt *Sachsen* mit, dass mit dem Integrationsfachdienst ein sehr kompetenter Sozialdienst zur Verfügung stehe, der die Tätigkeiten sehr gut unterstütze und entsprechend fachlich fundierte Gutachten sowohl im Rahmen des Kündigungsschutzes als auch in der Begleitenden Hilfe erstelle.

Der **Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe** liegen (unter Verweis auf den vorausgegangenen Erfahrungsbericht) keine Erkenntnisse zur Gemeinsamen Empfehlung „Sozialdienste“ vor, da die überörtlichen Träger der Sozialhilfe mit diesem Thema nicht befasst seien.

4.8 **Gemeinsame Empfehlung „Einheitlichkeit/Nahtlosigkeit“ nach § 12 Abs. 1 Nr. 1-3 i. V. m. § 13 Abs. 1, Abs. 2 Nr. 5 SGB IX**

Die Gemeinsame Empfehlung über die nahtlose, zügige und einheitliche Erbringung von Leistungen zur Teilhabe nach § 12 Abs. 1 Nr. 1 - 3 i. V. m. § 13 Abs. 1, Abs. 2 Nr. 5 SGB IX (Gemeinsame Empfehlung „Einheitlichkeit/Nahtlosigkeit“) ist am 01.04.2004 in Kraft getreten.

Zusammenfassend werden überwiegend kein Verbesserungsbedarf und keine Umsetzungsprobleme zur Gemeinsamen Empfehlung gesehen. Auf die Hinweise zur Überarbeitung der Gemeinsamen Empfehlung unter Punkt 2 wird an dieser Stelle verwiesen.

4.8.1 Sehen Sie Verbesserungsbedarf bei der Gemeinsamen Empfehlung und wenn „Ja“ welchen?

Die **Deutsche Rentenversicherung Bund** teilt mit, dass seitens der Rentenversicherungsträger kein Verbesserungsbedarf bestehe. Die aktuell im Zustimmungsverfahren befindliche Zusammenfassung von vier Gemeinsamen Empfehlungen (siehe Punkt 2) zur „Gemeinsamen Empfehlung zur Erkennung und zur Festlegung des Teilhabebedarfs, zur Teilhabeplanung und zu Anforderungen an die Durchführung von Leistungen zur Teilhabe“ wird in diesem Kontext von einigen Rentenversicherungsträgern ausdrücklich begrüßt. Dies würde zu einer Konkretisierung und Verdeutlichung der entscheidenden Punkte in den Empfehlungen führen.

Die **Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen** nimmt in Ihrer zusammenfassenden Rückmeldung nicht ausdrücklich Bezug auf die Gemeinsame Empfehlung „Einheitlichkeit/Nahtlosigkeit“. Aus den bei der Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen eingegangenen Rückantworten werde ersichtlich, dass überwiegend über keine Verbesserungstatbestände berichtet worden sei. Lediglich aus *Sachsen* werde durch das Integrationsamt über ein Verbesserungspotential hinsichtlich der Zusammenarbeit mit dem Rentenversicherungsträger bei der Neuschaffung von Arbeitsplätzen berichtet. Hier komme es teilweise noch zu Unstimmigkeiten, da die Rentenversicherungsträger die Zusammenarbeit mit dem Integrationsamt zeitlich nicht abstimmen oder diese verzögerten bzw. ihre Leistungen sehr verspätet verbeschieden, so dass eine einheitliche und nahtlose Realisierung am Arbeitsplatz dann nicht gegeben sei.

Als Träger der **Kriegsopferversorgung und -fürsorge** gibt das Land *Hessen* keine Stellungnahme ab, da nur wenige Schnittstellen zu dieser Aufgabe im sozialen Entschädigungsrecht beständen.

4.8.2 Sehen Sie Probleme bei der Umsetzung der Gemeinsamen Empfehlung und wenn „Ja“ welche?

Die **Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen** nimmt in Ihrer zusammenfassenden Rückmeldung nicht ausdrücklich Bezug auf die Gemeinsame Empfehlung „Einheitlichkeit/Nahtlosigkeit“. Aus den bei der Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen eingegangenen Rückantworten sei ersichtlich, dass überwiegend über keine Problematbestände berichtet worden seien. Lediglich vom Integrationsamt *Rheinland-Pfalz* wird auf Probleme bei der Leistungserbringung in den Bereichen Krankenversicherung und Rentenversicherung in Bezug auf Hilfsmittel und technische Arbeitshilfen hingewiesen; insoweit gestalte sich die Antragstellung für die schwerbehinderten Menschen bzw.

ihre Arbeitgeber oft schwierig. Bearbeitungswege seien nicht transparent und Verfahren dauerten lange bzw. Leistungen würden „grundsätzlich abgelehnt“ bzw. Urteile nicht umgesetzt (Hörgeräteversorgung, Arbeitsassistenz)¹.

Die **Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe** stellt unter Hinweis auf den letzten Erfahrungsbericht fest, dass die Gemeinsame Empfehlung „Einheitlichkeit/Nahtlosigkeit“ nach wie vor in der Praxis kaum bzw. keine Bedeutung erlangt habe. Dies gelte insbesondere für die Vorgaben der Kooperation und einheitlichen nachtlosen Leistungserbringung. Ein Beispiel werde aus dem Bereich der Rehabilitation für Suchtkranke genannt. Die Rentenversicherungsträger würden die Kostenzusagen bei stationärer Entwöhnungsbehandlung befristen, und es erfolge oftmals ohne eine Information an den Sozialhilfeträger eine Verlegung oder Aufnahme in eine Nachsorgeeinrichtung (Adaptionseinrichtung). Auch für die Verlegung von insbesondere psychisch kranken Menschen nach einer Krankenhausbehandlung in entsprechende Nachsorgeeinrichtungen (z. B. RPK-Einrichtung) erfolge in der Regel keine rechtzeitige Information des für zuständig erachteten Sozialhilfeträgers.

Nach Aussagen der **Deutschen Rentenversicherung** bestehen überwiegend keine Probleme bei der Umsetzung der Gemeinsamen Empfehlung „Einheitlichkeit/Nahtlosigkeit“. Die Deutsche Rentenversicherung ergänzt hierzu jedoch, dass ganz vereinzelt auf regionaler Ebene die Zusammenarbeit mit einzelnen Trägern kritisiert werde.

4.8.3 Sonstige Anmerkungen

keine

¹ Der GKV-Spitzenverband weist hierzu darauf hin, dass „zum 01.06.2014 eine „Empfehlung der Deutschen Rentenversicherung Bund und des GKV-Spitzenverbandes zum Verfahren bei Beteiligung verschiedener Leistungsträger im Rahmen der Hörhilfenversorgung“ in Kraft getreten ist. In der Empfehlung werden Verfahrensvarianten für die gemeinsame Bearbeitung eines Antrages auf eine Hörgeräteversorgung durch Krankenkassen und Rentenversicherungsträger beschrieben. Die Empfehlung gilt zunächst für den Erprobungszeitraum von einem Jahr. Die Erprobungsphase dient der Vorbereitung einer endgültigen Verfahrensabsprache.“

4.9 **Gemeinsame Empfehlung „Teilhabeplan“ nach § 13 Abs. 2 Nr. 3 SGB IX**

Die Gemeinsame Empfehlung „Teilhabeplan“ nach § 13 Abs. 2 Nr. 3 SGB IX ist am 01.12.2004 in Kraft getreten.

Die Vereinbarungspartner sind sich einig in der Bewertung, dass der Teilhabeplan bei sämtlichen Entscheidungen über Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe heranzuziehen ist und dieser vor allem als eine fachliche Grundlage für die Steuerung des Rehabilitationsprozesses dient.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass die Vereinbarungspartner überwiegend keine Probleme bei der Anwendung/Umsetzung der Gemeinsamen Empfehlung „Teilhabeplan“ und auch keinen Verbesserungsbedarf hinsichtlich der Gemeinsamen Empfehlung sehen. Auf die Hinweise zur Überarbeitung der Gemeinsamen Empfehlung unter Punkt 2 wird an dieser Stelle verwiesen.

4.9.1 **Sehen Sie Verbesserungsbedarf bei der Gemeinsamen Empfehlung und wenn „Ja“ welchen?**

Nach den vorliegenden Rückmeldungen aus den Trägerbereichen wird ein Verbesserungsbedarf von keiner Seite gesehen.

Die **Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen** geht in ihren zusammenfassenden Anmerkungen nicht auf diese Gemeinsame Empfehlung ein. Darüber hinausgehend hinterfragt das Integrationsamt *Brandenburg* unter Hinweis darauf, dass dieses bislang kein Partner sei, wie die Gemeinsame Empfehlung „Teilhabeplan“ gestaltet werden könne, damit sie auch umgesetzt werde.

4.9.2 **Sehen Sie Probleme bei der Umsetzung der Gemeinsamen Empfehlung und wenn „Ja“ welche?**

Die **Deutsche Rentenversicherung** verneint das Vorliegen von Problemen bei der Umsetzung der Gemeinsamen Empfehlung „Teilhabeplan“.

Seitens der **Integrationsämter** weist das Integrationsamt *Brandenburg* darauf hin, dass eine praktische Umsetzung der Gemeinsamen Empfehlung „Teilhabeplan“ nicht erfolge, insbesondere nicht im Zusammenhang mit dem Übergang Innerbetriebliche Qualifizierung – Berufsbegleitung bei Unterstützter Beschäftigung. Zu hinterfragen sei, wie diese erreicht werden könne und wie ein Teilhabeplan aussehe.

4.9.3 Sonstige Anmerkungen

Die **Deutsche Rentenversicherung Bund** macht darauf aufmerksam, dass die Gemeinsame Empfehlung „Teilhabeplan“ in der Verwaltungspraxis der Rentenversicherungsträger nach wie vor kaum Relevanz habe. Im Bereich der Rentenversicherung gäbe es kaum Fälle, an denen mehrere Träger beteiligt seien und sich ein Teilhabeplan anbieten würde. Da die Träger der Rentenversicherung sowohl Leistungen der medizinischen Rehabilitation als auch Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erbringen, sei für diese beiden Bereiche eine nahtlose Leistungserbringung durch einen Träger gegeben. In der Praxis werde die Einleitung von weiteren medizinischen Leistungen zur Teilhabe (z. B. Reha-Sport, IRENA) im Anschluss an stationäre-teilstationäre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation bereits von den Rehabilitationseinrichtungen nach Abstimmung mit dem Rehabilitanden veranlasst. Sofern sich im Anschluss an die stationäre-teilstationäre Leistung zur medizinischen Rehabilitation die Notwendigkeit von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben ergäbe, werde das weitere Vorgehen spätestens nach Auswertung des Reha-Entlassungsberichts anlässlich eines Beratungsgesprächs mit dem Rehabilitanden abgestimmt, ohne dass es eines formalisierten Teilhabeplans bedürfe.

Auch seitens des Landes *Hessen* als Träger der **Kriegsopferversorgung und -fürsorge** wird angemerkt, dass wenig Raum für die Einbeziehung weiterer Leistungsträger bzw. die Erstellung eines Teilhabeplanes bleibe, da das Soziale Entschädigungsrecht (SER) neben Renten- und Pflegeleistungen ebenso Leistungen vorsehe, die das gesamte Spektrum der Heil- und Krankenbehandlung abdecken. Aufgrund der Altersstruktur des im SER zu versorgenden Personenkreises würden nur noch Fälle nach dem OEG und nach dem SVG bzw. weitere Sondergesetze in Betracht kommen, bei denen ggf. Träger der beruflichen Rehabilitation einzuschalten seien (vgl. auch § 29 BVG).

Für *Baden-Württemberg* weist das zuständige **Integrationsamt** darauf hin, dass dort für die Übergänge aus Schulen und Werkstätten für behinderte Menschen im Jahr 2007 ein spezieller Teilhabeplan entwickelt worden sei. Dieser trage dazu bei, dass Arbeitgeber für die Beschäftigung der entsprechenden Zielgruppe gewonnen werden konnten.

Die **Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe** teilt unter Hinweis auf den letzten Erfahrungsbericht mit, dass die Gemeinsame Empfehlung keine praktische Relevanz erlange. Hier bleibe ggf. abzuwarten, ob und wo bei einer Reform der Eingliederungshilfe neue Maßstäbe und Grundsätze für ein trägerübergreifendes Bedarfsfeststellungsverfahren gesetzlich verankert würden.

4.10 **Gemeinsame Empfehlung zur „Verbesserung der gegenseitigen Information und Kooperation aller beteiligten Akteure“ nach § 13 Abs. 2 Nr. 8 und 9 SGB IX**

Die Gemeinsame Empfehlung zur „Verbesserung der gegenseitigen Information und Kooperation aller beteiligten Akteure“ nach § 13 Abs. 2 Nr. 8 und 9 SGB IX ist am 01.03.2004 in Kraft getreten.

Zusammenfassend zeigen die Rückmeldungen, dass weitestgehend keine Probleme bei der Umsetzung der Gemeinsamen Empfehlung festgestellt werden. Verbesserungspotenziale werden aus Sicht der **Integrationsämter** vor allem in der Zusammenarbeit mit Betrieben formuliert. Hier könnte – so zwei Landesämter – die Netzwerkarbeit noch ausgebaut werden.

Positiv herausgehoben werden von Seiten der **Deutschen Rentenversicherung** Kooperationsbemühungen insbesondere im Bereich der Gemeinsamen Servicestellen für Rehabilitation. Diese richteten sich nicht nur an Rehabilitationsträger, sondern auch an weitere (betriebliche) Akteure.

Auf die Hinweise zur Überarbeitung der Gemeinsamen Empfehlung unter Punkt 2 wird an dieser Stelle verwiesen.

4.10.1 **Sehen Sie Verbesserungsbedarf bei der Gemeinsamen Empfehlung und wenn „Ja“ welchen?**

Laut Mitteilung der **Deutsche Rentenversicherung** sehen die Rentenversicherungsträger keinen Verbesserungsbedarf.

Von Seiten der **Integrationsämter** wird, soweit zu dieser Gemeinsamen Empfehlung ausgeführt worden sei, weitestgehend kein Verbesserungsbedarf gesehen. Die **Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen** geht in ihren zusammenfassenden Anmerkungen nicht darauf ein. Das Integrationsamt *Brandenburg* sieht Verbesserungspotenzial insoweit, als die Gemeinsame Empfehlung allen Unterzeichnern bekannt sein sollte. Zudem wird darauf hingewiesen, dass gerade im Bereich Betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM) die Zusammenarbeit in einigen mittleren und größeren Betrieben gemeinsam mit allen Beteiligten noch verbessert werden könne. Daran anschließend hält das Integrationsamt *Rheinland-Pfalz* die Ausweitung der Netzwerkarbeit insbesondere mit Arbeitgebern und Schwerbehindertenvertretungen gemäß § 13 Abs. 2 Nr. 9 SGB IX für erforderlich.

4.10.2 Sehen Sie Probleme bei der Umsetzung der Gemeinsamen Empfehlung und wenn „Ja“ welche?

Der **Deutschen Rentenversicherung** und der **Bundesagentur für Arbeit** sind keine Umsetzungsprobleme benannt worden.

Im Bereich der **Integrationsämter** werden Probleme bei der Umsetzung größtenteils verneint. Das Integrationsamt *Brandenburg* sieht eine mögliche Gefahr der Überregulierung, durch die Masse und Komplexität an Verwaltungsregularien. Im Bericht des Integrationsamtes *Sachsen* wird auf die Zusammenarbeit mit der Rentenversicherung eingegangen. Hierbei wird die Mitarbeit seitens der Rentenversicherungsträger bei der Neuschaffung bzw. Umsetzung auf einen neuen Arbeitsplatz bzgl. der Zuständigkeitserklärung und Erteilung der Förderbescheide an den Arbeitgeber als unzureichend eingestuft.

Hinsichtlich der Rückmeldung zu Problemen seitens der **Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe** wird auf Punkt 4.8.2 verwiesen.

Als Träger der **Kriegsopferversorgung und -fürsorge** gibt das Land *Hessen* keine Stellungnahme ab unter Hinweis darauf, dass keine Schnittstellen zu dieser Aufgabe im sozialen Entschädigungsrecht beständen.

4.10.3 Sonstige Anmerkungen

Die **Deutsche Rentenversicherung Bund** nimmt in ihrer Rückmeldung ausführlich Stellung zu positiven Entwicklungen. Sie teilt mit, dass die Gemeinsame Empfehlung, nach Ansicht der meisten RV-Träger, unterstützt durch das Streben aller Rehabilitationsträger nach einer schnellen und effektiven Wiedereingliederung in das Erwerbsleben, insgesamt zu einer Verbesserung des Verfahrens beigetragen habe. In vielen Handlungsfeldern gäbe es mittlerweile Absprachen zwischen den Beteiligten am Rehabilitationsgeschehen. So hätten mehrere Rentenversicherungsträger Kooperationsvereinbarungen mit Betrieben, Betriebs- und Werksärzten, Hausärzten und/oder Krankenkassen geschlossen. Ziel sei meist die frühzeitige Einleitung und bedarfsgerechte, arbeitsplatzorientierte Durchführung der Rehabilitation. Information und Kooperation ist nach Ansicht der Deutschen Rentenversicherung aber auch für den Bereich der trägerübergreifenden Beratungstätigkeit von großer Bedeutung. So sei die Zusammenarbeit mit den anderen Rehabilitationsträgern im Back-Office der Gemeinsamen Servicestellen für Rehabilitation (GS) mit dem Landesamt für Soziales und Versorgung (LASV) erprobt. Die Mitarbeiter der GS könnten auf die Datenbank der LASV zugreifen und dort online Anträge auf Anerkennung der Schwerbehinderung aufnehmen. Letztlich sind nach Aussage der Rentenversicherung auch die stark arbeitgeberorientierten Präventionsleistungen der Rentenversicherung sowie der der-

zeit in der Entwicklung befindliche Firmen-Beratungsservice Beispiele für das aktive Bemühen der Rentenversicherungsträger um Kooperation und Information aller Beteiligten im Rehabilitationsverfahren.

Analog der Gemeinsamen Empfehlungen "Einheitlichkeit/Nahtlosigkeit" bzw. "Zuständigkeitserklärung" hat sich nach Aussage des **Integrationsamts Brandenburg** die Zusammenarbeit mit Rehabilitationsträgern inklusive deren Servicestellen im Sinne des Betroffenen verbessert.

4.11 Gemeinsame Empfehlung zur „Frühzeitigen Bedarfserkennung“ nach § 13 Abs. 2 Nr. 2 SGB IX

Die Gemeinsame Empfehlung „Frühzeitige Bedarfserkennung“ nach § 13 Abs. 2 Nr. 2 SGB IX ist am 01.04.2005 in Kraft getreten.

Zusammenfassend werden kein Verbesserungsbedarf und keine Umsetzungsprobleme zur Gemeinsamen Empfehlung gesehen. Auf die Hinweise zur Überarbeitung der Gemeinsamen Empfehlung unter Punkt 2 wird an dieser Stelle verwiesen.

4.11.1 Sehen Sie Verbesserungsbedarf bei der Gemeinsamen Empfehlung und wenn „Ja“ welchen?

Die **Deutsche Rentenversicherung Bund** berichtet für die Rentenversicherungsträger, dass diese keinen Verbesserungsbedarf sehen.

Die **Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen** geht in ihren zusammenfassenden Anmerkungen nicht auf die Gemeinsame Empfehlung ein. Von Seiten der **Integrationsämter** wird, soweit zu dieser Gemeinsamen Empfehlung ausgeführt worden sei, überwiegend kein Verbesserungsbedarf gesehen. Das Integrationsamt *Brandenburg* teilt darüber hinaus mit, dass einige Arbeitgeber ihre Verpflichtung nach § 84 SGB IX noch nicht ausreichend kennen würden.

4.11.2 Sehen Sie Probleme bei der Umsetzung der Gemeinsamen Empfehlung und wenn „Ja“ welche?

Laut **Deutscher Rentenversicherung Bund** meldet die Mehrzahl der Rentenversicherungsträger keine Probleme bei der Umsetzung der Empfehlung. Vereinzelt werde allerdings die Zusammenarbeit unter den Rehabilitationsträgern als nicht optimal bezeichnet. Mehrere Rentenversicherungsträger hätten regional spezielle Verfahren

entwickelt, die dazu dienen sollen, teilweise in Zusammenarbeit mit den Krankenkassen, teilweise auch mit Betrieben und/oder Betriebs- und Werksärzten, schneller und zielgerichteter Bedarfe erkennen und intervenieren zu können, z. B. die Projekte „Gesunde Arbeit“ in Westfalen, „WeB-Reha“ im Rheinland, „Stärke durch Vernetzung“ in Rheinland-Pfalz, sowie Vereinbarungen mit Krankenkassen in Berlin-Brandenburg und in anderen Regionen. An der Vielzahl der regionalen Projekte ließe sich dabei erkennen, welche Bedeutung das Thema „Frühzeitige Bedarfserkennung“ für die Träger der Rentenversicherung habe.

Von Seiten der **Integrationsämter** werden, soweit zu dieser Gemeinsamen Empfehlung ausgeführt worden sei, überwiegend keine Probleme gesehen. Seitens des Integrationsamtes *Brandenburg* wird angegeben, dass die Einbeziehung des Integrationsamtes bzw. Integrationsfachdienstes bei schwerbehinderten Menschen im Arbeitsleben insbesondere bei psychischen Erkrankungen nicht rechtzeitig erfolge. Das Integrationsamt *Sachsen* teilt ferner mit, dass nur dann Probleme entstünden, wenn das Integrationsamt – auch von Rehabilitationsträgern – nicht frühzeitig informiert würde.

4.11.3 Sonstige Anmerkungen

Die **Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe** bewertet die praktische Bedeutung der Gemeinsamen Empfehlung als gering.

Laut **Integrationsamt Sachsen** erhält dieses umgehend Informationen, wenn eine medizinische Rehabilitationsbehandlung angeschlossen sei und eine berufliche Rehabilitation anstünde, was mit einer guten Umsetzung der Gemeinsamen Empfehlung zwischen Rentenversicherungsträger und Integrationsamt begründet werde.

5 **Ausblick**

Die im Rahmen der Rückmeldungen aus dem Bereich der Rehabilitationsträger und des Behindertenverbandes benannten Probleme und Verbesserungsbedarfe wurden auf Ebene der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation in der 21. Sitzung des Ausschusses „Gemeinsame Empfehlungen“ am 16. April 2014 vorgestellt und erörtert.

Die Rückmeldungen zu den Jahren 2012 und 2013 zeigen, dass die Gemeinsamen Empfehlungen vielfältige Wirkungen entfaltet haben. Dabei werden die Gemeinsamen Empfehlungen positiv beurteilt und deren handlungsleitender Charakter für die Arbeit der Rehabilitationsträger verdeutlicht. Die Praxiserfahrungen zeigen darüber hinaus auch, dass die Gemeinsamen Empfehlungen dann besonders wirkungsvoll sind, wenn auf deren Basis und in Bezug auf den jeweiligen Regelungsgegenstand weitere Konkretisierungen (z. B. für trägerspezifisches Handeln i. R. v. Konzepten und Arbeitsanleitungen) und/oder weitere regionale Spezifizierungen (z. B. Kooperationsvereinbarungen) erfolgen. Dies verdeutlichen beispielhaft die Erfahrungen zur Gemeinsamen Empfehlung „Unterstützte Beschäftigung“. Eine Konkretisierung und Umsetzung in spezifischere Regelungskontexte ist somit nicht allein explizite Möglichkeit entsprechend § 13 Abs. 9 SGB IX sondern inhaltlich sinnvoll, um trägerübergreifende Regelungen noch handhabbarer und praxistauglicher auszugestalten.

Gleichwohl zeigen die im Rahmen dieses Berichtes dargelegten Erfahrungen auch, dass möglichst konkrete und sprachlich klare Gemeinsame Empfehlungen eine hohe Akzeptanz finden. Dies wurde bereits im zwischenzeitlich fast abgeschlossenen Überarbeitungsprozess der vier Gemeinsamen Empfehlungen „Frühzeitige Bedarfserkennung“, „Verbesserung der gegenseitigen Information und Kooperation aller beteiligten Akteure“, „Einheitlichkeit/Nahtlosigkeit“ und „Teilhabeplan“ zur neuen „Gemeinsamen Empfehlung zur Erkennung und Feststellung des Teilhabebedarfs, zur Teilhabeplanung und zu Anforderungen an die Durchführung von Leistungen zur Teilhabe“ berücksichtigt. Auch bei kommenden Überarbeitungsprozessen von Gemeinsamen Empfehlungen werden diese Aspekte – neben inhaltlichen Punkten – wichtige Kriterien bilden.

Die Rehabilitationsträger haben sich mit Verabschiedung des Orientierungsrahmens für die Arbeit der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation für die Jahre 2013-2015 für die kommenden zwei Jahre vorgenommen, folgende Gemeinsame Empfehlungen zu überarbeiten: GE „Begutachtung“, GE „Qualitätssicherung“, GE „Prävention“ und GE „Sozialdienste“. Der hiermit nun vorgelegte Erfahrungsbericht gibt zu künftigen Weiterentwicklungsmöglichkeiten wie auch -notwendigkeiten wichtige Hinweise. Die vorliegenden Anregungen und Einschätzungen werden dabei aufzugreifen und in den jeweiligen Fachgruppen zu beraten sein. Sie fließen so in den weiteren

Prozess ein. Darüber hinaus finden beginnend Mitte 2014 Gespräche zur Überarbeitung der GE „Integrationsfachdienste“ auf BAR-Ebene statt.

Nicht zuletzt sind für einzelne Regelungsgegenstände von Gemeinsamen Empfehlungen wie auch für das Instrument „Gemeinsame Empfehlung“ insgesamt aktuelle und zukünftige sozialpolitische Entwicklungen bedeutsam. Als Vorhaben des Gesetzgebers sind hierbei insbesondere die Schaffung eines Bundesleistungs- bzw. Bundesteilhabegesetzes als auch die Reform des SGB IX relevant. Diese Entwicklungen werden durch die Rehabilitationsträger sowohl trägerspezifisch als auch trägerübergreifend auf Ebene der BAR begleitet; sich daraus möglicherweise ergebende Rückwirkungen werden entsprechend aufgegriffen.

6 Anlagen

6.1 Fragenkonzept zur Gemeinsamen Empfehlung „Begutachtung“

1. Werden Ihre Gutachten nach den einheitlichen trägerübergreifenden Grundsätzen auf Grundlage der Gemeinsamen Empfehlung erstellt? Orientieren sich nach Ihrer Erfahrung auch die Gutachten anderer Träger („Fremdgutachten“) danach?
2. Inwieweit wurden die Regelungsinhalte der GE „Begutachtung“ in trägerspezifische Konzepte und in die Praxis der sozialmedizinischen Begutachtung in Ihrem Bereich umgesetzt? Welche Hinderungsgründe für eine entsprechende Umsetzung bestehen gegebenenfalls?
3. Ist aus Ihrer Sicht bzw. der Ihrer sozialmedizinischen Experten die differenzierte Aufschlüsselung der Inhalte eines Gutachtens (Ziffer 4 der GE) ausreichend und hilfreich?
4. Bestehen hinsichtlich der Gliederung der Gutachten (Ziffer 4 der GE) Unterschiede zwischen dem empfohlenen Aufbau in der Gemeinsamen Empfehlung und ihrer trägerspezifischen Praxis?
5. Bildet die Gemeinsame Empfehlung alle Elemente für eine umfassende Begutachtung nach trägerübergreifend einheitlichen Grundsätzen ab? Wo ergeben sich aufgrund der bisherigen Erfahrungen Weiterentwicklungs- und Verbesserungsmöglichkeiten (Ergänzung/Streichung/Änderung)?
 - Aktualisierung: _____
 - Konkretisierung: _____
 - Verständlichkeit: _____
 - Praxisnähe: _____
 - Anderes, und zwar* _____
 - Keine* _____
6. Inwieweit konnte nach Ihrer Einschätzung aufgrund der in der Gemeinsamen Empfehlung formulierten einheitlichen Grundsätze die Zahl von Mehrfachbegutachtungen („Doppelbegutachtungen“) verringert werden?
7. Sehen Sie und insb. ihre sozialmedizinischen Experten Schwierigkeiten den "bio-psycho-sozialen Ansatz" im Sinne der ICF bei der Sozialmedizinischen Begutachtung umzusetzen (Ziff. 3.2 der GE und Anhang zur GE)? Wenn ja, welche?
8. Erfolgt durch Ihre Gutachter eine umfassende Berücksichtigung der Kontextfaktoren (im Sinne der ICF) in Bezug auf die Person und Umwelt als Voraussetzung für den angestrebten Rehabilitationserfolg“ (Ziff. 3.3 und 4.5 der GE)?
9. Existiert für die sozialmedizinischen Gutachter eine schriftliche Vorgabe der Trägerverwaltung, eine trägerübergreifend verwendbare umfassende Reha-Bedarfsfeststellung vorzunehmen?
10. Inwieweit bestehen in Ihrem Trägerbereich bei der Erhebung und/oder der trägerübergreifenden Übermittlung von Daten, die für Fragestellungen i. S. v. vor allem Ziffer 3.4 der GE relevant sein können, datenschutzbedingte Grenzen (z. B. vorgeschriebene Verfahren, Einschränkung bei den Daten, die erhoben/übermittelt werden dürfen)? Wie schätzen Sie diese Grenzen ein im Hinblick auf den durch die GE aufgegriffenen gesetzlichen Auftrag zur trägerübergreifenden Bedarfsfeststellung nach SGB IX?
11. Fordern Sie ggf. weitere Unterlagen an, um Informationen zu erhalten, die für eine trägerübergreifende Feststellung des Reha-Bedarfs wichtig, jedoch für die Beantwortung der eigenen

trägerspezifischen Fragestellung von geringerer oder keiner Bedeutung sind? Wie hoch schätzen Sie diesen Anteil?

12. Sonstige Anmerkungen

6.2 Fragenkonzept zur Gemeinsamen Empfehlung „Unterstützte Beschäftigung“

1. Inwieweit ist es mit der Gemeinsamen Empfehlung gelungen, Regelungen zu Qualitätsanforderungen, Leistungsinhalten und der Zusammenarbeit der Vereinbarungspartner bei der Unterstützten Beschäftigung umfassend zu beschreiben?
2. Inwieweit hat die Gemeinsame Empfehlung Eingang in trägerspezifische Konzepte bzw. Arbeitsanleitungen zur Unterstützten Beschäftigung gefunden? (Sofern möglich benennen Sie hierzu bitte Beispiele)
3. Inwieweit war es die für die Feststellung der erforderlichen Leistungsfähigkeit eines Leistungserbringers notwendig, die in §§ 6 bis 10 der Gemeinsamen Empfehlung formulierten Qualitätsanforderungen trägerspezifisch auszugestalten?
4. Wie sind Ihre Erfahrungen und Routinen bei der Erstellung eines Teilhabeplans nach § 12 der Gemeinsamen Empfehlung?
5. 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?
6. Wie beurteilen Sie die Verständlichkeit und Klarheit der Gemeinsamen Empfehlung?
7. Wo sehen Sie bei der Gemeinsamen Empfehlung Verbesserungs- und Weiterentwicklungsmöglichkeiten?
 - Aktualisierung: _____
 - Konkretisierung: _____
 - Verständlichkeit: _____
 - Praxisnähe: _____
 - Anderes, und zwar* _____
 - Keine* _____
8. Wie beurteilen Sie die Erfahrungen mit dem Instrument Unterstützte Beschäftigung vor dem Hintergrund der in der Gemeinsamen Empfehlung formulierten Anforderungen?
9. Sonstige Anmerkungen

6.3 Fragenkonzept zu den Kompaktberichten

1. Sehen Sie Verbesserungsbedarf bei der Gemeinsamen Empfehlung „Zuständigkeitsklärung“ und wenn „Ja“ welchen?
2. Sehen Sie Probleme bei der Umsetzung der Gemeinsamen Empfehlung „Zuständigkeitsklärung“ und wenn „Ja“ welche?
3. Sonstige Anmerkungen (z. B. Positives)