



JAHRESBERICHT 2014 / 2015

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 – April 2016

Inhaltsverzeichnis

1. Vorbemerkungen.....	5
2. Grundsätzliche, allgemeine und übergreifende Aussagen	9
3. Schwerpunktberichte zu Erfahrungen mit den Gemeinsamen Empfehlungen	12
3.1 Gemeinsame Empfehlung „Einrichtungen für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben“ nach § 35 SGB IX.....	12
3.2 Gemeinsame Empfehlung „Förderung der Selbsthilfe“ nach § 13 Abs. 2 Nr. 6 SGB IX	26
4. Kompakte Berichte zu Erfahrungen mit den Gemeinsamen Empfehlungen	33
4.1 Gemeinsame Empfehlung „Reha-Prozess“ gemäß §§ 12 Abs. 1 Nr. 1 bis 3, 13 Abs. 2 Nr. 2, 3, 5, 8 und 9 SGB IX.....	33
4.2 Gemeinsame Empfehlung „Beteiligung der Bundesagentur für Arbeit“ nach § 38 SGB IX	36
4.3 Gemeinsame Empfehlung „Zuständigkeitsklärung“ nach § 14 SGB IX.....	39
4.4 Gemeinsame Empfehlung „Prävention“ nach §§ 12 Abs. 1 Nr. 5, 13 Abs. 2 Nr. 1 SGB IX („Prävention nach § 3 SGB IX“)	50
4.5 Gemeinsame Empfehlung „Qualitätssicherung“ nach § 20 Abs. 1 SGB IX.....	54
4.6 Gemeinsame Empfehlung „Begutachtung“ nach § 13 Abs. 1 i. V. m. § 12 Abs. 1 Nr. 4 SGB IX.....	56
4.7 Gemeinsame Empfehlung „Unterstützte Beschäftigung“ nach § 38a Abs. 6 SGB IX	59
4.8 Gemeinsame Empfehlung „Integrationsfachdienste“ nach § 113 Abs. 2 SGB IX...	62
4.9 Gemeinsame Empfehlung „Sozialdienste“ nach § 13 Abs. 2 Nr. 10 SGB IX.....	66
5. Ausblick	68
6. Anlagen	70
6.1 Fragenkonzept zur Gemeinsamen Empfehlung „Einrichtungen für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben“ nach § 35 SGB IX.....	70
6.2 Fragenkonzept zur Gemeinsamen Empfehlung „Förderung der Selbsthilfe“ nach § 13 Abs. 2 Nr. 6 SGB IX.....	71
6.3 Fragenkonzept zur Gemeinsamen Empfehlung „Zuständigkeitsklärung“.....	72
6.4 Fragenkonzept zu den übrigen Gemeinsamen Empfehlungen.....	72
6.5 Mustervordruck zur Beteiligung der Bundesagentur für Arbeit.....	73

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 (BMAS) und den Ländern eine Zusammenfassung zur Verfügung.

Ein Erfahrungsbericht zu einer neuen oder überarbeiteten Gemeinsamen Empfehlung soll entsprechend der „Verfahrensordnung für die Erstellung des Zweijahresberichtes 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.

Als Schwerpunkte für die aktuelle Berichtsperiode 2014/2015 hat der Ausschuss Gemeinsame Empfehlungen auf seiner 22. Sitzung am 25. September 2015 die Gemeinsamen Empfehlungen „Einrichtungen für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben“ und „Förderung der Selbsthilfe“ 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. Folgende Fragen wurden dabei gestellt (s. Anlage 6.4):

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

Eine Besonderheit ist in diesem Berichtszeitraum die Gemeinsame Empfehlung „Zuständigkeitsklärung“. Auf Wunsch des BMAS wurden zu dieser Gemeinsamen Empfehlung zwei weiterführende Fragen aufgenommen.

Im Ergebnis enthält der vorliegende Bericht für den Zeitraum 2014/2015:

- Schwerpunktberichte zu den Gemeinsamen Empfehlungen
 - o „Einrichtungen für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben“ nach § 35 SGB IX sowie
 - o „Förderung der Selbsthilfe“ nach § 13 Abs. 2 Nr. 6 SGB IX
- Zwei erstmalige Erfahrungsberichte zu den Gemeinsamen Empfehlungen

- „Reha-Prozess“ gemäß §§ 12 Abs. 1 Nr. 1 bis 3, 13 Abs. 2 Nr. 2, 3, 5, 8 und 9 SGB IX und
- „Beteiligung der Bundesagentur für Arbeit“ nach § 38 SGB IX
- 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
 - „Begutachtung“ nach § 13 Abs. 1 i. V. m. § 12 Abs. 1 Nr. 4 SGB IX
 - „Unterstützte Beschäftigung“ nach § 38a Abs. 6 SGB IX
 - „Integrationsfachdienste“ nach § 113 Abs. 2 SGB IX
 - „Sozialdienste“ nach § 13 Abs. 2 Nr. 10 SGB IX

Folgende Rehabilitations-/Leistungsträger beziehungsweise deren Spitzenorganisationen haben nach einer entsprechenden Anfrage der BAR für den vergangenen Zwei-Jahreszeitraum (2014 und 2015) Rückmeldungen zu ihren Erfahrungen mit den Gemeinsamen Empfehlungen gegeben:

- AOK-Bundesverband (AOK-BV)
- BKK Dachverband (BKK DV)
- Gemeinsame Vertretung der Innungskrankenkassen e. V. (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
- Städte über den Deutschen Städtetag
- Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe (BAGüS)
- Länder als Träger der Kriegsopferversorgung und -fürsorge
- Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen (BIH)

Somit liegen von allen Vereinbarungspartnern 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:

- Bundesarbeitsgemeinschaft SELBSTHILFE
- BDH Bundesverband Rehabilitation
- Blinden- und Sehbehindertenbund in Hessen
- Bund deutscher Kriegsoffer, Körperbehinderter und Sozialrentner (BDKK)
- Deutscher Behindertensportverband
- Deutscher Schwerhörigenbund
- Interessenvertretung Selbstbestimmt Leben in Deutschland
- Sozialverband Deutschland (SoVD)
- Sozialverband VdK Deutschland,
- Weibernetz
- Zentrum Selbstbestimmt Leben

Folgende Behindertenverbände haben nach einer entsprechenden Anfrage der BAR eine Rückmeldung zu ihren Erfahrungen mit den Gemeinsamen Empfehlungen gegeben:

- Bundesarbeitsgemeinschaft SELBSTHILFE
- Sozialverband Deutschland e.V. (SoVD)

Zusätzlich ist eine Rückmeldung der Nationalen Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen (NAKOS) zur Gemeinsamen Empfehlung „Förderung der Selbsthilfe“ in den Bericht mit eingeflossen.

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

Als Gesamtergebnis kann zunächst festgestellt werden, dass die Schwerpunktberichte zu den Gemeinsamen Empfehlungen „Einrichtungen für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben“ und „Förderung der Selbsthilfe“ detaillierte Informationen zu Erfahrungen mit und zur Anwendung der jeweiligen Gemeinsamen Empfehlung darlegen. Beide Empfehlungen werden als relevant und hilfreich für die Praxis beurteilt.

Im Blick auf alle Gemeinsamen Empfehlungen ergibt sich der Gesamteindruck, dass sich die Erfahrungen der Rehabilitationsträger mit den Gemeinsamen Empfehlungen in den Jahren 2014 und 2015 gegenüber dem Jahresbericht 2012/2013 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 werden teilweise konkrete Erwartungen an die inhaltliche Umsetzung einzelner Gemeinsamer Empfehlungen und Überlegungen zu inhaltlichen Verbesserungen geäußert.

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 in der Regel um ergänzende Mitteilungen handelt, liegen solche Informationen nicht für alle Rehabilitationsträger vor. Dementsprechend sind in diesem Abschnitt auch nicht alle rückmeldenden Organisationen aufgeführt.

Die Gemeinsame Vertretung der **Innungskrankenkassen** berichtet, dass sie die Gemeinsamen Empfehlungen in der Praxis anwenden, weitgehend zufrieden damit seien und wenige Verbesserungsbedarfe hätten.

Die **Deutsche Rentenversicherung Bund** teilt mit, dass die Gemeinsamen Empfehlungen in der Praxis Anwendung finden und sich deren Umsetzung weitgehend problemlos gestaltet. Es gebe nur zu wenigen Punkten Änderungs- beziehungsweise Verbesserungsbedarfe. Eine zusätzliche positive Wirkung von Gemeinsamen Empfehlungen sei, dass sie Ausgangspunkt für eine verbesserte Kooperation und Zusammenarbeit der Beteiligten sein können (zum Beispiel Abschluss von Vereinbarungen zwischen den Rehabilitationsträgern oder deren Verbänden).

Aus Sicht der **Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung** bestehen grundsätzlich keine Probleme bei der Umsetzung/Anwendung der Gemeinsamen Empfehlungen. Dies sei auch auf die umfassende Leistungsverpflichtung der Unfallversicherung zurückzuführen. Die Befragung zu den Gemeinsamen Empfehlungen in einfacher Form ergab keine neuen Hinweise.

Die **Bundesagentur für Arbeit** berichtet, dass die Gemeinsamen Empfehlungen grundsätzlich bekannt sind und beachtet werden. Aus der täglichen Praxis lägen keine Hinweise auf Probleme bei der Umsetzung der Gemeinsamen Empfehlungen vor. Zudem werden von der Bundesagentur für Arbeit für die Gemeinsamen Empfehlungen „Einrichtungen für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben“, „Zuständigkeitsklärung“ und „Beteiligung der Bundesagentur für Arbeit“ Präzisierungsvorschläge unterbreitet.

Der **Deutsche Städtetag** gibt an, dass die Gemeinsamen Empfehlungen der Rehabilitationsträger in der Praxis keine relevanten Auswirkungen haben. Ob dies an der mangelnden Bekanntheit der Gemeinsamen Empfehlungen in der Sachbearbeitungen der Rehabilitationsträger liege oder ob die Inhalte der Gemeinsamen Empfehlun-

gen nicht hilfreich seien, könne von Seiten der Träger der Sozial- und Jugendhilfe nicht abschließend eingeschätzt werden. Der praktische Nutzen der Gemeinsamen Empfehlungen erscheine daher gering. Angesichts der in § 13 Abs. 5 Satz 2 SGB IX vorgeschriebenen Orientierung der Träger der Sozialhilfe und der öffentlichen Jugendhilfe an den vereinbarten Empfehlungen sei keine Stadt den Gemeinsamen Empfehlungen beigetreten.

Der **Deutsche Landkreistag** verweist auf die in den letzten Jahren abgegebenen Stellungnahmen. Den Landkreisen als örtliche Träger der Sozialhilfe und örtliche Träger der öffentlichen Jugendhilfe lägen keine anderen Erfahrungen vor. Nach wie vor sei der praktische Nutzen der Gemeinsamen Empfehlungen für die Landkreise gering, kein Landkreis sei bislang einer Empfehlung beigetreten.

Die **Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe** verweist auf die Rückmeldungen für den Berichtszeitraum 2012 - 2013. Hierzu hätten sich keine wesentlichen Änderungen ergeben. Es zeige sich, dass die Empfehlungen mit Ausnahme der Gemeinsamen Empfehlung „Zuständigkeitsklärung“ in der Praxis kaum Relevanz hätten beziehungsweise kaum bekannt seien.

Der **Sozialverband Deutschland e. V.** teilt mit, dass er sich mit seiner Rückmeldung diesmal auf die Gemeinsame Empfehlung „Einrichtungen für Leistungen zu Teilhabe am Arbeitsleben nach § 35 SGB IX“ beschränkt habe.

Die **Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen** stellt fest, dass die Anmerkungen aus dem Berichtszeitraum 2012 und 2013 im Allgemeinen auch für den aktuellen Berichtszeitraum Geltung finden. Nach Einschätzung der Hauptfürsorgestellen und Integrationsämter seien vor allem die Gemeinsamen Empfehlungen „Integrationsfachdienste“, „Unterstützte Beschäftigung“ und „Zuständigkeitsklärung“ von praktischer Bedeutung für die Aufgabenerfüllung. Das Integrationsamt Thüringen berichtet, dass die Erkenntnisse aus dem Jahresbericht 2012/2013 weiterhin gültig seien. Laut Integrationsamt Hessen liegen ihm keine relevanten Rückmeldungen für den Berichtszeitraum vor. Das Integrationsamt Bremen teilt mit, dass nur zu den Gemeinsamen Empfehlungen "Unterstützte Beschäftigung", "Integrationsfachdienste" und "Zuständigkeitserklärung" Aussagen möglich seien. Diese bezögen sich auf die Praxis der Rehabilitationsträger. Das Integrationsamt Bayern berichtet, dass die Regionalstellen keine speziellen Probleme oder Erfahrungen bei der Anwendung der Gemeinsamen Empfehlungen mitteilen könnten. Die Qualität der Zusammenarbeit hänge stark vom persönlichen Engagement der jeweiligen Mitarbeiter ab. Auffällig sei, dass die Verwaltungsabsprache über die Erbringung von Leistungen der Begleitenden Hilfen bei den MitarbeiterInnen der Arbeitsagenturen und Rentenversicherung häufig unbekannt (gewesen) sei.

Das Land Brandenburg als **Träger der Kriegsopferversorgung und -fürsorge** weist darauf hin, dass die Gemeinsamen Empfehlungen für den Bereich der Kriegsopferversorgung und Kriegsopferfürsorge nach wie vor kaum praktische Bedeutung hätten. Im Rahmen der medizinischen Rehabilitation würden die Leistungen der Heil- und Krankenbehandlung überwiegend von den Krankenkassen im gesetzlichen Auftragsverhältnis erbracht. Der überwiegende Anteil der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben werde im Bereich Kriegsopferfürsorge durch die Agenturen für Arbeit erbracht. Gleichwohl hätten die Gemeinsamen Empfehlungen zur Verbesserung der Zusammenarbeit mit diesen Trägern und zur schnellen Klärung bei Zuständigkeitsproblemen beigetragen. Die Länder Bayern, Mecklenburg-Vorpommern und Rheinland Pfalz als Träger der Kriegsopferversorgung und -fürsorge berichten, dass aufgrund geringer Fallzahlen keine oder nur geringe Erfahrungen bei der Anwendung der Gemeinsamen Empfehlungen vorlägen. Lediglich zur Gemeinsamen Empfehlung "Zuständigkeitsklärung" lägen Erfahrungen vor. Auch das Land Thüringen berichtet, dass die praktische Bedeutung der Gemeinsamen Empfehlungen in der Einzelfallbearbeitung sehr gering sei. Somit lägen keine nennenswerten Erfahrungen vor, die als Grundlage für die Bewertung von Problemen, Verbesserungsvorschlägen etc. dienen könnten.

3. Schwerpunktberichte zu Erfahrungen mit den Gemeinsamen Empfehlungen

3.1 **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. Vorrangiges Ziel der Vereinbarungspartner ist es, über die Herstellung eines einheitlich sachgerechten Niveaus der Leistungserbringung die Eingliederung von Menschen mit Behinderung 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 und auch keinen Verbesserungsbedarf sehen, durchaus aber – so die Bundesagentur für Arbeit – Weiterentwicklungs- und Verbesserungsmöglichkeiten.

3.1.1 **Waren aufgrund der Vorgaben der GE in der Praxis Anpassungen/ Veränderungen bei Einrichtungen nach § 35 SGB IX oder gegebenenfalls, sofern vorhanden, bei deren Außenstellen (§ 2 GE) erforderlich? Wie wurden diese umgesetzt?**

Laut **Bundesagentur für Arbeit** waren bei ihr keine Anpassungen/Veränderungen aufgrund der Gemeinsamen Empfehlung notwendig, da sich die Gemeinsame Empfehlung an den Kriterien der Handlungsempfehlung und Geschäftsanweisung vom 20.09.2012 Nr. 15 „Vergleichbare Einrichtungen im Sinne des § 35 SGB IX“ der Bundesagentur orientiere und die dort definierten Anforderungen bereits enger gefasst gewesen seien.

Nach Mitteilung der **Deutschen Rentenversicherung Bund** sind Anpassungen/ Veränderungen bei den Einrichtungen auf Grund der Vorgaben der Gemeinsamen Empfehlung nach den Rückmeldungen der RV-Träger grundsätzlich nicht erforderlich gewesen.

Die **Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung** berichtet davon, dass die Reha-Prozesse in den Berufsförderungswerken als Ergebnis des „Neuen Reha-Modells der Berufsförderungswerke“ und aufgrund der Anforderungen der Reha-Träger umgestaltet und konsequent auf die individuellen Bedürfnisse der Rehabilitanden ausgerichtet worden seien. Zentrale Ankerpunkte seien dabei die Individualisierung der Leistungen und die Verbesserung der Integration gewesen. Die erforderlichen Anpassungen hätten die Leistungserbringer nach Bedarf selbst vorgenommen.

Rehabilitationsträger aus anderen Trägerbereichen machen entweder keine Angaben oder teilen mit, dass sie zur Gemeinsamen Empfehlung „Einrichtungen für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben“ keine Erfahrungen/Erkenntnisse haben beziehungsweise diese für ihren Bereich keine Relevanz hat.

3.1.2 Gibt es hinsichtlich der Frage des zeitlich angemessenen Rückgriffs von Außenstellen gemäß § 2 GE Erkenntnisse – und wenn „Ja“ welche? Sind zwischen der jeweiligen Einrichtung und dem zuständigen regionalen Leistungsträger hierzu einvernehmlich Konkretisierungen vorgenommen worden?

Die **Bundesagentur für Arbeit** teilt mit, dass ihr hinsichtlich des zeitlich angemessenen Rückgriffs von Außenstellen keine gesonderten Erkenntnisse vorliegen.

Laut **Deutscher Rentenversicherung Bund** hat sich die Orientierungsgröße von bis zu einer Stunde bewährt, so dass keine weiteren Konkretisierungen erforderlich gewesen seien. In der Praxis seien hier keine grundsätzlichen Probleme gemeldet worden.

Die **Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung** betont, dass regionale Außenstellen aus Sicht der Unfallversicherung für die flächendeckende Versorgung zu begrüßen seien. Der Rückgriff der Außenstellen auf verfügbare Ressourcen, insbesondere bei der Nutzung von begleitenden Diensten oder besonderer Hilfen (zum Beispiel medizinische, sozialpädagogische und psychologische Fachdienste) gelinge gut. Mit der Bereitstellung der notwendigen Unterstützungsstrukturen seien die BFW auf die Bedürfnisse von schwerstbetroffenen Menschen eingerichtet. Aus der Praxis seien keine Probleme bekannt, wenn die Teilnehmer in Außenstellen qualifiziert worden seien.

Das Land Hamburg als **Träger der Kriegsopferversorgung und -fürsorge** bemerkt ausdrücklich, dass es über keine Erkenntnisse verfüge und auch keine Konkretisierungen vorgenommen habe. Ebenso berichtet das Land Brandenburg, dass im Rahmen der Kriegsopferfürsorge keine entsprechenden Anträge gestellt worden seien und deshalb auch keine Erfahrungen hinsichtlich der Gemeinsamen Empfehlung nach § 35 SGB IX vorlägen.

3.1.3 Welche arbeitsmarktorientierten und innovativen Weiterentwicklungen des Leistungsangebotes lassen sich bei den Einrichtungen feststellen? (§ 4 Abs. 2 GE)

Die **Bundesagentur für Arbeit** berichtet, dass Einrichtungen nach § 35 SGB IX ihr Leistungsangebot bezüglich der Bedarfe ihrer Zielgruppe sowie der arbeitsmarktlichen Relevanz kontinuierlich weiterentwickelten. Die Bundesagentur für Arbeit berate die Einrichtungen bei der Weiterentwicklung ihrer Angebote. Eine stärkere Ausrichtung auf betriebliche Phasen sei erkennbar, zudem ebenso ein Trend zu einer stärkeren

ren Individualisierung und Modularisierung. Angebote, die nur eine geringe oder keine Arbeitsmarktrelevanz haben, würden nicht mehr oder nur noch im geringen Umfang angeboten. Die Einrichtungen etablierten unter anderem neue Berufsbilder, spezialisierten sich auf bestimmte Zielgruppen, modularisierten ihre Ausbildungs- und Qualifizierungsangebote und schlossen trägerübergreifende Kooperationen bei der Nachbetreuung von Absolventen ab. Darüber hinaus würden gezielte Weiterbildungsangebote für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Einrichtungen angeboten, um auf die Entwicklungen wie beispielsweise die veränderten Förderbedarfe ihrer Zielgruppe zu reagieren.

Nach Mitteilung der **Deutschen Rentenversicherung Bund** wird das Leistungsangebot kontinuierlich unter Berücksichtigung der regionalen Voraussetzungen weiterentwickelt. Es sei ein Trend hin zu Teilqualifizierungen und Integrationsmaßnahmen zu beobachten. Die Leistungen würden zunehmend flexibler und individueller gestaltet und auf die Anforderungen des Arbeitsmarktes ausgerichtet, wobei auch Kooperationen mit Unternehmen vereinbart und spezielle Module entwickelt würden. Für ältere oder für psychisch beeinträchtigte Menschen würden zunehmend spezielle Leistungen angeboten.

Die **Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung** sieht neben Eignung und Neigung der Versicherten den Arbeitsmarkt als das wichtigste Kriterium bei allen Maßnahmen. Eine flexible Anpassung an die Bedürfnisse des Arbeitsmarktes werde durch individuelle, passgerechte, modulare und möglichst wohnortnahe Angebote erreicht. Insgesamt seien mehr Maßnahmen der individuellen, einzelfallbezogenen Qualifizierung und individuelle Ausbildungsmodule angeboten worden, auch das Angebot an wohnortnaher beruflicher Rehabilitation sei erhöht worden. Für bestimmte Erkrankungsbilder gebe es zunehmend differenzierte Module, zum Beispiel für die berufliche Integration psychisch erkrankter Personen. Die Kooperation mit Unternehmen im Rahmen standortspezifischer Maßnahmen seien von den BFW deutlich verbessert worden. Die Leistungsanbieter würden laufend ihre Leistungsangebote im Hinblick auf die Anforderungen des Arbeitsmarktes überprüfen. Zudem führten die BFW regelmäßige Befragungen von Absolventinnen und Absolventen (Nachbefragung) durch, die auch Aussagen zu Vermittlungsquoten ermöglichen.

Der **Landschaftsverband Rheinland** teilt mit, dass aus Sicht der LVR Hauptfürsorgestelle die Leistungsangebote stetig – offenbar nach Marktlage – angepasst werden. Weitere inhaltliche Beurteilungen hierzu könnten jedoch nicht getroffen werden.

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

Laut **Bundesagentur für Arbeit** bilden betriebliche Phasen der Qualifizierung einen wichtigen Bestandteil von rehabilitationsspezifischen Maßnahmen, da sie die Chancen auf Übernahme beziehungsweise Aufnahme einer versicherungspflichtigen Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt verbesserten. Die Dauer von externen Qualifizierungsanteilen bei Ausbildungen/Umschulungen solle im Regelfall auf 12 Monate begrenzt sein und dürfe grundsätzlich bei allen Maßnahmentearten die Hälfte der Gesamtmaßnahmedauer nicht überschreiten. Die Dauer hänge insbesondere von den individuellen Gegebenheiten des Menschen mit Behinderung ab, so dass die Dauern variieren könnten. Als ein für die Durchführung von betrieblichen Phasen positives Beispiel, das mehr Nachahmer auch unter den BBW finden sollte, sieht die Bundesagentur für Arbeit die Verzahnte Ausbildung mit Berufsbildungswerken (VAmB).

Die **Deutsche Rentenversicherung Bund** berichtet, dass die Erfahrungen mit betrieblichen Praktika durchweg positiv seien. Betriebliche Praktika verbesserten insbesondere den Vermittlungserfolg und würden nach Möglichkeit bei einem potentiellen späteren Arbeitgeber durchgeführt. Die Dauer betrieblicher Phasen könne je nach Leistung sehr unterschiedlich sein und betrage in Abstimmung mit den Kammern in der Regel zwischen 3 und 12 Monate.

Nach Einschätzung der **Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung** hat sich ein hoher Anteil an betrieblichen Phasen bewährt. Hierfür seien individuelle (flexible) Maßnahmeverläufe je nach Kompetenzen des Teilnehmers und nach Bedarf und Ressourcen des Betriebes erforderlich. Die Dauer der betrieblichen Phasen könne mit den Einrichtungen daher individuell gestaltet werden. Diese müssten allerdings von den Einrichtungen gesteuert und unterstützt werden, was in der Regel auch geschehe.

Während der **Landschaftsverband Rheinland** als Träger des Integrationsamtes davon berichtet, dass betriebliche Phasen der Qualifizierung gem. § 5 der GE erfahrungsgemäß 2 – 3 Monate dauerten, berichtet der **Landeswohlfahrtsverband Hessen** von 1 – 3 Monaten.

Sofern für die Länder als **Träger der Kriegsoferversorgung und -fürsorge** Rückmeldungen vorliegen, wird mitgeteilt, dass diese über keine Erfahrungen verfügen.

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

Die **Deutsche Rentenversicherung Bund** teilt mit, dass in der Regel schriftliche Praktikumsverträge zwischen der Einrichtung, dem Rehabilitand und dem Betrieb abgeschlossen werden. Die Ausgestaltungen könnten je nach Art der Leistung individuell unterschiedlich sein.

Nach Mitteilung der **Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung** haben der Bundesverband Berufsförderungswerke (BV BFW), aber auch einzelne BFW verschiedene Kooperationen vereinbart. Zum Beispiel würden die BFW in Nordrhein-Westfalen regelmäßig Kooperationsvereinbarungen mit den Praktikumsbetrieben abschließen. Die Themenbereiche Ausbildung, demografischer Wandel, aber auch Betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM) zeigten die Vielfältigkeit der Möglichkeiten der Zusammenarbeit von Leistungserbringern mit Betrieben.

Die **Bundesagentur für Arbeit** berichtet, dass sie über die Gemeinsame Empfehlung hinausgehend geregelt habe, dass der Betrieb ausbildungsberechtigt sein müsse und die Kooperation bereits im Ausbildungsvertrag vorzusehen sei, die Ausbildung jeweils nahtlos fortgesetzt werden könne sowie die konkreten Leistungen und ihre Ausgestaltung, z. B. des Stütz- und Förderunterrichts, darzustellen seien.

Von den Ländern weist das Land Hamburg als **Träger der Kriegsopferversorgung und -fürsorge** ausdrücklich darauf hin, dass ihm keine Ausgestaltungsformen von Kooperationsvereinbarungen nach § 5 Abs. 3 der Gemeinsamen Empfehlung bekannt seien.

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

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

Laut **Bundesagentur für Arbeit** besteht für sie insgesamt eine vertrauensvolle Zusammenarbeit. Die Kontaktdichte sei von den lokalen Rahmenbedingungen abhängig. Zum Teil gebe es nur anlassbezogene Kontakte, zum Teil finde ein regelmäßiger Austausch statt. Formate seien beispielsweise:

- Reha-Fachtage der Einrichtungen / Informationsveranstaltungen für die Beratungsfachkräfte der Reha-Träger (auch trägerübergreifend)
- Teilnahme der regionalen Leistungserbringer an lokalen BA-Veranstaltungen

- Teilnahme der Leistungserbringer an überregional organisierten BA-Veranstaltungen
- Austausch- und Qualitätssicherungsgespräche (regional und überregional)
- Newsletter/Monatsinfo der Leistungserbringer an die Reha-Träger
- terminierte Gespräche mit den Einrichtungen und der BA, teilweise auch mit anderen Rehabilitationsträgern.

Die Bundesagentur für Arbeit führt ferner aus, dass Einrichtungen grundsätzlich eng mit den zuständigen Stellen zusammenarbeiteten, insbesondere bei der Beantragung des Nachteilsausgleichs sowie bei der Abstimmung der jeweiligen Ausbildungsdauer. Zum Teil seien Einrichtungen in Ausschüssen der Kammern aktiv. Durch den Kontakt nähmen die Einrichtungen aktuelle Entwicklungen von Berufsbildern beziehungsweise des regionalen Arbeitsmarktes wahr. Der Kontakt zu den Sozialpartnern werde von den Einrichtungen auf die Arbeitgeber fokussiert, um neue Kooperationen anzubahnen oder bestehende zu vertiefen und nachhaltig zu gestalten.

Die **Deutsche Rentenversicherung Bund** verdeutlicht, dass die beteiligten Akteure in regelmäßigem, intensivem Kontakt zueinander ständen, so dass bei Bedarf konstruktive Lösungen gemeinsam abgestimmt werden könnten. Die Zusammenarbeit werde von den Rentenversicherungsträgern generell als gut und vertrauensvoll beschrieben. Die Zusammenarbeit mit den Kammern werde grundsätzlich als gut beschrieben, Probleme seien nicht mitgeteilt worden.

Die **Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung** macht darauf aufmerksam, dass die jeweilige Maßnahme durch die Reha-Manager der UV-Träger kontinuierlich begleitet werde. Es bestehe eine enge und vertrauensvolle Zusammenarbeit mit den Leistungserbringern. Wenn Ziele gefährdet seien, würden kurzfristig Gespräche geführt und geeignete unterstützende Hilfen bereitgestellt. In den BFW gebe es auf der Grundlage des wissenschaftlich evaluierten Profiling ein abgestimmtes und einheitliches Berichtswesen. Das Berichtsmanagement erfolge zeitlich parallel zum Prozessprofiling und -monitoring und nutze die darin enthaltenden Informationen. Die Inhalte der Berichte seien mit den Teilnehmenden abgestimmt und zugleich Grundlage für Gespräche mit den Vertreterinnen und Vertretern der Reha-Träger. Besonders herausgehoben würden die Ergebnisse relevanter Merkmale aus dem Profiling bzgl. der Fach-, Schlüssel- und Gesundheitskompetenzen, die ergänzt würden durch Hinweise auf Aktivitäten, Leistungen und Angebote zur konkreten Integrationsförderung (Leitbild der BFW – BFW-Profil). Zudem erfolge die Zusammenarbeit von Einrichtungen mit den für Berufsbildung zuständigen Stellen (z. B. Industrie- und Handelskammern, Handwerkskammern) regelmäßig, insbesondere im Hinblick auf die Organisation, Terminierung und Abnahme von Prüfungen für

Teilqualifizierungen/Module. Darüber hinaus seien die Kammern und Sozialpartner in Beirats- und Aufsichtsratssitzungen eingebunden.

Das Land Schleswig-Holstein als **Träger der Kriegsopferversorgung und -fürsorge** berichtet über gute Erfahrungen hinsichtlich der Erlangung eines Ausbildungsbetriebes für eine Umschulung.

3.1.7 Welche Erkenntnisse bestehen über Art und Weise der Einräumung von Beteiligungsrechten der Teilnehmenden an der Ausführung der Leistungen gemäß § 7 der GE? Wurden von Einrichtungen Mitwirkungsordnungen beziehungsweise entsprechende konsensorientierte Regelwerke vorgelegt und in diese von Leistungsträgerseite Einblick genommen?

Die **Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung** betont, dass die selbstbestimmte Teilhabe die direkte Einbeziehung der Leistungsberechtigten in den gesamten Reha-Prozess von der Zieldefinition über die Steuerung bis hin zur Integration bedeute. Die Umsetzung dieses Prinzips sei nur möglich, wenn alle Akteure aktiv an dem gemeinsamen Prozess der Leistungserbringung mitwirkten und dazu befähigt würden, diesen Anspruch anzunehmen und umzusetzen. Das erfordere auch bei Leistungserbringern und Leistungsträgern ein verändertes Rollenverständnis und gebe dem Beratungsprozess im Vorfeld einer jeden Leistungserbringung eine zentrale Bedeutung. Selbstbestimmte Teilhabe werde für die Teilnehmenden auch erlebbar in den demokratischen Mitwirkungsstrukturen (regelmäßige schriftliche Teilnehmerbefragung, Beschwerdemanagement, gewählte Rehabilitandenvertretung) gemäß Leitbild der BFW – BFW-Profil.

Nach Mitteilung der **Deutschen Rentenversicherung Bund** sehen die Einrichtungen eine Beteiligung der Rehabilitanden im Rahmen von Teilnehmendenvertretungen vor. Die Vertretungen würden regelmäßig in die Prozesse der jeweiligen Einrichtungen eingebunden. Es sei jedoch teilweise schwierig, interessierte Rehabilitanden hierfür zu gewinnen. Probleme seien hierzu nicht mitgeteilt worden.

Laut **Bundesagentur für Arbeit** wird die Gestaltung und Intensität der Beteiligung der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden unterschiedlich gehandhabt. Sie lasse sich Vereinbarungen zu Teilnehmendenvertretungen zwar nicht vorlegen, achte aber darauf, dass z. B. in ihren Rahmenverträgen sich die Einrichtungen zu einer angemessenen Beteiligung der Teilnehmenden verpflichten.

Das Land Hamburg als **Träger der Kriegsopferversorgung und -fürsorge** weist darauf hin, dass in den Hauptfürsorgestellen keine Erkenntnisse möglich seien.

3.1.8 Werden gemäß § 9 der GE die geltenden datenschutzrechtlichen Bestimmungen durch die Einrichtungen eingehalten oder gab es feststellbare Datenschutzverstöße?

Die **Bundesagentur für Arbeit** teilt mit, dass ihr keine Datenschutzverstöße bekannt seien.

Auch die **Deutsche Rentenversicherung Bund** berichtet, dass ihr von den Rentenversicherungsträgern keine Verstöße gegen die Einhaltung datenschutzrechtlicher Bestimmungen genannt worden seien.

Ebenso führt die **Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung** aus, dass die geltenden datenschutzrechtlichen Bestimmungen eingehalten würden.

Das Land Hamburg als **Träger der Kriegsopferversorgung und -fürsorge** teilt mit, dass ihr Datenschutzverstöße nicht bekannt seien, und der **Landschaftsverband Rheinland**, dass dies von ihm nicht beurteilt werden könne.

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

Die **Bundesagentur für Arbeit** überprüft nach eigenen Aussagen die Beachtung und Umsetzung der Gemeinsamen Empfehlung bei den eingereichten Qualitäts- und Leistungshandbüchern (QLHB). Zum Teil würden vor Ort Begehungen bei neuen Einrichtungen beziehungsweise neuen Außenstellen durchgeführt. Im Einzelnen schildert die BA zu

>>Vergleichbare Einrichtungen:

Einrichtungen, Bildungsträger, die mit der BA als Reha-Kostenträger in Preisverhandlungen eintreten wollen, reichen beim zuständigen Regionalen Einkaufszentrum (REZ) ein QLHB zur Überprüfung ein, ob die Leistungsangebote den Anforderungen des § 35 SGB IX, der GE sowie gegebenenfalls weiteren Weisungen der BA entsprechen. Die Prüfung erfolgt zum einen anhand der eingereichten Unterlagen und zum anderen durch eine Vorortprüfung der Einrichtung hinsichtlich der räumlichen, sächlichen, technischen sowie personellen Voraussetzungen. Nach Anerkennung und Abschluss einer Preisvereinbarung erfolgen Überprüfungen hinsichtlich des eingesetzten Personals/Personalschlüssels, im Rahmen des Absolventenmonitorings und u. U. bei Hinweisen auf Nichteinhalten der vereinbarten Leistungen. Darüber hinaus stehen die Maßnahmebetreuer der zuständigen Agenturen für Arbeit im regelmäßigen Austausch und Kontakt mit den Einrichtungen.

Berufsbildungswerke:

Für die Qualitätssicherung sind die Inhalte der GE als Vertragsgegenstand in den Rahmenvertrag zwischen der BA und BAG BBW aufgenommen worden. Als Vertragsgegenstand des Rahmenvertrages gelten die Kernleistungsbeschreibungen für Maßnahmen der Eignungsabklärung/Arbeitserprobung, berufsvorbereitende Bildungsmaßnahmen, Ausbildung/VAmB und Lernort Wohnen. Zu diesen Kernleistungsbeschreibungen legen die BBW QLHB vor, die die einrichtungsbezogenen Leistungsangebote beschreiben. Diese QLHB einschl. der vereinbarten Personalschlüssel werden geprüft. Über das Ergebnis erhalten die Einrichtungen eine schriftliche Nachricht. >>

Nach Auskunft der **Deutschen Rentenversicherung Bund** wird die Beachtung und Umsetzung der Gemeinsamen Empfehlung im Rahmen der regelmäßigen Kontakte geprüft. Die erforderlichen Informationen und Auskünfte seien jeweils mitgeteilt worden. Der Bedarf für eine gesonderte Prüfung habe sich bisher nicht ergeben.

Nach Mitteilung der **Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung** haben die Unfallversicherungsträger aufgrund der geringen Fallzahlen bisher keine eigenen Prüfungen durchgeführt. Eine indirekte Überprüfung erfolge im Rahmen der Befragung der Teilnehmer von beruflichen Bildungsmaßnahmen (Berliner Fragebogen), die die gesetzliche Unfallversicherung gemeinsam mit der Deutschen Rentenversicherung durchführe. Bei Einrichtungen, die nur im Einzelfall belegt werden, erfolge eine individuelle Prüfung. Eine generelle Prüfung sei nicht erforderlich, da gegebenenfalls der Kontakt mit der Einrichtung gesucht werde.

3.1.10 Wo sehen Sie insgesamt Verbesserungsbedarf bei der Gemeinsamen Empfehlung?

a) Wie würden Sie die Regelungen der GE bewerten in Bezug auf ausreichende Klarheit und Verständlichkeit, ausreichende Konkretheit und ausreichende Verbindlichkeit?

Aus Sicht der **Bundesagentur für Arbeit** besteht kein dringender Handlungsbedarf. Nach deren Einschätzung sollten gegebenenfalls einzelne Aspekte im Sinne eines einheitlichen Verständnisses konkretisiert werden, z. B. in Bezug auf die Mahlzeiten, Aufsichtspflicht bei jungen Menschen mit Behinderungen, Angebote zur Freizeitgestaltung.

Auch die **Deutsche Rentenversicherung Bund** sieht bei der Gemeinsamen Empfehlung keinen grundsätzlichen Verbesserungsbedarf. Nach Ansicht der Rentenversicherungsträger sei sie ausreichend klar, verständlich, konkret und verbindlich.

Dies wird auch von der **Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung** so gesehen, ebenso vom Landschaftsverband Rheinland als Träger des **Integrationsamtes**.

b) Wo ergeben sich aufgrund der bisherigen Erfahrungen Weiterentwicklungsmöglichkeiten (Ergänzung/Streichung/Änderung)?

Die **Bundesagentur für Arbeit** weist darauf hin, dass sie bereits vor der Gemeinsamen Empfehlung detailliertere Anforderungen an Einrichtungen nach § 35 SGB IX in der HEGA 12/2009- 15 Vergleichbare Einrichtungen im Sinne des § 35 SGB IX definiert habe. Aufgrund der Erfahrungen im Umgang mit der Gemeinsamen Empfehlung und der HEGA ergäben sich nach Einschätzung der BA folgende Weiterentwicklungsmöglichkeiten und Verbesserungsmöglichkeiten:

- Redaktionelle Überarbeitung (Aktualisierung von Normen);
- das originäre Ziel, die nachhaltige Integration in den allgemeinen Arbeitsmarkt, der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben deutlicher hervorheben;
- die Ausgestaltung von betrieblichen Phasen detaillierter beschreiben;
- Verpflichtung aufnehmen, dass die Einrichtungen einen reibungslosen Übergang zwischen verschiedenen Auftragnehmern beziehungsweise Maßnahmen gewährleisten;
- übergreifende Forderung zu den Standards der Räumlichkeiten und deren Ausstattung, wie beispielsweise die Vorgabe, dass diese dem aktuellen Stand der Technik sowie den einschlägigen gesetzlichen Vorgaben zu entsprechen haben - immer unter dem Blickwinkel, dass die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben ordnungsgemäß durchgeführt werden können. Auf die Bildschirmarbeitsverordnung und Arbeitsstättenverordnung in Verbindung mit den Technischen Regeln für Arbeitsstätten (ASR) sollte verwiesen werden;
- Kulturelle und religiöse Besonderheiten der Teilnehmenden sollten bei der Bereitstellung einer Mittagsmalzeit berücksichtigt werden (§ 2a);
- Einfordern von wöchentlich mindestens zwei Freizeitangeboten (vgl. Antwort a);
- detailliertere Beschreibung von Aufsichtspflichten bei Minderjährigen;
- Präzisierung des Angebotes Wohnen (§ 2b) wie das Vorhalten von Gemeinschaftsräumen und deren technische Ausstattung, z. B. Bereitstellung von allgemein zu nutzenden Medien zum Fernsehen, Radio hören, Abspielen von Musik und Filmen sowie einem Internetzugang. Darüber hinaus sollte eine Definition zu den Zimmern erfolgen (z. B. Schreibtisch);
- festlegen, dass Waschmaschinen sowie Wäschetrockner der Einrichtung zur Verfügung gestellt werden (§ 2b);
- klarer formulieren, dass keine Belegungsgarantie der Rehabilitationsträger besteht;

- Konkretisierung zur Barrierefreiheit vornehmen im Sinne des § 4 Bundesgleichstellungsgesetz (BGG) (§ 2);
- Anforderungen an das Personal klarer definieren z. B. dass ein Studium als abgeschlossen gilt, wenn der Erwerb der Berufsbefähigung (z. B. staatliche Anerkennung) vorliegt;
- einen Personalschlüssel in den Maßnahmen als Mindeststandard festlegen sowie für Fachdienste;
- die Notwendigkeit von Integrationsbemühungen aufgreifen und einen Standard für ein gutes Bewerbungsmanagement beschreiben (Vorlage eines Integrationskonzeptes);
- standardisierte Nachbetreuung von Maßnahmeabsolventen definieren;
- Diversity Management aufnehmen;
- Prüfrecht für die Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit einräumen;
- Formate zur Maßnahmeabwicklung und zum Austausch von Daten bestimmen;
- klare Regelung zur Abwicklung von betrieblichen Praktika in Bezug auf Fahrkosten-/ Verpflegungskostenerstattung;
- gemeinsame Festlegung von maximalen Gruppengrößen, wenn bei der Ausführung von Leistungen Gruppen gebildet werden;
- internes Qualitätsmanagement durch die Aufnahme der Gemeinsamen Qualitätssicherung nach § 20 Abs. 1 SGB IX vornehmen;
- Bestimmungen an den Datenschutz konkretisieren im Hinblick auf das Einholen eines Einverständnisses der Teilnehmenden beziehungsweise dessen gesetzlichen Vertretern.

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

Die **Bundesagentur für Arbeit** sieht keine Schwierigkeiten bei der Umsetzung der Gemeinsamen Empfehlung. Allerdings liege die Information vor, dass die Gemeinsame Empfehlung den Trägern oftmals nur namentlich bekannt, nicht aber inhaltlich bekannt sei, so dass eventuell hier noch mehr „Werbung“ betrieben werden könnte.

Laut dem Land Hamburg als **Träger der Kriegsopferversorgung und -fürsorge** sind mangels Erfahrungen in der Praxis keine Angaben möglich.

Der **Sozialverband Deutschland** äußert sich zur Gemeinsamen Empfehlung „Einrichtungen für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben“ nach § 35 SGB IX im Wesentlichen wie folgt:

1. Umsetzung der qualitativen Anforderungen (§ 2 GE)

Es entspreche dem Interesse der Menschen mit Behinderungen, dass ihnen Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben in Einrichtungen nach § 35 SGB IX in hoher Qualität zur Verfügung stehen. Mit § 2 der Gemeinsamen Empfehlung sei gelungen, diese qualitativen Anforderungen zu normieren und dies auch für die so genannten „vergleichbaren Einrichtungen“ auf hohem Niveau zu verankern.

2. Aufgaben und Leistungen (§ 4 GE)

Auch die in § 4 aufgenommenen Formulierungen würden ein hohes Qualitätsniveau fordern und seien im Interesse einer umfassenden Qualifizierung behinderter Menschen geboten gewesen. Der SoVD sehe es jedoch als notwendig an, dass die Rehabilitationsträger die normierten Qualitätsstandards bei der Anerkennung einer vergleichbaren Einrichtung auch tatsächlich einfordern und überprüfen. Dies sichere, dass die Qualitätsanforderungen nicht gegenüber den Grundsätzen der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit ins Hintertreffen gelangen.

3. Umsetzung der Anforderungen an Leitung und Fachpersonal (§ 3 GE)

Die Formulierungen im § 3 hätten für den SoVD einen hohen Stellenwert angesichts dessen, dass in diesen präzise Forderungen zu Qualität, Umfang und Differenzierung bei Leitung und Fachpersonal enthalten seien. An dem dort festgelegten hohen Standard müssten sich alle Akteure messen lassen: Berufsbildungswerke, Berufsförderungswerke, aber auch neue Antragsteller.

Kritisch sieht der SoVD nach wie vor die in § 3 Abs. 5 der Gemeinsamen Empfehlung getroffenen Formulierungen zur Vergütung des Einrichtungspersonals. Zur Konkretisierung der dort lediglich verankerten „angemessenen Vergütung“ habe sich der SoVD von Beginn an für eine Bindung an einschlägige Tarifverträge beziehungsweise ortsübliche Gegebenheiten ausgesprochen. Der vorgeschlagenen konkretisierenden Ergänzung in § 3 Abs. 5: „Eine Orientierung an den einschlägigen Tarifverträgen und ortsüblichen Gegebenheiten (zum Beispiel des öffentlichen Dienstes) ist als Maßstab anzulegen.“ sei bis heute nicht Rechnung getragen.

4. Durchführung von betrieblichen Phasen der Qualifizierung (§ 5 GE)

Hierzu führt der SoVD aus, dass unklar bleibe, ob die Bundesagentur für Arbeit trotz der Regelung in § 5 der Gemeinsamen Empfehlung in der Praxis betriebliche Kooperationen ablehne, die länger als die Hälfte der Ausbildungszeit dauerten. Da eine solche – begrenzende – Regelung in die Gemeinsame Empfehlung ausdrücklich nicht aufgenommen worden sei, ist es nach Dafürhalten des SoVD umso wichtiger zu erfahren, wie diese Regelung in der Praxis umgesetzt werde.

Zu vorstehenden Aussagen des SoVD wird im Ausblick auf Seite 68 dieses Berichts gesondert Bezug genommen.

3.1.11 Sonstige Anmerkungen

Nach Hinweis der **Deutschen Rentenversicherung Bund** sei teilweise kritisiert worden, dass von den Dienststellen der BA – zumindest in einigen Regionen – weiterhin ein interner Kriterienkatalog bei der Anerkennung nach § 35 SGB IX angewendet werde, der teilweise von der Gemeinsamen Empfehlung abweiche. Dadurch würde die Anerkennung teilweise abgelehnt, obwohl die Kriterien der GE erfüllt seien.

Der Bezirk Niederbayern als **Träger der Sozialhilfe** berichtet, dass sich die Zusammenarbeit mit den Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM) durchweg zufriedenstellend gestalte. Ein enger und regelmäßiger Austausch sei durch die mehrmals jährlich stattfindenden Fachausschüsse, an denen auch die sonstigen Reha-Träger (Agentur für Arbeit, Rentenversicherung etc.) beteiligt seien, gewährleistet. Der Mitwirkung und Einbeziehung der Teilnehmenden (Leistungsberechtigten) seien unter anderem durch das Gesamtplanverfahren Rechnung getragen. Die datenschutzrechtlichen Bestimmungen würden seitens der WfbM gegenüber dem Bezirk Niederbayern eingehalten. Betriebliche Qualifizierungen (Praktika) würden regelmäßig durchgeführt. Kooperationsvereinbarungen der WfbM beständen hinsichtlich der Einrichtung von Außenarbeitsplätzen bei Betrieben auf dem ersten Arbeitsmarkt. Eine weitere Kooperationsvereinbarung bestehe bayernweit im Rahmen des BÜWA (Begleiteter Übergang: Werkstatt – allgemeiner Arbeitsmarkt) - Projektes, an dem sich die 7 bayerischen Bezirke, das STMAS, die ZBFS (Integrationsämter) und die BA beteiligten und dessen Dauer auf 3 Jahre (01.12.14 – 31.12.2017) angelegt sei.

Der Landschaftsverband Westfalen-Lippe als **Träger der Kriegsopferversorgung und –fürsorge** merkt an, dass die Zahl der Leistungsberechtigten, die ihre berufliche Reha-Maßnahme in einer Einrichtung absolvieren, so gering sei, dass hierzu keine aussagekräftige Stellungnahme abgegeben werden könne.

Aus der Sicht des **Sozialverbandes Deutschland (SoVD)** liegt die Gemeinsame Empfehlung „Einrichtungen für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nach § 35 SGB IX“ im Interesse der Menschen mit Behinderung. Sie sei geeignet, eine hohe Qualität für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben in Einrichtungen nach § 35 SGB IX sicherzustellen. Viele Regelungen der GE zeigten hohe Fachkenntnis vom Rehabilitationsprozess, ermöglichten bei konsequenter Anwendung Leistungen der beruflichen Rehabilitation auf hohem Niveau und förderten auch die Eingliederung behinderter Menschen in den Arbeitsprozess. Zentraler Kritikpunkt des SoVD bleibe die im § 3 Abs. 5 der Gemeinsamen Empfehlung fortbestehende unzureichende Regelung zur Vergütung des Personals. Zugleich messe der SoVD der Umsetzung der Gemeinsamen Empfehlung eine hohe behindertenpolitische Relevanz zu, da hieran ihr

tatsächlicher Erfolg in der Praxis zu bewerten sei. Die Abfragen der BAR gehen nach Einschätzung des SoVD diesbezüglich zwar in die richtige Richtung, sollten jedoch (künftig) in den von ihm geforderten Bereichen noch konkretisiert beziehungsweise ergänzt werden. Hierbei hält dieser auch gezieltere Nachfragen an Reha-Träger und Leistungserbringer für erforderlich, wie die Einrichtungen die in der Gemeinsamen Empfehlung genannten Qualitätserfordernisse in der Praxis tatsächlich umsetzen und wie dies überwacht werde, ferner Nachfragen zur Dauer der Kooperationen zwischen Reha-Trägern und –Leistungserbringern sowie zur Vergütungspraxis nach § 3 Abs. 5 der Gemeinsamen Empfehlung.

Auch zu vorstehenden Aussagen des SoVD wird im Ausblick auf Seite 68 dieses Berichts gesondert Bezug genommen.

3.2 **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 erstmals in Kraft getreten. Nach einer grundlegenden Überarbeitung gilt nun die Fassung vom 23.02.2012.

Die Vereinbarungspartner unterstützen und fördern die Aktivitäten der Selbsthilfe zur Prävention, Rehabilitation, Früherkennung und Bewältigung von Krankheiten und Behinderungen sowie zur Verwirklichung von Selbstbestimmung und gleichberechtigter Teilhabe von Menschen mit Behinderung durch ideelle, infrastrukturelle und/oder finanzielle Hilfen nach ihren jeweiligen gesetzlichen Vorgaben.

3.2.1 **Selbsthilfe ist eine Gemeinschaftsaufgabe: Gibt es Ansätze für eine gemeinsame d.h. trägerübergreifende Ausgestaltung der Selbsthilfeförderung? (§ 4 Satz 2 GE)**

Die **Verbände der Krankenkassen** auf Bundesebene berichten, dass für die jeweiligen Rehabilitationsträger die eigenen gesetzlichen Regelungen für die Selbsthilfeförderung gelten. In der Gemeinsamen Empfehlung seien gemeinsame Grundsätze festgelegt worden, die die Zusammenarbeit bei der Förderung vereinfachen sollten. Daneben bestehe gemäß § 20 h SGB V (neu) für die gesetzliche Krankenversicherung bereits seit 2008 die Verpflichtung zur kassenartenübergreifenden Zusammenarbeit bei der Förderung der gesundheitlichen Selbsthilfe. In einzelnen Regionen erfolge auf freiwilliger Basis und in unterschiedlicher Intensität eine trägerübergreifende Abstimmung über die Förderung der gesundheitlichen Selbsthilfe.

Die **Deutsche Rentenversicherung Bund** teilt mit, dass es von zwei Rentenversicherungsträgern in der jeweiligen Region eine trägerübergreifende Plattform zur Diskussion dieser Fragen mit Organisationen der Selbsthilfeförderung gebe. Mehrere andere Rentenversicherungsträger gäben an, dass diese Themen im Rahmen trägerübergreifender Gesprächskreise zu Gesundheitsfragen besprochen würden. Einzelne Träger führten direkt Gespräche mit Selbsthilfeorganisationen. Vereinzelt gäben Rentenversicherungsträger an, dass ihnen keine Struktur in der Region bekannt sei, in welcher eine trägerübergreifende Ausgestaltung der Selbsthilfeförderung organisiert werde.

Die Berichtspflicht für die Gemeinsame Empfehlung „Förderung der Selbsthilfe“ entfällt für die **Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung** unter Hinweis darauf, dass eine institutionelle Förderung nach dem SGB VII nicht möglich sei. Die Zusammenarbeit mit der Selbsthilfe sei aber intensiviert und im Rahmen eines Pilotprojektes in Rheinland-Pfalz ein Netzwerktreffen von Reha-Managern verschiedener Unfallversicherungsträger mit Vertretern von Selbsthilfegruppen initiiert worden. Die DGUV habe

in Zusammenarbeit mit Vertretern der BAG SELBSTHILFE e.V. den Flyer „Selbsthilfe verbindet – Unterstützung für Betroffene durch Betroffene“ erstellt. Um die Partizipation ihrer Versicherten zu stärken, fördere die Gesetzliche Unfallversicherung die Unterstützung von Menschen mit Behinderung durch Menschen mit Behinderung (Peer Prinzip Ziffer 6.1 des Aktionsplan der DGUV) während der gesamten Rehabilitation und der Nachsorge Schwerstverletzter. In einigen Berufsgenossenschaftlichen Kliniken würden Peers insbesondere bei Amputationsverletzungen erfolgreich eingesetzt. Zudem werde ein flächendeckendes Netz an Peers für Unfallverletzte aufgebaut, die den Unfallversicherungsträgern eine wohnort- und verletzungsartenbasierte Suche von Peers ermöglichen (Datenbank).

Die **Bundesagentur für Arbeit** teilt mit, dass im SGB III keine explizite Vorschrift zur Förderung der Selbsthilfe für die BA enthalten sei. Als Rehabilitationsträger unterstütze sie die Selbsthilfe ideell. So werde zum Beispiel in Beratungsgesprächen einzel-fallbezogen, sofern notwendig, auf Unterstützungsangebote von Selbsthilfeträgern hingewiesen.

Vom Land Brandenburg als **Träger der Kriegsopferversorgung und -fürsorge** wird mitgeteilt, dass im Rahmen der KOF keine entsprechenden Anträge gestellt worden seien und daher keine Erfahrungen hierzu vorlägen. Das Land Hessen berichtet, dass die Hauptfürsorgestellen traditionell mit größeren Verbänden wie dem VdK zusammen arbeiteten.

Die Länder Berlin, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen als **Träger der Kriegsopferversorgung und -fürsorge** berichten über das Fehlen gemeinsamer Ansätze. Das Land Schleswig-Holstein sieht keinen Verbesserungsbedarf.

Für das **Integrationsamt** in Baden-Württemberg hat die Gemeinsame Empfehlung keine Relevanz, da die Integrationsämter nicht Vertragspartner sind.

3.2.2 Wie werden Entscheidungsstrukturen abgestimmt und wie haben diese zu einer besseren Planungssicherheit für die Selbsthilfe beigetragen? (§ 6 GE)?

Bei der Entscheidung über die Vergabe der Fördermittel der kassenartenübergreifenden Gemeinschaftsförderungen beteiligen die **gesetzlichen Krankenkassen** - wie mitgeteilt - die zur Wahrung der Interessen der Selbsthilfe jeweils maßgeblichen Vertretungen der Selbsthilfegruppe, -organisationen und -kontaktstellen. Diese Beteiligung habe zur Folge, dass über das Förderverfahren größtmögliche Transparenz bestehe und die Bemessung der Fördermittel einvernehmlich erfolge. Mit den Vertretungen der Selbsthilfe stimmten die Arbeitsgemeinschaften der gesetzlichen Krankenkassen auf den jeweiligen Förderebenen in der Regel die Antragsformulare, Antragsfristen und weitere Verfahrensschritte ab. Planungssicherheit bestehe für die Selbsthilfe insofern, als die zur Verfügung stehenden Finanzmittel vorab bekanntge-

geben würden. Darüber hinaus trage die Veröffentlichung von Förderschwerpunkten im Rahmen der krankenkassenindividuellen Förderung ebenfalls zur Planungssicherheit bei.

Laut Mitteilung der **Deutschen Rentenversicherung Bund** gewähren die Rentenversicherungsträger Zuwendungen nach rentenversicherungsinternen Zuwendungsrichtlinien. Die Zuwendungsanträge würden in einem förmlichen Verfahren geprüft. Unter anderem würden dabei auch Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit im Hinblick auf die Haushaltsmittel (§1 Abs. 4 Satz 6 GE) berücksichtigt. Die Deutsche Rentenversicherung Bund als größter Rentenversicherungsträger erarbeite spezielle Zuwendungsrichtlinien gemeinsam mit den einzelnen Selbsthilfeverbänden, zum Beispiel zu den Themen Sucht, Rheuma, Multiple Sklerose. Die bayrischen Rentenversicherungsträger stimmten sich in der Region Bayern über die zu gewährenden Zuwendungen untereinander ab. Die Deutsche Rentenversicherung Rheinland-Pfalz kooperiere bei der Gewährung von Zuwendungen mit dem dortigen Landesamt für Soziales, Jugend und Versorgung, welches mit der Vergabe der Landesmittel beauftragt sei.

3.2.3 Unterstützt die Gemeinsame Empfehlung eine flächendeckende und bedarfsgerechte Verteilung der Fördermittel für die jeweiligen Ebenen (Ort/Region, Land, Bund) und Bereiche der Selbsthilfe (Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen) in ausreichendem Maße?

Seitens der **gesetzlichen Krankenversicherung** wird mitgeteilt, dass für die Förderung der gesundheitlichen Selbsthilfe auf allen Förderebenen - hinsichtlich der Selbsthilfekontaktstellen auf Bundes- wie Landesebene - und in allen Förderbereichen § 20 h SGB V (früher § 20 c SGB V) maßgeblich ist. Die Grundlage für die Umsetzung sei der „Leitfaden zur Selbsthilfeförderung“, der strukturelle und inhaltliche Vorgaben zur Förderfähigkeit eines Antragstellers enthalte. Diese Vorgaben entsprächen den Regelungen der Gemeinsamen Empfehlung „Förderung der Selbsthilfe“ nach § 13 Abs.2 Nr. 6 SGB IX. Die Erfahrung zeige, dass die flächendeckende und systematische Förderung der gesundheitlichen Selbsthilfe durch die gesetzlichen Krankenkassen einmalig sei. Im Jahr 2014 seien demnach 900 Selbsthilfeorganisationen, 14.700 Selbsthilfegruppen und 270 Selbsthilfekontaktstellen im Rahmen der kassenartenübergreifenden Gemeinschaftsförderung von den gesetzlichen Krankenkassen gefördert worden. Für die Selbsthilfeförderung im Jahr 2015 hätten die gesetzlichen Krankenkassen 45 Millionen Euro zur Verfügung gestellt, und im Jahr 2016 würden sich die GKV-Fördermittel auf 74 Millionen Euro belaufen. Bei der Beantragung von Fördermitteln bei den gesetzlichen Krankenkassen sei vom Antragsteller auf dem Antragsbogen anzugeben, ob bei weiteren Stellen/Rehabilitationsträgern ebenfalls Fördermittel beantragt würden. Damit sollten Mehrfachförderungen ausge-

geschlossen werden. Im Übrigen regele der „Leitfaden zur Selbsthilfeförderung“ im Abschnitt A.8 die „Ebenenförderung“. Dadurch sei gewährleistet, dass die Förderung von Selbsthilfeorganisationen auf der Bundesebene, Selbsthilfeorganisationen auf der Landesebene, Selbsthilfegruppen auf der örtlichen Ebene erfolgt und eine Doppel-Mehrfachförderung dadurch ohnehin ausgeschlossen werde. Die Förderung der Selbsthilfekontaktstellen erfolge über Bundes- und Landesebene.

Nach Mitteilung der **Deutschen Rentenversicherung Bund** richten sich die Rentenversicherungsträger bei ihren Entscheidungen zur Mittelvergabe primär nach den oben genannten rentenversicherungsinternen Zuwendungsrichtlinien (§ 1 Abs. 4 Satz 5 GE). Die Überförderung als unzulässige Form der Mehrfachförderung könne nach Einlassungen der Rentenversicherungsträger nur durch Abfrage im Rahmen des förmlichen Verfahrens über die Bewilligung der Zuwendungen beziehungsweise durch Mitteloffenlegung der Selbsthilfeorganisationen erkannt und vermieden werden. Zwei Rentenversicherungsträger gäben an, dass sie nur Dachverbände und Spitzenorganisationen förderten, welche die Mittel dann ihrerseits intern auf die jeweiligen Förderebenen weitergäben. Die anderen Rentenversicherungsträger hätten sich zur Frage der Verteilung der Mittel über die Förderebenen nicht geäußert. Ein Rentenversicherungsträger äußere, dass die Gemeinsame Empfehlung die Abgrenzung der Zuständigkeit für die Förderanträge erleichtern würde.

Die **Bundesagentur für Arbeit** weist darauf hin, dass sie zur Fragestellung keine Einschätzung abgeben könne, da sie Selbsthilfeangebote nicht fördern dürfe.

3.2.4 Welche Bemühungen gab es, die private Krankenversicherung und Pflegeversicherung einzubeziehen? (Präambel der GE)

Die Selbsthilfeförderung durch die Pflegeversicherung ist laut dortiger Mitteilung von der **gesetzlichen Krankenversicherung** im „Leitfaden zur Selbsthilfeförderung“ mit speziellen Regelungen aufgegriffen worden.

Den Rentenversicherungsträgern sind laut **Deutscher Rentenversicherung Bund** keine derartigen Bemühungen in den Regionen bekannt.

3.2.5 Wo sehen Sie Verbesserungsbedarf bei der Gemeinsamen Empfehlung?

- a) **Wie würden Sie die Regelungen der Gemeinsamen Empfehlung bewerten in Bezug auf ausreichende Klarheit und Verständlichkeit, ausreichende Konkretheit und ausreichende Verbindlichkeit?**
- b) **Wo ergeben sich aufgrund der bisherigen Erfahrungen Weiterentwicklungsmöglichkeiten und Verbesserungsmöglichkeiten (Ergänzung/ Streichung/ Änderung)?**
- c) **Wo gibt es Schwierigkeiten bei der Umsetzung der Gemeinsamen Empfehlung?**

Für die **gesetzlichen Krankenkassen** und die **Träger der Rentenversicherung** wird kein Verbesserungs- und Weiterentwicklungsbedarf der Gemeinsamen Empfehlung gesehen.

An die Selbsthilfe gerichtet:

3.2.6 Wie sind Ihre Erfahrungen mit dem Verfahren der Bewilligung von Fördermitteln?

Die **Bundesarbeitsgemeinschaft SELBSTHILFE** teilt mit, dass die gesetzlichen Vorgaben zur Fördermittelvergabe in der Umsetzungspraxis sich nach deren Einschätzung oft zu bürokratisch und zu zeitaufwändig gestalten. Eine fristgerechte Antragstellung sei gerade für kleinere Selbsthilfeorganisationen im Hinblick auf die eigene Finanzplanung problematisch. Auf Landesebene passiere es, dass die Fördermittel erst mit Beginn des betreffenden Projektes eingingen, was sich nachteilig auf die Planungssicherheit auswirke. In vielen Fällen hätten die Projekte aufgrund der verspäteten Überweisung der bewilligten Mittel sogar abgesagt werden müssen.

Eigeninitiativ hat sich die **NAKOS** eingebracht und teilt mit, dass sich die Förderverfahren durch die Krankenkassen nach § 20h SGB V insbesondere die Vergabep Praxis zwischen den Bundesländern teils deutlich unterscheiden. Zum Beispiel variiere die Höhe des pauschalen Zuschusses für Selbsthilfegruppen abhängig von der Anzahl der Antragsteller, ebenso die zuschussfähigen Kosten. Die Beantragung von Projektmitteln sei nach der ihrer Wahrnehmung aufwändig und nur für Selbsthilfeorganisationen und Selbsthilfekontaktstellen machbar. Die Durchführung der Förderverfahren durch Arbeitskreise / runde Tische auf regionaler Ebene unter Beteiligung der Selbsthilfe begünstige eine sachverständliche Vergabe und ermögliche am ehesten die Einbeziehung anderer Förderer (z. B. Kommune). Selbsthilfeförderung als tatsächliche Gemeinschaftsaufgabe erfolge jedoch nur selten, am ehesten in Großstädten. Weiter wird mitgeteilt, dass seitens der Selbsthilfe teils erhebliche Informationslücken über die fundierten Fördermöglichkeiten beständen. An welchen Stellen welche Mittel beantragt werden können, erschließe sich insbesondere vielen Selbsthilfegruppen nur schwer und es sei nicht selten schwierig, an diese Informationen zu kommen. Die Förderstrukturen seien durch die „Ebenenförderung“ und das komplexe Kassensystem kaum zu durchschauen. Es wird weiter ausgeführt, dass für die Förderung der Selbsthilfe durch die Pflegeversicherung die Förderpraxis sehr uneinheitlich und der bürokratische Aufwand zu hoch sei. Kritisiert werden die „Engagementform“, zu stark bindende und strenge Fördervoraussetzungen, die nicht die Vielfalt von Selbsthilfeaktivitäten abbildeten. Die Förderung müsse sich mehr an den Bedürfnissen der pflegenden Angehörigen orientieren in Anbetracht dessen, dass es sich bei diesen um

eine außergewöhnliche Zielgruppe handele, die in besonderer Weise „abgeholt“ und zur Gruppenselbsthilfe motiviert und begleitet würden. Gerade pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen bräuchten verlässliche Strukturen und Anlaufstellen, um für gemeinschaftliche Selbsthilfe sensibilisiert und motiviert zu werden. Die Rolle von Selbsthilfekontaktstellen sei hier neu zu bewerten. Schließlich führt NAKOS aus, dass die vom Ausgleichsfonds zur Verfügung gestellten öffentlichen Mittel bisher nur wenig ausgeschöpft würden. Das liege aus ihrer Sicht zum Teil an fehlenden Richtlinien / Verordnungen der Bundesländer, zum Teil an der fehlenden finanziellen oder ideellen Unterstützung durch die Kommunen.

3.2.7 Welchen Verbesserungsbedarf sehen Sie im Förderverfahren?

Aus Sicht der **Bundesarbeitsgemeinschaft SELBSTHILFE** wäre es hilfreich, wenn die Antragsunterlagen möglichst einheitlich und verständlicher gestaltet würden, gerade vor dem Hintergrund, dass in vielen Selbsthilfeorganisationen betroffene Menschen die Beantragung selbst durchführten. Als hilfreich würde ferner eingeschätzt, Nachweispflichten auf das notwendige Minimum zu beschränken und die Ausgestaltung stärker auf die Voraussetzungen und Bedürfnisse der betroffenen Menschen zuzuschneiden. Das betreffe sowohl bundesweit die Gemeinschaftsförderung als auch die individuelle Projektförderung. Insgesamt betrachtet seien hier deutliche Unterschiede auf regionaler Ebene zu erkennen. Für die betroffenen Menschen wäre es hilfreich, wenn die Unterlagen auf der Internetseite der Krankenkassen leicht auffindbar wären. Besonders hinzuweisen sei darauf, dass sich die Förderschwerpunkte der Krankenkassen für die kassenindividuelle Förderung nur auf die selbst festgelegten „Spezifizierungen“ bezögen. Das führe dazu, dass andere Themen von vornherein ausgeschlossen seien, was wiederum aus Sicht der Selbsthilfe oft hinderlich und einschränkend wirke.

Seitens der BAG SELBSTHILFE wird ferner darauf hingewiesen, dass sich das Verfahren ausschließlich auf die projektbezogene Förderung der Selbsthilfeorganisationen (Bundes- und Landesverbände) sowie der Selbsthilfekontaktstellen beziehe. Bei den jeweiligen Selbsthilfegruppen vor Ort entscheide die Krankenkasse hingegen im Einzelfall. Letzteres sei vielen (insbesondere neu gegründeten) Selbsthilfegruppen aber nicht bekannt; diese befürchteten vielmehr, aufgrund der beschriebenen Institutionalisierung aus der Projektförderung gänzlich herauszufallen.

Aus Sicht der **NAKOS** sollten mehr Informationen über Fördermöglichkeiten bereitgestellt werden. Die Förderverfahren sollten zeitnah nach Antragstellung abgeschlossen werden, weiter sollten pauschale Mittel als Zuschuss zur Finanzierung der regulären Selbsthilfearbeit im ersten Quartal des Jahres zufließen. Nach Einschätzung der NA-

KOS sollte ferner auf eine Vereinheitlichung der Förderpraxis hingearbeitet werden, um die Fördergerechtigkeit zu erhöhen. Die Höhe von Fördermitteln sollte vom Förderbedarf oder der Förderfähigkeit abhängen und nicht davon, ob der Antragsteller in einem Bundesland mit mehr oder weniger ausgeprägter Selbsthilfestruktur sowie mit geringerem oder höheren Budgets arbeite. Die Quote der Pauschalmittel sollte laut NAKOS auf 70 Prozent angehoben und die Verteilung der Mittel zwischen Bund und Ländern überprüft werden. Hingewirkt werden müsse auf eine Entbürokratisierung des Antragsverfahrens und auf einen vereinfachten Zugang zu pauschalen Mitteln.

Zu vorstehenden Aussagen der BAG SELBSTHILFE und von NAKOS wird im Ausblick auf Seite 68 dieses Berichts gesondert Bezug genommen.

3.2.8 Können die Voraussetzungen der Förderung gemäß § 3 GE ausreichend erfüllt werden?

Die **Bundesarbeitsgemeinschaft SELBSTHILFE** teilt mit, dass die in § 3 der Gemeinsamen Empfehlung aufgeführten Voraussetzungen aus Sicht der Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen grundsätzlich ausreichend erfüllt werden können. Hilfreich wirke sich insoweit auch das Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz – PräVG) vom 18.06.2015 und die damit einhergehende Anhebung der finanziellen Unterstützung der gesundheitlichen Selbsthilfe aus.

Laut **NAKOS** werden die Fördervoraussetzungen nach der GE ausreichend erfüllt. Sie führt zudem aus, dass gemeinschaftliche Selbsthilfe angesichts des Generationenwandels und der Zunahme medialer Kommunikationsformen sowie veränderter Alters- und Bevölkerungsstrukturen heute nicht ausschließlich in Gruppen gelebt werde. Eine mittelfristige Überprüfung der Definition von Selbsthilfegruppen erscheint der NAKOS daher als sinnvoll.

Auch zu vorstehenden Aussagen der BAG SELBSTHILFE wird im Ausblick auf Seite 68 dieses Berichts gesondert Bezug genommen.

3.2.9 Sonstige Anmerkungen (z. B. Positives):

Das Land Sachsen als **Träger der Kriegsoferversorgung und –fürsorge** teilt mit, dass sich die Mittelverteilung (Kommune/Land/Bund) im Sozialen Entschädigungsrecht nach anderen Kriterien richte.

Die LWL-Hauptfürsorgestelle informiert, dass bisher kein Leistungsberechtigter in diesem Zusammenhang an die Hauptfürsorgestelle herangetreten sei.

4. Kompakte Berichte zu Erfahrungen mit den Gemeinsamen Empfehlungen

4.1 Gemeinsame Empfehlung „Reha-Prozess“ gemäß §§ 12 Abs. 1 Nr. 1 bis 3, 13 Abs. 2 Nr. 2, 3, 5, 8 und 9 SGB IX

Die Gemeinsame Empfehlung „Reha-Prozess“ ist am 01.08.2014 in Kraft getreten. Sie ersetzt die Gemeinsame Empfehlung „Einheitlichkeit/Nahtlosigkeit“ in der Fassung vom 22.03.2004, die Gemeinsame Empfehlung „Teilhabeplan“ in der Fassung vom 16.12.2004, die „Gemeinsame Empfehlung zur Verbesserung der gegenseitigen Information und Kooperation aller beteiligten Akteure“ in der Fassung vom 22.03.2004 und die Gemeinsame Empfehlung „Frühzeitige Bedarfserkennung“ in der Fassung vom 16.12.2004.

Der gesamte Regelungstext richtet sich an einem gemeinsamen und prozessorientierten Grundverständnis von Rehabilitation und Teilhabe aus. Die Grundlage dafür bildet der idealtypische Reha-Prozess mit seinen Phasen Bedarfserkennung, Bedarfsermittlung, Teilhabeplanung, Durchführung von Leistungen und Aktivitäten zum/am Ende einer Leistung zur Teilhabe. Die Gemeinsame Empfehlung wird als insgesamt hilfreich bewertet, und überwiegend wird kein Verbesserungsbedarf gesehen.

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

Die **Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene** sehen keinen Verbesserungsbedarf.

Darüber hinaus teilt der **BKK Dachverband** mit, dass es nach Inkrafttreten der Gemeinsamen Empfehlung am 1. August 2014 eine gewisse Zeit brauche, um daraus Arbeitsabläufe etc. zu definieren und in die Routine zu überführen. Möglicher Verbesserungsbedarf ergebe sich dann erst aus der praktischen Erfahrung. Des Weiteren seien hinsichtlich der Teilhabeplanung (wesentliche) Änderungen durch das Bundesteilhabegesetz zu erwarten, die möglicherweise eine Überarbeitung der GE zur Folge hätten.

Die **Deutsche Rentenversicherung Bund** teilt mit, dass die Rentenversicherungsträger einen Verbesserungsbedarf verneint haben beziehungsweise seit der Einführung der GE im August 2014 noch keine Erfahrungen hätten sammeln können.

Die **Bundesagentur für Arbeit** und die **Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau** sehen keinen Verbesserungsbedarf.

Auch aus den Bereichen der **Integrationsämter, Hauptfürsorgestellen und den Trägern der Kriegsoferversorgung und Kriegsoferversorgung** wird überwiegend kein Verbesserungsbedarf mitgeteilt. Einzelne Hinweise zeigen sowohl eine grund-

sätzliche Verbesserung der Zusammenarbeit an als auch Probleme bei Absprachen bei der beruflichen Eingliederung.

4.1.2 Sehen Sie Probleme bei der Umsetzung der Gemeinsamen Empfehlung „Reha-Prozess“ und wenn „Ja“ welche?

Von den **Verbänden der Krankenkassen auf Bundesebene** werden überwiegend keine Umsetzungsprobleme mitgeteilt.

Aus Sicht des **BKK Dachverbandes** könnten datenschutzrechtliche Vorgaben einige Regelungen der Gemeinsamen Empfehlung, zum Beispiel zur frühzeitigen Bedarfs-erkennung ins Leere laufen lassen und somit den idealtypischen Reha-Prozess behindern. Auch aus Sicht des **IKK e. V.** wird die Umsetzung aufgrund der komplexen datenschutzrechtlichen Regelungen teilweise erschwert.

Die **Deutsche Rentenversicherung Bund** teilt mit, dass die Rentenversicherungsträger überwiegend keine Probleme bei der Umsetzung sehen würden. Teilweise gebe es jedoch in der Praxis nicht genug Fälle, um belastbare Erfahrungswerte zu sammeln. Bisweilen werde die geringe Verbindlichkeit der GE, gerade für die Träger der Eingliederungshilfe, als problematisch angesehen.

Die **Bundesagentur für Arbeit** sieht keine Probleme bei der Umsetzung.

Die **Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau** sieht ebenfalls keine Probleme bei der Umsetzung. Die Vorgaben seien intern als Arbeitsanweisung und zur Öffentlichkeitsarbeit auf den Internetseiten des SVLFG umgesetzt. Im Übrigen seien trägerübergreifende Ansätze zu konkreten weiteren Umsetzungsschritten dieser GE (zum Beispiel weitere Informationsschriften) im neuen BAR-Orientierungsrahmen vorgesehen.

Aus den Bereichen der **Integrationsämter, Hauptfürsorgestellen und den Trägern der Kriegsopferversorgung und Kriegsopferversorgung** werden überwiegend keine Probleme bei der Umsetzung mitgeteilt. In einzelnen Hinweisen wird darüber informiert, dass die Zielvorgabe des § 5 der GE häufig nicht erreicht werde beziehungsweise der Reha-Prozess oft schon beendet sei, bevor diese Trägerbereiche damit konfrontiert würden.

4.1.3 Sonstige Anmerkungen

Der **Verband der Ersatzkassen** teilt mit, dass aus einzelnen Regionen der Eindruck geschildert werde, dass die Gemeinsame Empfehlung nicht bei allen Reha-Trägern ausreichend bekannt sei.

Aus Sicht der **Deutschen Rentenversicherung Bund** hat die Zusammenführung der Gemeinsamen Empfehlungen „Einheitlichkeit und Nahtlosigkeit“, „Teilhabeplan“, Verbesserung der gegenseitigen Information und Kooperation aller beteiligten Akteure“ sowie „Frühzeitige Bedarfserkennung“ zu einer Konkretisierung der Inhalte geführt und zeigt ein modernes Verständnis von Rehabilitation. Bei mehreren Leistungen innerhalb der gesetzlichen Rentenversicherung sei eine nahtlose Erbringung gewährleistet. Fälle mit Beteiligung mehrerer Träger seien dagegen selten. Als Konkretisierung insbesondere des Aspektes der (frühzeitigen) Bedarfserkennung wird auf Kooperationen mit Betriebs- und Werksärzten verwiesen.

Nach Einschätzung der **Bundesagentur für Arbeit** wurde die Zusammenführung der Gemeinsamen Empfehlungen „Einheitlichkeit und Nahtlosigkeit“, „Teilhabeplan“, Verbesserung der gegenseitigen Information und Kooperation aller beteiligten Akteure“ sowie „Frühzeitige Bedarfserkennung“ in einer Gemeinsamen Empfehlung „Reha-Prozess“ in der Praxis positiv aufgenommen, da sich dadurch die Transparenz der Prozesse erhöht habe.

Aus den Bereichen der **Integrationsämter, Hauptfürsorgestellen** und den **Trägern der Kriegsopferversorgung und Kriegsofperfürsorge** gibt es einzelne Hinweise, dass die Anwendung und Umsetzung immer vom einzelnen Bearbeiter abhängen und Unstimmigkeiten im Einzelfall zu klären seien. Die Gemeinsame Empfehlung enthalte dazu allgemeingültige Anhaltspunkte. Aus Baden-Württemberg wird berichtet, dass der Übergänge aus Schule und WfbM unter dem Einsatz von Teilhabeplänen gut gelänge. Die Gemeinsame Empfehlung sei dabei nur in Teilen relevant.

4.2 **Gemeinsame Empfehlung „Beteiligung der Bundesagentur für Arbeit“ nach § 38 SGB IX**

Die Gemeinsame Empfehlung „Beteiligung der Bundesagentur für Arbeit“ nach § 38 SGB IX ist am 01.09.2013 in Kraft getreten. Vorrangiges Ziel der Vereinbarungspartner ist, die berufliche Eingliederung und Teilhabe von leistungsberechtigten Menschen unter Berücksichtigung arbeitsmarktlicher Rahmenbedingungen qualitativ zu verbessern.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Vereinbarungspartner keine Probleme bei der Anwendung/Umsetzung und auch keinen Verbesserungsbedarf hinsichtlich der Gemeinsamen Empfehlung „Beteiligung der Bundesagentur für Arbeit“ sehen.

4.2.1 **Sehen Sie Verbesserungsbedarf bei der Gemeinsamen Empfehlung „Beteiligung der Bundesagentur für Arbeit“ und wenn „Ja“ welchen?**

Die **Bundesagentur für Arbeit** weist darauf hin, dass nach ihren Erfahrungen die Beteiligung der BA durch andere Rehabilitationsträger teilweise nicht sachgemäß, das heißt im Sinne der Gemeinsamen Empfehlung, erfolge. Sie schlägt vor, den von ihr entwickelten Mustervordruck (Anlage 6.5) zur Beteiligung abzustimmen und der Gemeinsamen Empfehlung als Anlage beizufügen.

Die **Deutsche Rentenversicherung Bund** teilt mit, dass die Rentenversicherungsträger keinen Verbesserungsbedarf sehen.

Ebenfalls keinen Bedarf für Verbesserungen vermelden die **Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau** und der **Verband der Ersatzkassen**.

Laut **IKK e. V.** kann dieser keine Erfahrungswerte mitteilen, da mögliche Anträge regelmäßig bei den Trägern der DRV gestellt und gegebenenfalls an die BA weitergeleitet würden.

Nach Mitteilung des **AOK-Bundesverbandes** wird in einer Region moniert, dass nur allgemeine Servicenummern existierten, die keine direkte Erreichbarkeit konkreter Ansprechpartner ermöglichten.

Laut **Integrationsamt Rheinland-Pfalz** ist die Zusammenarbeit mit der Bundesagentur für Arbeit (BA) auf unterschiedlichen Ebenen gut, wenn auch noch verbesserungsfähig. Das zum 01.08.2015 gestartete Projekt „Initiative zur Beschäftigung von Menschen mit Behinderungen“ sei mit der BA abgestimmt worden. Im Rahmen dieses Projektes arbeiteten unterschiedliche Leistungsträger und Kammern, insbesondere BA und Integrationsamt beim LSJV (Landesamt für Soziales, Jugend und Versorgung) eng zusammen, um neue Arbeits-/ Ausbildungsplätze für Menschen mit Schwerbehinderung zu schaffen beziehungsweise vorhandene zu sichern.

Keinen Verbesserungsbedarf hinsichtlich der Gemeinsamen Empfehlung sehen die Länder Berlin, Brandenburg, Hamburg, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Nord-

rhein-Westfalen, Sachsen, Schleswig-Holstein, das Landeswohlfahrtsamt Hessen als **Träger der Kriegsopferversorgung und -fürsorge** und die **Integrationsämter** Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Saarland sowie der Landschaftsverband Rheinland.

Das Integrationsamt Baden-Württemberg merkt an, dass diese Gemeinsame Empfehlung keine Relevanz für die Integrationsämter habe.

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

Die **Bundesagentur für Arbeit** selbst sieht keine Umsetzungsprobleme.

Laut Mitteilung der **Deutschen Rentenversicherung Bund** führen in einigen Regionen lange Bearbeitungszeiten bei der Bundesagentur für Arbeit zu Verzögerungen im Reha-Prozess der Deutschen Rentenversicherung.

Der **Verband der Ersatzkassen** teilt mit, dass über Schwierigkeiten bei der Kontaktaufnahme zur Arbeitsagentur berichtet werde. Auch der **AOK-Bundesverband** vermeldet, dass ohne entsprechende Ansprechpartner mit Erreichbarkeit die Umsetzung der Gemeinsamen Empfehlung in einer Region nur unter erschwerten Bedingungen möglich sei.

Laut **Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau** bestehen keine Umsetzungsprobleme.

Das Land Schleswig-Holstein als **Träger der Kriegsopferversorgung und -fürsorge** berichtet, dass die Empfehlungen nicht greifen, da bei einigen Agenturen für Arbeit die Kenntnis über die Regelung des § 38 SGB IX fehlt. Zudem wird eine mangelnde Erreichbarkeit der Agentur für Arbeit bemängelt. Keine Probleme bei der Umsetzung sehen auch die Länder Berlin, Brandenburg, Hamburg, Hessen, Mecklenburg Vorpommern, Nordrhein-Westfalen, Sachsen als Träger der Kriegsopferversorgung und -fürsorge und die **Integrationsämter** Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Saarland.

4.2.3 Sonstige Anmerkungen (z. B. Positives):

Die **Bundesagentur für Arbeit** weist ergänzend darauf hin, dass die Zusammenarbeit zwischen anderen Rehabilitationsträgern und der BA im Wesentlichen in komplexen Fallgestaltungen erfolge, zum Beispiel zur Gestaltung von Arbeitsabläufen und zur Arbeitsplatzgestaltung in Betrieben. Dabei handele es sich vorrangig um präventive Maßnahmen, durch die im Regelfall Arbeitslosigkeit vermieden werden könne.

Die **Deutsche Rentenversicherung Bund** merkt an, dass eine Beteiligung der BA nach § 38 SGB IX nur in Ausnahmefällen erforderlich sei und dass dann jedoch eine zeitnahe Rückmeldung seitens der BA gewährleistet werden sollte.

Das Land Berlin als **Träger der Kriegsopferversorgung und -fürsorge** meldet ergänzend, dass die Zusammenarbeit mit der BA sich unproblematisch gestalten. Ähnlich äußern sich das Land Mecklenburg-Vorpommern und das **Integrationsamt Mecklenburg-Vorpommern**, ebenso auch der Landschaftsverband Rheinland, dass mit den Agenturen für Arbeit eine gute Zusammenarbeit bestehe. Laut dem Land Sachsen als Träger der Kriegsopferversorgung und -fürsorge ist die Zusammenarbeit mit der BA im Reha-Bereich des Sozialen Entschädigungsrechtes ein wichtiger Punkt, der sich bewährt habe.

4.3 **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. Nach einer Neufassung vom 08.11.2005 erfolgte eine erneute Überarbeitung zur Anpassung der Gemeinsamen Empfehlung an eine sich festigende höchstrichterliche Klärung rechtlicher Fragen im Zusammenhang mit § 14 SGB IX. Die aktuelle Fassung der Gemeinsamen Empfehlung vom 28.09.2010 ist seit 1.12.2010 in Kraft. Eine erneute Überarbeitung ist im aktuellen Orientierungsrahmen für die Arbeit der BAR 2016-2018 vorgesehen.

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. Sie führt - wie bereits in den letzten Erfahrungsberichten deutlich wurde - auch weiterhin zu klaren Verbesserungen im Verfahren der Zusammenarbeit der Leistungsträger vor dem Hintergrund einer insgesamt komplexen gesetzlichen Ausgangslage.

Gleichwohl wird teilweise Verbesserungspotenzial bei den Regelungen der GE gesehen, hier nur ausschnittsweise beschrieben. So wird zum Beispiel angeregt, den Begriff des „Antrags“ oder den Fristbeginn noch stärker zu präzisieren oder ein Verfahren für den Fall zu beschreiben, dass für einen Leistungskomplex mehrere Leistungsträger zuständig sind (zum Beispiel Hörgeräte bei berufsbedingtem Mehrbedarf). Auch eine verbindlichere Fassung der Regelungen (gegebenenfalls im Zuge des BTHG) beziehungsweise eine verbindlichere Einbeziehung der Träger der Eingliederungshilfe und der Jugendhilfe wird zum Teil als hilfreich eingeschätzt. Erwogen wird die Verdeutlichung der komplexen Regelungsmaterie anhand von konkreten Fallbeispielen. Konkretere Regelungen zum Erstattungsanspruch des erstangegangenen Trägers bei Restzweifeln an der eigenen Zuständigkeit sind ein weiterer Aspekt.

Auch in der Umsetzung zeigen sich in manchen Bereichen weiterhin Verbesserungspotenziale, die sich allerdings oft weniger unmittelbar auf die GE selbst beziehungsweise deren Regelungen beziehen als vielmehr auf Umsetzungsschwierigkeiten der gesetzlichen Vorgaben selbst beziehungsweise allgemeiner Kommunikationsherausforderungen. Beispiele: Von verschiedenen Trägerbereichen wird auf „vorschnelle“ / „unplausible“ / „fehlerhafte“ / verfristete Weiterleitungen hingewiesen, die gegebenenfalls durch mehr Informationen über das Leistungsspektrum anderer Leistungsträger oder telefonische Rücksprache verringert werden könnten. Die Einhaltung der Fristen des § 14 SGB IX wird als in der Praxis zum Teil nicht darstellbar beschreiben, nicht zuletzt aufgrund fehlender Informationen im Antrag selbst.

Die auf Wunsch des BMAS für diese Gemeinsame Empfehlung zusätzlich eingebrachten Fragestellungen 4.3.3 und 4.3.4 zeigen, dass einschlägige Fall- beziehungsweise

hungsweise Kennzahlen nicht regelhaft erhoben werden. Mit Blick auf die Frage 4.3.3 zeichnet sich nach den mitgeteilten Angaben ab, dass die dort angesprochene Konstellation eines Antrags, der sich auf mehrere Leistungen bezieht, derzeit in der Praxis offenbar in eher wenigen Fällen vorkommt. Teils werden diese Anträge dann aufgespaltet, teils nicht. Allerdings kann sich ein entsprechender Bedarf gegebenenfalls auch erst im Rahmen der Bedarfsfeststellung nach einem zunächst eindeutigen Antrag ergeben, worauf ganz überwiegend nicht gesondert eingegangen wird. Zu Frage 4.3.4 ergibt sich ein mangels konkreter Zahlenbasis unklares und insgesamt uneinheitliches Bild betreffend Gutachtenlaufzeiten. Zur Beförderung einer möglichst kurzen Laufzeit setzen die Leistungsträger ein breites Spektrum an Aktivitäten ein. Zum Teil wird allerdings auch darauf hingewiesen, dass deren Wirkung unterschiedlich beziehungsweise begrenzt ist.

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

Aus dem Bereich der **gesetzlichen Krankenversicherung** berichtet der **AOK-Bundesverband**, dass angesichts praktischer Fragestellungen in der Gemeinsamen Empfehlung Regelungen fehlen für:

- Verfahren bei gleichzeitiger Zuständigkeit von mehreren Reha-Trägern für einen Leistungskomplex (zum Beispiel bei berufsbedingtem Mehrbedarf für Hörgeräte),
- eine noch genauere Definition des Antrags in § 1 Abs. 1 der GE vor dem Hintergrund, dass in einigen Regionen das Muster 61 (Verordnung medizinischer Rehabilitation) nicht von allen Rentenversicherungsträgern als Antrag angesehen werde.

Zudem wird eine verbindlichere Einbeziehung der Sozialhilfe und Jugendhilfe ange-regt, da in diesen Bereichen die Gemeinsame Empfehlung nicht durchgehend Anwendung finde. Der **BKK Dachverband** sieht keinen Verbesserungsbedarf und verweist auf die Ausführungen im Bericht 2012/2013. Danach hätten die Problemkonstellationen ihren Ursprung zumeist nicht in der Gemeinsamen Empfehlung selbst, sondern entstünden vielmehr durch teilweise unterschiedliche Auslegungen hinsichtlich der sachlichen Zuständigkeit. Dem könne durch festgelegte Kommunikationsstrukturen und (weitere) Verfahrensabsprachen zwischen den Trägern abgeholfen werden, die in der Praxis oftmals bereits genutzt würden. Der **IKK e. V.** unterstreicht die durch die letzte Überarbeitung der Gemeinsamen Empfehlung erzielten Verbesserungen in der Praxis. Allenfalls Interpretationsspielräume beim Begriff „unverzüglich“ in den Regelungen der GE werden erwähnt. Die **Knappschaft, Abteilung Kranken- und Pflegeversicherung** (nachfolgend: Knappschaft) und der **Verband der Ersatzkassen** sehen keinen Verbesserungsbedarf.

Die **Deutsche Rentenversicherung Bund** teilt mit, dass ganz überwiegend kein Verbesserungsbedarf gesehen werde. Vereinzelt würde eine genauere Definition des Antrags gewünscht.

Die **Bundesagentur für Arbeit** führt aus, bei künftigen Überarbeitungen zur Anpassung an die aktuelle Gesetzeslage solle berücksichtigt werden, dass nicht alle Unsicherheiten bei der Umsetzung der komplexen Rechtsmaterie ausgeräumt werden konnten. Ergänzende Erläuterungen anhand praktischer Verfahrensweisen könnten unterstützen, beispielsweise zu § 4 der GE „Weiterleitung bei ungeklärter Behinderungsursache“ oder bei der Zuständigkeit des zweitangegangenen Trägers für Leistungen, die nicht in seinem Leistungsportfolio liegen. In der Praxis sei der zuständige Träger nicht immer bereit, in die Förderung einzusteigen.

Die **Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung** erneuert den bereits für den Jahresbericht 2012/2013 unterbreiteten Vorschlag, eine ausdrückliche Regelung aufzunehmen zum Erstattungsanspruch in dem Fall, dass der erstangegangene Träger zugunsten schneller Leistungsgewährung auch bei verbleibenden Zweifeln an seiner Zuständigkeit leistet und sich dann nachträglich die Unzuständigkeit herausstellt.

Details zu Verbesserungsbedarfen behält sich die **Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau** zur Einbringung in die vorgesehene weitere Überarbeitung der Gemeinsamen Empfehlung vor.

Die **Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe** berichtet, dass die GE überwiegend keine Praxisrelevanz hätten, und die GE zur Zuständigkeitsklärung insoweit eine Ausnahme darstelle. Mit Blick auf die unter Ziffer 4.3.2 näher ausgeführten Umsetzungsherausforderungen in diesem Trägerbereich wird darauf verwiesen, dass bereits in der Vergangenheit eine Schärfung der Verfahrensregelungen gefordert worden sei und insofern auf das anstehende Reformvorhaben BTHG verwiesen werde.

Die Träger der **Kriegsopferversorgung und -fürsorge** sehen ganz überwiegend keinen Verbesserungsbedarf. Das in Brandenburg zuständige Landesamt für Soziales und Versorgung regt allerdings an, dass vor Weiterleitung eines Antrags eine kurze Rücksprache erfolgen solle. Hintergrund seien Weiterleitungen von Anträgen auf Leistungen, die von diesem Trägerbereich nicht gewährt werden könnten.

Verbesserungsbedarf wird seitens der **Integrationsämter** ganz überwiegend nicht gesehen, die Gemeinsame Empfehlung habe sich in der Praxis bewährt. Das Integrationsamt in Rheinland-Pfalz benennt allerdings Konkretisierungsbedarf für den Fall, dass verschiedene Träger für die gleiche Leistung zuständig sein können. Hier gebe es uneinheitliche Verfahrensweisen.

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

Von der gesetzlichen Krankenversicherung berichtet der **AOK-Bundesverband** von gelegentlichen Herausforderungen bei der Umsetzung der Gemeinsamen Empfehlung. Die Angaben beziehen sich auf eine Weiterleitung des Reha-Antrags an einen Rehabilitationsträger, der für die beantragte Leistung nach § 6 SGB IX nicht Rehabilitationsträger sein kann. Dabei stelle sich insbesondere die Frage, wie der zweitangegangene Träger in diesen Fällen am besten vorgehen sollte. Der **BKK Dachverband** berichtet von teilweise unplausiblen Weiterleitungen, die zeit- und arbeitsaufwändige Erstattungsverfahren nach sich zögen. Laut **IKK e. V.** ist in Einzelfällen der Weiterleitung eine lange Postlaufzeit des Weiterleitungsschreibens zu verzeichnen. Dem **Verband der Ersatzkassen** zufolge kommt es vereinzelt zu Unstimmigkeiten zwischen Krankenkassen und Rentenversicherungsträgern über die Frage des Fristbeginns. Mitunter würden zudem Weiterleitungen als voreilig eingeschätzt, was mit dem Hinweis auf die gesetzlichen Fristen erklärt wird. Die **Knappschaft** sieht keine Probleme bei der Umsetzung.

Die **Deutsche Rentenversicherung Bund** berichtet, dass die Rentenversicherungsträger mehrheitlich keine Umsetzungsprobleme benannt hätten. Kritisiert würde teilweise, dass gesetzliche Krankenkassen sehr viele Anträge oder formlose Anfragen weiterleiteten. Zudem würden Erstattungsansprüche von Krankenkassen teilweise nicht gänzlich anerkannt.

Die **Bundesagentur für Arbeit** sieht keine grundsätzlichen Probleme bei der Umsetzung. Vielmehr zeige sich, dass die Materie sehr komplex sei und es dadurch vereinzelt zu Schwierigkeiten an Schnittstellen zu anderen Trägern komme. Als Beispiel benannt wird die Schnittstelle zur gesetzlichen Rentenversicherung in Fällen mit WfbM-Bedarf nach medizinischer Rehabilitation.

Die **Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung** ist der Ansicht, dass in der Praxis Verbesserungsbedarf insoweit bestehe, wenn der erstangegangene die eigene Zuständigkeit nicht sicher klären könne, seine Zuständigkeit aber möglich oder sogar wahrscheinlich sei. Nach den geltenden Regelungen verliere er dann gegebenenfalls seinen Erstattungsanspruch, wenn er nicht weiterleite. Ein Verlust des Erstattungsanspruchs sei jedoch nur bei bewusstem Eingriff in fremde Zuständigkeiten sachgerecht. Daher werde über den zu Frage 4.3.1 unterbreiteten Vorschlag hinaus eine klare Regelung im anstehenden Reformvorhaben Bundesteilhabegesetz/SGB IX angeregt.

Die **Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau** sieht keine Umsetzungsprobleme.

Die **Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe** berichtet, dass die Gemeinsame Empfehlung in der praktischen Anwendung von ihren Mitgliedern kritisiert werde. Benannt würden vor allem vorschnelle Weiterleitungen – insbesondere von Seiten der Krankenkassen – ohne genaue Prüfung des eigenen Leistungsrechts. Dies wird bestätigt durch einen ergänzenden Bericht eines Sozialhilfeträgers (Bezirk Niederbayern), der sich insbesondere auf Leistungen zur Schulbildung bezieht und zusätzlich auf fehlende Begründungen bei Weiterleitungen durch Krankenkassen und auch Rentenversicherungsträger sowie auf die Problematik der Weiterleitung durch zweitangegangene Träger hinweist. Die BAGüS regt auch eine genauere Prüfung der sachlichen und örtlichen Zuständigkeit von Sozialhilfeträgern vor Weiterleitung an diese an und verweist auf die Zuständigkeitsübersichten auf ihrer Homepage. Zum Teil würden von dem durch Nichtweiterleitung nach § 14 SGB IX zuständig gewordenen erstangegangenen Träger zudem etwaige Folgeanträge weitergeleitet, was zu einer gespaltenen Zuständigkeit innerhalb eines Leistungsfalles führe.

Die Träger der **Kriegsopferversorgung und -fürsorge** berichten ganz überwiegend keine Umsetzungsprobleme. Aus Sachsen wird bemerkt, dass Informationen über die Leistungsvoraussetzungen nach dem Sozialen Entschädigungsrecht bei anderen Trägern wohl oft nicht vorlägen, was zur Weiterleitung von Anträgen auf Leistungen führe, deren Voraussetzungen (zum Beispiel Kausalität) nicht gegeben seien. Die zuständigen Behörden aus Brandenburg und Schleswig-Holstein weisen darauf hin, dass oft keine Begründung der Weiterleitung erfolge (was in § 2 Abs. 1 der GE vorgesehen ist).

Aus Sicht der **Integrationsämter** bestehen teilweise Umsetzungsprobleme, die allerdings mitunter vorrangig auf gesetzliche Rahmenbedingungen zurückzuführen seien. So wird es als oft unmöglich eingeschätzt, binnen der 14-Tage-Frist die Zuständigkeit „100 % aufzuklären“ (Hamburg). Angemerkt wird auch, dass die Einhaltung der gesetzlichen Fristen mitunter an den Informationen im Antrag oder an der Mitwirkungsbereitschaft des Antragstellers scheitere. Teilweise wird berichtet, dass in Antragsunterlagen mitunter Angaben fehlten, die für die Beurteilung der Zuständigkeit wesentlich seien und dann telefonisch nachgefragt werden müssten (LVR-Integrationsamt, Thüringen). Beispielhaft für solche fehlenden Angaben benannt werden die Krankenkasse oder der Rentenversicherungsträger des Antragstellers oder auch Versicherungszeiten.

Norminhalte des § 14 SGB IX scheinen in der Praxis nicht immer Beachtung zu finden. So wird berichtet, dass manche Träger überhaupt keine Prüfung vor Weiterleitung vorzunehmen scheinen (Mecklenburg-Vorpommern) oder erst nach Ablauf der 14-Tage-Frist oder gar als zweitangegangener Träger weiterleiten beziehungsweise Anträge zurückschicken (LWL-Integrationsamt).

Berichtet wird, dass Reha-Träger mitunter Anträge weiterleiteten, aus denen eindeutig hervorgehe, dass das Integrationsamt nicht zuständig sein könne. Zudem werde teilweise nicht beachtet, dass das Integrationsamt kein Reha-Träger ist und einen Antrag auch nochmals weiterleiten könne (Sachsen, Thüringen). Auch die in den Anträgen übermittelten Informationen seien mitunter gering. Zum Teil würden diese Herausforderungen mit einem fehlenden telefonischen Kontakt vor Weiterleitung begründet (Thüringen), teils vor dem Hintergrund gegebenenfalls ausbaufähigen Wissens über das Leistungsrecht der Integrationsämter.

Die materielle Zuständigkeitsabgrenzung bei der Kfz-Hilfe stellt in der Praxis der Zuständigkeitsklärung aus Sicht des Integrationsamts in Rheinland-Pfalz mitunter eine Herausforderung dar.

Auf Wunsch des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales zu dieser GE zusätzlich eingebrachte Fragestellungen (4.3.3 und 4.3.4):

- 4.3.3 Wie wird im Verwaltungsverfahren damit umgegangen, wenn in einem Antrag erkennbar mehrere verschiedene Leistungen zur Teilhabe oder Leistungen aus verschiedenen Leistungsgruppen (z. B. zur medizinischen Rehabilitation und Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft) zugleich begehrt werden beziehungsweise ein entsprechender Bedarf erkennbar wird? Kommt es sodann im Rahmen des § 14 Abs. 1 SGB IX zu einer „Aufspaltung“ des Antrags z. B. in dem Sinne, dass ein Teil der Leistungen bewilligt wird und der Antrag hinsichtlich des anderen Leistungsteiles an den voraussichtlich zuständigen Rehabilitationsträger weitergeleitet wird? In wie vielen Fällen kommt das in der Praxis vor?**

Aus dem Bereich der **gesetzlichen Krankenversicherung** wird berichtet, dass die Fälle in der Praxis nur selten vorkommen (**AOK-Bundesverband**). Das anschließende Verfahren hänge von verschiedenen Faktoren ab. Die Anträge würden in der Regel aufgespalten, und jeder Träger entscheide nach seinem rehabilitationsträgerspezifischen Recht über seinen spezifischen Leistungsanteil. Der erstangegangene teilständige Träger informiere nach Möglichkeit den zweitangegangenen darüber, welche Leistungen beziehungsweise welchen Leistungsanteil er erbringt. Bei persönlicher Antragstellung würden bei erkennbarem Bedarf für mehrere Leistungen auch mehrere Anträge gestellt. Stelle sich der Bedarf für mehrere Leistungen im Lauf des Verfahrens heraus, werde individuell vorgegangen. Die Möglichkeiten zur Aufspaltung des Antrags werden insgesamt im Hinblick auf direkte und kurzfristige Leistungsgewährung aus Sicht des AOK-Bundesverbandes als sinnvoll erachtet. Seitens der Sozialämter würde dazu allerdings oft keine Bereitschaft bestehen.

Beim **BKK Dachverband** sind die in der Fragestellung beschriebenen Fallkonstellationen nicht bekannt.

Der **IKK e. V.** teilt mit, dass nur vereinzelte Fälle bekannt seien, in denen mehrere Teilhabeleistungen beantragt würden. Sofern dies auf Formularen der Krankenkassen als erstangegangenem Träger geschehe, würden von Seiten der Krankenkassen nur die Leistungen der medizinischen Rehabilitation bearbeitet.

Laut **Verband der Ersatzkassen** kommen diese Fälle in der Praxis eher nicht vor, in der Regel nur im Rahmen eines persönlichen Budgets. In einem Einzelfall sei über eine reibungslose Abwicklung durch sofortige Kontaktaufnahme mit dem zusätzlich betroffenen Träger berichtet worden.

Auch nach Angaben der **Knappschaft** kommen Anträge auf Leistungen mehrerer Leistungsgruppen in der Praxis sehr selten vor. Vorgesehen sei, dass dann der nach § 14 zuständige Reha-Träger den Reha-Bedarf feststelle und darüber entscheide. Sofern aus den Antragsunterlagen erkennbar sei, dass noch ein weiterer Reha-Träger zuständig sei, würden die Antragsunterlagen nach § 17 der GE „Reha-Prozess“ an diesen weitergeleitet, damit dieser über den Antrag entscheide. Der Antragsteller werde hierüber informiert.

Die **Deutsche Rentenversicherung Bund** teilt ebenfalls mit, dass die benannten Fallgestaltungen in der Praxis sehr selten seien - auch angesichts der Zuständigkeit der DRV für medizinische Rehabilitation und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben. Die Fälle würden zum Teil über Gemeinsame Servicestellen gelöst, aber auch über Fallkonferenzen im Rahmen des persönlichen Budgets. Bei Anträgen für Leistungen in Werkstätten für behinderte Menschen erfolge die Klärung über die gemeinsamen Fachausschusssitzungen.

Auch für die **Bundesagentur für Arbeit** ist eine konkrete Aussage zur Anzahl entsprechender Fälle nicht möglich, eine statistische Erfassung derartiger Anträge erfolge nicht. Sofern neben den Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben weitere Leistungsarten beantragt würden, erfolge in der Regel nach Rücksprache mit der Antragstellerin beziehungsweise dem Antragsteller eine Weiterleitung an den für die Leistung zuständigen Träger. Es komme zu einer sinnvollen Aufspaltung des Antrages, da so das Begehren der Rehabilitanden am wirkungsvollsten umgesetzt werden könne.

Bei der gesetzlichen Unfallversicherung kommen nach Mitteilung der **Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung** unter Hinweis auf die Zuständigkeit der Unfallversicherung für alle Leistungsgruppen nach § 6 SGB IX die in der Frage aufgegriffenen Fälle in der Praxis sehr selten vor. Sofern ein solcher Fall eintrete, gelte die Regelung des § 10 SGB IX. Entsprechend setze sich der Unfallversicherungsträger mit dem (anderen) zuständigen Rehabilitationsträger und dem Leistungsberechtigten in Verbindung und koordiniere die weitere Bearbeitung. Ergänzend wird auf die Gemeinsa-

me Empfehlung „Reha-Prozess“ verwiesen, insbesondere auf das Instrument der Teilhabeplanung.

Auch die **Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau** teilt mit, dass diese Fälle in ihrem Bereich sehr selten seien, und nennt konkret eine Anzahl von weniger als 5 Fälle im Jahr. In diesen werde individuell gemeinsam mit dem Betroffenen und dem anderen Rehabilitationsträger über die sinnvollste Vorgehensweise entschieden. Bei verschiedenen Zuständigkeiten innerhalb der SVLFG-Versicherungszweige erfolgt diese direkt durch die SVLFG. Sofern andere Rehabilitationsträger beteiligt seien, werde unter anderem über die Nutzung des Instruments „Teilhabeplan“ entschieden. Eine Leistungserbringung „wie aus einer Hand“ sei bei Beteiligung anderer Reha-Träger nur nach gemeinsamer Teilhabeplanung unter Beteiligung aller Reha-Träger möglich. Die Aufspaltung eines Antrags könne dabei sinnvoll sein, ein entsprechender Automatismus erscheine nicht zielführend.

Der Bezirk Niederbayern als **überörtlicher Träger der Sozialhilfe** berichtet, dass in den seltenen Fällen (2-3 im Jahr), in denen bei Anträgen mehrere Träger betroffen seien, diese Anträge aufgesplittet und entsprechend weitergeleitet würden. Sofern es sich um Anträge auf ein persönliches Budget handele (ca. 2-3 im Jahr), würden demgegenüber Stellungnahmen von anderen Trägern eingeholt und die Leistung erbracht mit anschließender Erstattung durch die anderen beteiligten Reha-Träger. Oft werde ergänzend zu bereits vorliegenden Leistungen eines oder mehrerer anderer Reha-Träger (zum Beispiel Kranken- und Pflegekasse, Integrationsamt) eine Teilhabeleistung erbracht.

Bei den Trägern der **Kriegsopferversorgung und -fürsorge** ist die Rückmeldung zu dieser Frage uneinheitlich. Teils berichten die jeweils zuständigen Behörden der beziehungsweise in den Ländern, es träten keine derartigen Fälle auf (Hessen, Rheinland-Pfalz, LWL-Hauptfürsorgestelle). Teils werden keine Angaben zur Häufigkeit mitgeteilt. Angaben im Übrigen: 2-3 Fälle im Jahr (Hamburg), 10 Fälle im Jahr (Mecklenburg-Vorpommern), gelegentlich (Schleswig-Holstein). Teils werden Anträge aufgespalten (Hamburg, Hessen, Schleswig Holstein) teils nicht (Berlin, Brandenburg, Sachsen). Die LWL-Hauptfürsorgestelle führt im Einzelnen aus, dass zu den Fragen 4.3.3 und 4.3.4 angesichts insgesamt geringer Zahl an Leistungsfällen im Aufgabebereich als Reha-Träger keine aussagekräftigen Erfahrungswerte vorlägen.

Auch die **Integrationsämter** berichten hierzu uneinheitlich. Wenn entsprechende Anträge eingingen, werden sie nach Mitteilung des LWL-Integrationsamtes aufgespalten. Der Teil der beantragten Leistungen, der das Integrationsamt betreffe, werde dort bearbeitet und bei Vorliegen der Voraussetzungen gegebenenfalls bewilligt. Im Übrigen werde der Antrag nach § 14 SGB IX an den voraussichtlich zuständigen Reha-Träger weitergeleitet. Insoweit gebe es keine Datenerfassung. Geschätzt handele es sich um ca. 20 Fälle jährlich. Ansonsten wird mitgeteilt, dass Anträge (potenziell) auf-

gespalten würden in Baden-Württemberg, in Rheinland-Pfalz und im Saarland. Keine Aufspaltung (ist) erfolgt in Hamburg und Mecklenburg-Vorpommern. Aus Sachsen und Thüringen wird berichtet, dass solche Fälle über das persönliche Budget gelöst würden. Oft kommen nach den vorliegenden Angaben derlei Fälle gar nicht (LWL-Integrationsamt, Hamburg) oder nur ca. einmal vor (Mecklenburg-Vorpommern, LVR-Integrationsamt). Angaben im Übrigen: sehr selten (Saarland), 4 Fälle im Jahr (Sachsen, als Beteiligter im Rahmen eines trägerübergreifenden persönlichen Budgets), wenige Fälle (Baden-Württemberg), geschätzt unter 10 Fälle im Jahr (Rheinland-Pfalz), immer häufiger (Thüringen, persönliche Budgets, insbesondere im Bereich Arbeitsassistenten/Pflege, Kfz-Hilfe).

4.3.4 Wie lange (wie viele Tage?) ist der durchschnittliche Zeitraum zwischen der Feststellung, dass ein Gutachten für die Feststellung eines Rehabilitationsbedarfs erforderlich ist, und dem Eingang des Gutachtens beim Rehabilitations-träger? Was tun die Träger, um den Zeitraum möglichst kurz zu halten?

Im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung berichtet der **AOK-Bundesverband**, dass im Bereich der Anschlussrehabilitation binnen 48 Stunden geprüft und in der Regel auch entschieden werde. Bei Einbeziehung des MDK im Rahmen der Sozialmedizinischen Fallberatung (SFB) oder gesonderter Beauftragung gingen Gutachten nach 5 bis 10 Tagen bei der Krankenkasse ein. In der Praxis kämen indes oft längere Gutachten-Laufzeiten vor als die gesetzlich vorgesehenen zwei Wochen. Dies sei gegebenenfalls in unvollständigen Antragsunterlagen begründet. In komplizierten Fallkonstellationen bei Beteiligung der Jugend- und Sozialämter könnten die Laufzeiten in Einzelfällen bis zu 3 - 6 Monate betragen. Mangels Sanktionsmöglichkeit für ein Überschreiten der Gutachten-Laufzeit erschöpften sich die Aktivitäten zur Verkürzung der Laufzeit auf Auftragserteilung per Fax und gegebenenfalls – aufwändiges – telefonisches Nachhalten.

Der **BKK Dachverband** berichtet, dass die 14-tägige Frist zur Gutachtenerstellung in fast allen Fällen eingehalten werde. Unterstützt werde dies durch interne Arbeitsanweisungen und strukturierte Prozesse. Bei den Innungskrankenkassen finden nach Mitteilung des **IKK e. V.** wöchentliche Fallberatungen beim medizinischen Dienst und in den Häusern der Innungskrankenkassen statt. Der Referenzwert für die Laufzeit bewege sich je nach Leistungsart zwischen einem und zehn Tagen. Bei den Ersatzkassen werden nach Angaben des **Verbands der Ersatzkassen** die vorgegebenen Fristen eingehalten. Häufig sei eine Sozialmedizinische Fallberatung zur Beurteilung ausreichend. Ansonsten würden die Fristen vom MDK eingehalten. Die Krankenkassen überwachten die Fälle engmaschig. Spezifische Erhebungen über den abgefragten Zeitraum fänden nicht statt. Soweit Angaben vorlägen, lägen diese bei ca. 3 Wochen. Irritationen beim sog. „Umschlagverfahren“ hätten teilweise längere Bearbei-

tungszeiten zur Folge gehabt. Im Bereich der **Knappschaft** gehört der Sozialmedizinische Dienst „zum Verbundsystem der Knappschaft-Bahn-See“, was eine zeitnahe Begutachtung grundsätzlich gewährleiste. Der abgefragte Zeitraum betrage für die stationäre Anschluss-Rehabilitation 1 - 3 Tage, für die stationäre Reha ca. 9 Tage und für Mutter/Vater-Kind-Maßnahmen durchschnittlich 4 Tage.

Die **Deutsche Rentenversicherung Bund** teilt mit, dass der in der Frage angesprochene Zeitraum nicht erfasst werde. Die Schätzungen der Regionalträger seien sehr unterschiedlich. Da eingeholte Befundberichte und bereits vorhandene Gutachten vom ärztlichen Dienst des Rentenversicherungsträgers einbezogen würden, seien Fachgutachten in vielen Fällen nicht erforderlich. Falls doch, werde der Eingang eng überwacht und die Fertigstellung gegebenenfalls auch mehrfach angemahnt.

Nach Angaben der **Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung** benötigt die Unfallversicherung in der Regel kein Gutachten zur Feststellung des Reha-Bedarfes. Der Reha-Bedarf orientiere sich je nach Einzelfall an Art und Schwere der Verletzung beziehungsweise Erkrankung und werde zeitgerecht durch eine frühzeitige individuelle und persönliche Betreuung im Reha-Management festgestellt, welches auch die geeigneten Maßnahmen koordiniere. Sofern gleichwohl Gutachten benötigt würden, werde auf die Einhaltung der Frist von drei Wochen (unter Hinweis auf „§ 49 Vertrag gem. § 34 Abs. 3 SGB VII – Ärztevertrag“) geachtet. In der Regel gingen die Gutachten fristgerecht ein. Bei Gutachten auf psychologischem Fachgebiet sei dieser Zeitraum erfahrungsgemäß zu kurz - wegen der hier umfangreichen Testverfahren.

Der **Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau** liegen zum abgefragten Zeitraum keine amtlichen Statistiken vor. Nach fundierter Einschätzung der Praktiker sei eine fristgerechte Begutachtung nach dem SGB IX in nahezu allen Fällen gewährleistet. Die Vorgaben für die Gutachter (MDK, Beratungsärzte, externe Gutachter) sähen die konsequente Einhaltung der Fristen vor. Notwendige Begutachtungen (MDK und Beratungsärzte) würden ein- bis zweimal pro Woche direkt vor Ort in den zuständigen Verwaltungsstellen der SVLFG durchgeführt. Nicht von der SVLFG zu vertretende Verzögerungen ergäben sich allenfalls aus unvollständigen vorgelegten Unterlagen. Diese würden nachgefordert und anschließend erneut dem Gutachter vorgelegt.

Bei den Trägern der **Kriegsopferversorgung und -fürsorge** ist die Rückmeldung hierzu sehr uneinheitlich. Überwiegend (Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, LWL-Hauptfürsorgestelle, Sachsen) machen die jeweils zuständigen Behörden der beziehungsweise in den Ländern keine konkreten Angaben zum abgefragten Zeitraum, teils unter Hinweis auf das Fehlen entsprechender Statistiken. Dort, wo Angaben zum abgefragten Zeitrahmen mitgeteilt werden, bewegen sich diese zwischen 10 Tagen (Rheinland-Pfalz) über 2 - 3 Wochen (Hamburg) und 3 Wochen (Hessen) hin zu „sehr unterschiedlich“ (Schleswig-Holstein) und „nicht immer zeitnah“

(Sachsen). Als Aktivitäten, um den Zeitraum möglichst kurz zu halten, werden genannt: Gutachterausswahl, Wiedervorlagen, Hinweis auf Eilbedürftigkeit und gegebenenfalls auf die gesetzlichen Fristen bei Beauftragung, Anweisung zur bevorzugten Bearbeitung an Sachbearbeiter und Gutachter, Einsatz speziell geschulter Versorgungsärzte, persönliche Vorlage beim ärztlichen Dienst durch den Sachbearbeiter, Absprache mit anderen beteiligten Reha-Trägern.

Von den **Integrationsämtern** kommen hierzu teils keine Angaben, teils unter ausdrücklichem Hinweis darauf, dass das Integrationsamt keine Reha-Bedarfe feststelle (Hamburg, Sachsen) beziehungsweise dass der Bedarf vom Sachbearbeiter in Fallkonferenzen und in Gesprächen mit den Antragstellern erhoben werde (Thüringen). Angaben zum Zeitrahmen im Übrigen: 4 Wochen (Mecklenburg-Vorpommern), keine gesicherten Erfahrungswerte und geschätzt ca. 4 - 6 Wochen (Rheinland-Pfalz).

4.3.5 Sonstige Anmerkungen:

Ausdrücklich positiv hervorgehoben wird die allgemeine Wirkung der Gemeinsamen Empfehlung zur Zuständigkeitsklärung insbesondere durch einige Krankenkassenverbände (BKK Dachverband, IKK e. V.), der Hauptfürsorgestelle Rheinland-Pfalz und dem Integrationsamt in Baden-Württemberg. Teilweise wird aus jeweils spezifischer Sicht eine positive Wirkung konkretisiert. So berichtet die Hauptfürsorgestelle Rheinland-Pfalz, dass sich die im vergangenen Berichtszeitraum bestehenden Probleme in der Zusammenarbeit mit anderen Reha-Trägern in Fragen der Heil- und Krankenbehandlung und der orthopädischer Versorgung im aktuellen Berichtszeitraum nicht mehr ergeben hätten. Aktuell strittig sei nur ein Erstattungsanspruch, der von einem erstangegangenen Reha-Träger geltend gemacht werde. Das Integrationsamt Mecklenburg-Vorpommern teilt eine verbesserte Zusammenarbeit mit der Bundesagentur für Arbeit mit. Das LVR-Integrationsamt führt aus, dass die Anzahl fehlerhafter Weiterleitungen stark abgenommen habe.

4.4 **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 Orientierungsrahmen für die Arbeit der BAR 2013-2015 ist eine Überprüfung der Gemeinsamen Empfehlung vorgesehen, eine Überarbeitung findet aktuell statt.

In der Gesamtschau zeigt sich, dass insbesondere innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung als auch bei der Deutschen Rentenversicherung Anpassungsbedarfe aufgrund des 2015 in Kraft getretenen Präventionsgesetzes gesehen werden. Im Rahmen der neu geschaffenen Nationalen Präventionskonferenz hat der Gesetzgeber zu diesem Themengebiet ebenfalls eine trägerübergreifende Zusammenarbeit vorgesehen. Für eine bessere Umsetzung der Gemeinsamen Empfehlung wird eine höhere Praxistauglichkeit im Sinne der Ableitbarkeit von Maßnahmen gefordert. Fehlende Ressourcen für die erforderliche Netzwerkarbeit beziehungsweise für Fallkonferenzen werden zudem als Hindernis genannt. Von einigen Trägern werden aber auch gut funktionierende Kooperationen bei der Leistungserbringung berichtet. Eine große Zahl der Meldungen zur Gemeinsamen Empfehlung „Prävention“ enthält wiederum keine Hinweise auf Verbesserungsbedarf oder Umsetzungsschwierigkeiten.

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

Der **AOK-Bundesverband** weist darauf hin, dass das Präventionsgesetz auf die zielgerichtete Zusammenarbeit der Akteure in der Prävention und Gesundheitsförderung setzt. Obwohl sich das Präventionsgesetz nur auf die Krankheit fokussiert, hat es mittelbar auch Auswirkungen auf die Verhütung von Behinderungen. Aus diesem Grund wird eine Aktualisierung der Gemeinsamen Empfehlung unter Berücksichtigung der durch das Präventionsgesetz geänderten Rahmenbedingungen angeregt – zum Beispiel Nutzung von Erkenntnissen aus Settings nach den §§ 20 ff. SGB V.

Auch der **IKK e. V.** verweist auf das Präventionsgesetz. Hiermit werden sowohl auf der Bundes- als auf der Landesebene die trägerübergreifenden Kooperationen derzeit strukturell verankert. Damit sei mit einer Verbesserung der fortlaufenden Zusammenarbeit zu rechnen. Es werde auch mehr Transparenz und Informationen über die jeweils trägerbezogenen Präventionsleistungen geben.

Die **Knappschaft** sieht hierin ebenso einen Verbesserungsbedarf im Sinne eines praxistauglichen Einbezugs der neuen Präventionsziele gemäß Präventionsgesetz

(§ 20 Abs. 3 SGB V) sowie der Festlegungen der Nationalen Präventionskonferenz (Bundesrahmenempfehlung und Landesrahmenvereinbarungen).

Die **Deutsche Rentenversicherung Bund** berichtet gleichfalls, dass einige Träger der Rentenversicherung einen Weiterentwicklungsbedarf bei der Gemeinsamen Empfehlung „Prävention“ sehen, im Hinblick auf den im Präventionsgesetz normierten Ausbau der Zusammenarbeit der Sozialversicherungsträger und die zu erwartenden neuen Strukturen in den Regionen. Hierbei stelle sich die Frage, ob zukünftig über die Festlegungen im Präventionsgesetz, in der Bundesrahmenempfehlung und den Landesrahmenvereinbarungen hinaus noch eine Gemeinsame Empfehlung notwendig sei und wenn ja, welche Inhalte darin geregelt werden sollten.

Der **BKK Dachverband**, der **Verband der Ersatzkassen**, die **Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau** sowie die **Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung** sehen keinen Verbesserungsbedarf.

Das **Integrationsamt Hamburg** erklärt, dass die Gemeinsame Empfehlung „Prävention“ dort keine Anwendung findet. Allerdings werden § 6 u. § 7 analog "gelebt", ohne dass es dafür Vereinbarungen bedürfe. Verbesserungsbedarfe beständen in Hamburg nicht. Das Integrationsamt Rheinland-Pfalz plädiert für ein schnelleres Tempo und mehr Gemeinsamkeit bei der Suche nach Lösungen. Der Blickwinkel sei oft auf die jeweilige Leistungsmöglichkeit eingeschränkt. Die Bildung von Leistungsketten in stetiger Netzwerkarbeit sei nötig. Laut dem Integrationsamt Sachsen wird das Integrationsamt in der Regel nur direkt vom Arbeitgeber zur Problematik eingeschaltet beziehungsweise beauftragt; seitens der Reha-Träger erfolge keine Einschaltung der IFD. Die Integrationsämter Baden-Württemberg, Mecklenburg-Vorpommern und Saarland sehen keinen Verbesserungsbedarf bei der Gemeinsamen Empfehlung.

Keinen Verbesserungsbedarf sehen auch die Länder Bayern, Berlin, Brandenburg, Hamburg, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern und Saarland sowie der Landschaftsverband Westfalen-Lippe (LWL) als **Träger der Kriegsopferversorgung und -fürsorge**.

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

Der **IKK e. V.** regt an, aufgrund der gesetzlichen Änderungen die Gemeinsame Empfehlung auf Aktualität zu überprüfen.

Die **Knappschaft** ist der Ansicht, dass nach wie vor – und insbesondere im Lichte der Erwartungen des Präventionsgesetzes – trägerübergreifende praxistaugliche Maßnahmen abgeleitet werden sollten.

Laut der **Deutschen Rentenversicherung** werden von den Rentenversicherungsträgern keine Probleme bei der Umsetzung der Gemeinsamen Empfehlung gesehen. Als Problem bei dem Angebot von Präventionsleistungen der DRV im Setting „Betrieb“ wird von einigen Rentenversicherungsträgern die bislang eher noch geringe Motivation von Versicherten und Arbeitgebern beschrieben.

Der **AOK-Bundesverband**, der **BKK Dachverband**, der **Verband der Ersatzkassen**, die **Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau** sowie die **Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung** sehen keine Probleme bei der Umsetzung der Gemeinsamen Empfehlung.

Dem Landschaftsverband Westfalen-Lippe als Träger des **Integrationsamtes** zufolge gibt es Verbesserungsbedarf bei der Abstimmung der Einzelfälle. Die in den einzelnen Regionen angesiedelten Netzwerke mit den unterschiedlichen Akteuren arbeiten in der Regel an generellen Problemen in der Zusammenarbeit. Es fehlten zum Beispiel gemeinsame Fallkonferenzen. Die Umsetzungsprobleme ergäben sich daraus, dass für die durchzuführenden Fallkonferenzen Personalressourcen nicht immer vorhanden seien.

Das **Integrationsamt** Hamburg berichtet von Problemen bei der in der Empfehlung dargestellten Koordinierung sowie beim Abschluss von Vereinbarungen zwischen den Rehabilitationsträgern und dem Integrationsamt. Es beständen dafür keine Arbeitsgruppen, so dass lediglich einzelfallbezogene Koordinationen und Absprachen erfolgten. Das Integrationsamt Rheinland Pfalz berichtet von Terminproblemen und unterschiedlicher Personalausstattung.

Keine Probleme in der Umsetzung melden die **Integrationsämter** Baden-Württemberg und Saarland sowie die Länder Bayern, Berlin, Brandenburg, Hamburg und Hessen sowie der Landschaftsverband Westfalen-Lippe als **Träger der Kriegsopferversorgung und -fürsorge**.

4.4.3 Sonstige Anmerkungen (z. B. Positives):

Die **Deutsche Rentenversicherung** gibt an, dass mehrere Rentenversicherungsträger die gute Kooperation der Rentenversicherungsträger untereinander bei der Leistungserbringung vor Ort erwähnten. Ein Rentenversicherungsträger kooperiere bei der Leistungserbringung vor Ort erfolgreich mit einer Krankenkasse.

Die **Bundesagentur für Arbeit** berichtet, dass die Gemeinsame Empfehlung ab 2016 durch eine Fachgruppe bei der BAR überarbeitet wird. Die Änderungsbedarfe der Bundesagentur für Arbeit würden in die Überarbeitung einfließen.

Das **Integrationsamt** Baden-Württemberg berichtet, dass dort gute Erfahrungen gemacht würden und es viele Schnittmengen in der Praxis gebe. Das Integrationsamt

Rheinland Pfalz berichtet, dass dort ab dem 01.08.2015 das Projekt "Initiative zur Beschäftigung von Menschen mit Behinderungen" in Kooperation mit der BA und anderen Leistungsträgern einschließlich den Kammern durchgeführt werde. Es würden Netzwerke gebildet, Aktionspläne erstellt, Leistungsketten abgestimmt und gemeinsame Öffentlichkeitsarbeit betrieben, um neue Arbeits-/ Ausbildungsplätze für schwerbehinderte Menschen zu schaffen beziehungsweise vorhandene zu sichern.

Der Landeswohlfahrtsverband Hessen als **Träger der Kriegsopferversorgung und -fürsorge** berichtet, keine Erfahrung mit der Gemeinsamen Empfehlung zu haben und das Land Sachsen konstatiert, dass diese Gemeinsame Empfehlung keine praktische Bedeutung im sozialen Entschädigungsrecht habe.

4.5 **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. Derzeit erfolgt die im Orientierungsrahmen für die Arbeit der BAR 2013-2015 vorgesehene Überprüfung dieser Gemeinsamen Empfehlung. Die bei der letzten Berichterstattung eingebrachten Empfehlungen werden bei den Beratungen zugrunde gelegt.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass kein Verbesserungsbedarf gesehen und keine Probleme bekannt sind. Die Gemeinsame Empfehlung wird als wichtige Grundlage gesehen, um Qualitätssicherungsmaßnahmen zwischen den verschiedenen Rehabilitationsträgern abzustimmen und umzusetzen.

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

Seitens der **Verbände der Krankenkassen** auf Bundesebene sowie der **Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau** wird ausgeführt, 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** und die **Bundesagentur für Arbeit** sehen keinen Verbesserungsbedarf.

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

Seitens der **Verbände der Krankenkassen** auf Bundesebene sowie der **Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau** wird ausgeführt, dass bei der Umsetzung der Gemeinsamen Empfehlung keine Probleme bekannt sind.

Die **Deutsche Rentenversicherung Bund** und die **Bundesagentur für Arbeit** teilen ebenfalls mit, dass sie keine Probleme bei der Umsetzung sehen.

4.5.3 **Sonstige Anmerkungen (z. B. Positives):**

Seitens der **Verbände der Krankenkassen** auf Bundesebene sowie der **Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau** wird mitgeteilt, dass die Gemeinsame Empfehlung „Qualitätssicherung“ weiterhin die zentrale Grundlage für die Abstimmung und Umsetzung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zwischen den verschiedenen Rehabilitationsträgern sei. Der erste Durchlauf nach der Wiederauf-

nahme des Qualitätssicherungsverfahrens der gesetzlichen Krankenversicherung, das „QS-Reha®-Verfahren“, sei 2015 beendet worden. Im Rahmen der anschließenden Evaluation und Überarbeitung der Instrumente habe sich die gesetzliche Krankenversicherung auch an der Gemeinsamen Empfehlung „Qualitätssicherung“ nach § 20 Abs. 1 SGB IX orientiert. Darüber hinaus habe die Gesetzliche Krankenversicherung eine krankenkasseninterne Datenbank entwickelt, in der alle Qualitätsdaten der am QS-Reha®-Verfahren teilnehmenden Einrichtungen eingepflegt würden. Mit Hilfe dieser Datenbank könnten die Qualitätsergebnisse schnell und transparent ermittelt und somit die Qualität der Beratung der Versicherten zu den einzelnen Rehabilitationseinrichtungen sowie der Qualitätsdialog mit den Rehabilitationseinrichtungen optimiert werden.

Die **Deutsche Rentenversicherung Bund** berichtet, dass sie zusammen mit dem GKV-Spitzenverband auf der Grundlage der GE „Qualitätssicherung“ im Oktober 2013 eine bilaterale Vereinbarung über die weitere Zusammenarbeit in der Qualitätssicherung in der medizinischen Rehabilitation abgeschlossen habe. Diese Vereinbarung konkretisiere die Gemeinsame Empfehlung und schaffe eine gute Basis für die weitere Zusammenarbeit, so dass praktische Probleme gut gelöst werden könnten. Der Detaillierungsgrad der Gemeinsamen Empfehlung wird als ausreichend empfunden. Positiv wird ferner vermerkt, dass die Qualitätssicherung bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben wieder stärker Beachtung finde.

Die **Integrationsämter** sowie die **Träger der Kriegsopferversorgung und -fürsorge** teilen mit, dass die Gemeinsame Empfehlung kaum praktische Relevanz für sie habe. Verbesserungsbedarf wird nicht gesehen, beziehungsweise es wird mitgeteilt, dass keine Angaben zu dieser Gemeinsamen Empfehlung gemacht werden können.

4.6 **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. Die im Orientierungsrahmen für die Arbeit der BAR 2013-2015 vorgesehene Überprüfung dieser Gemeinsamen Empfehlung ist mittlerweile realisiert worden und befindet sich derzeit im Abstimmungsverfahren. Die bei der letzten Berichterstattung eingebrachten Empfehlungen konnten bei den Beratungen entsprechend zugrunde gelegt werden, worauf in verschiedenen Rückmeldungen hingewiesen und deshalb dann auf die Wiederholung der gegebenenfalls bei der letzten Befragung geäußerten Hinweise verzichtet wurde. Die Gemeinsame Empfehlung wird insgesamt als sinnvoll beurteilt, ein Verbesserungsbedarf wird nicht gesehen.

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

Der **BKK Dachverband** geht davon aus, dass die zuletzt geäußerten Anregungen in der laufenden Überarbeitung der GE beraten und in den Entwurf aufgenommen worden seien

Der **IKK e. V.**, der **Verband der Ersatzkassen**, die **Knappschaft die Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau** sehen ebenso wie die **Bundesagentur für Arbeit** keinen Verbesserungsbedarf und verweisen auf die laufende Überarbeitung.

Die **Deutsche Rentenversicherung Bund** sieht keinen Verbesserungsbedarf. Allerdings seien bei ihr Anregungen für die Überarbeitung eingegangen. So erscheine der Gliederungspunkt 4.4.1.1 (Familienanamnese) entbehrlich und könne entfallen, da es für die Aussagekraft des Gutachtens ohne Relevanz sei. Aus dem Kreis der Sozialmediziner sei angeregt worden, dass die Gutachten eine Stellungnahme zur Vorzeitigkeit von (wiederholten) Reha-Leistungen beinhalten sollten (sofern die Thematik im individuellen Fall betroffen ist).

Die **Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen** meldet keinen Verbesserungsbedarf. Keinen Verbesserungsbedarf sehen auch die **Integrationsämter** Baden-Württemberg, Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern, Saarland, Sachsen und die Länder Berlin, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen, Schleswig-Holstein, der Landschaftsverband Westfalen-Lippe und der Landeswohlfahrtsverband Hessen als **Träger der Kriegsopferversorgung und -fürsorge**.

Das Land Brandenburg als **Träger der Kriegsopferversorgung und -fürsorge** merkt an, dass fachspezifische Belange gut berücksichtigt werden könnten.

Das **Integrationsamt** Rheinland-Pfalz berichtet, dass Begutachtungen durch Integrationsämter (in der Regel wegen Kündigungsschutzverfahren) beziehungsweise Reha-Träger unterschiedlich sind – auch aufgrund der jeweiligen Zielfragen. Das Integrationsamt selbst habe keine eigenen Gutachter – daher erfolge die Feststellung im Auftragsbereich mit gegebenenfalls eigenen Vorgaben.

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

Der **AOK-Bundesverband** erwähnt, dass in einer Region die Begutachtung von Rehabedürftigkeit / Rehafähigkeit / Rehaprognose im trägerübergreifenden Sinne konkret beim MDK erfragt werden müsse und in der Praxis nicht als Selbstläufer erfolge.

Der **IKK e. V.** sieht den Austausch der Unterlagen als schwierig an, da datenschutzrechtliche Regelungen zwischen den unterschiedlichen Trägern beachtet werden müssten.

Der **Verband der Ersatzkassen**, die **Knappschaft**, die **Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau** und die **Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen** sehen keine Probleme.

Die **Deutsche Rentenversicherung Bund** berichtet, dass von den Rentenversicherungsträgern überwiegend keine Probleme gesehen werden. Allerdings würden datenschutzrechtliche Hemmnisse durch das Fordern zusätzlicher gesonderter Schweigepflichtentbindungen durch MDK und den Ärztlichen Dienst der Agentur für Arbeit noch vereinzelt auftreten.

Ebenfalls keine Probleme sehen die **Integrationsämter** Baden-Württemberg Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern, Saarland, Sachsen und die Länder Berlin, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen, Schleswig-Holstein, der Landschaftsverband Westfalen-Lippe und der Landeswohlfahrtsverband Hessen als **Träger der Kriegsopferversorgung und -fürsorge**.

Das Land Brandenburg als **Träger der Kriegsopferversorgung und -fürsorge** stellt fest, dass auch die von anderen Behörden übersandten Gutachten in der Regel der Gemeinsamen Empfehlung „Begutachtung“ entsprächen.

Das **Integrationsamt** Hamburg gibt an, dass es keine Gutachten im Sinne der Gemeinsamen Empfehlung erstelle. Eine sozialmedizinische Begutachtung könne weder hier noch bei den Trägern erstellt werden, da keine Ärzte beschäftigt würden. Das Integrationsamt Rheinland-Pfalz berichtet, dass in der Praxis unterschiedliche Begutachtungen in Umfang und Inhalt erfolgen.

4.6.3 Sonstige Anmerkungen (z. B. Positives):

Der **IKK e. V.** gibt an, dass die Gemeinsame Empfehlung „Begutachtung“ zur Verbesserung des Verfahrens bei der Zusammenarbeit zwischen den unterschiedlichen Trägern geführt habe.

Für die **Knappschaft** handelt es sich bei der Gemeinsamen Empfehlung um eine sinnvolle Arbeits-/Orientierungshilfe für sozialmedizinische Dienste und beauftragte Gutachter.

Die **Deutsche Rentenversicherung Bund** berichtet, dass das im Jahr 2014 angelaufene Peer-Review-Verfahren bei der Deutschen Rentenversicherung dazu geführt habe, nicht nur die Qualität der Gutachten zu sichern, sondern auch durch Kommunikation und Schulungen eine Qualitätsverbesserung zu erreichen. Die geforderten Vorgaben der Empfehlung seien durch das Gutachtenformular umfassend umgesetzt. Das Verfahren habe sich bewährt.

4.7 **Gemeinsame Empfehlung „Unterstützte Beschäftigung“ nach § 38a Abs. 6 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 praxispflichtig und hilfreich beurteilt. Sie sei zugleich handlungsleitend für die Rehabilitationsträger und Integrationsämter. Hinsichtlich der Anfertigung beziehungsweise Nutzung von Teilhabeplänen zeigen sich verschiedene Ausgestaltungen. Es wird überwiegend kein Verbesserungsbedarf bei der Gemeinsamen Empfehlung gesehen.

Die **Verbände der Krankenkassen** auf Bundesebene haben, da sie selbst keine Vereinbarungspartner der Gemeinsamen Empfehlung sind, auf die Fragebögen entweder nicht geantwortet oder darauf hingewiesen, dass diese Gemeinsame Empfehlung in ihrem Bereich keine Wirkung entfalte. Für die **Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau** ist die praktische Relevanz äußerst gering. Sie sieht daher auch keinen Verbesserungsbedarf beziehungsweise Probleme bei der Umsetzung.

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

Die Träger der **gesetzlichen Rentenversicherung** sehen grundsätzlich keinen Verbesserungsbedarf.

Die **Bundesagentur für Arbeit** verweist in diesem Zusammenhang auf die Projekte der Bundesarbeitsgemeinschaft Unterstützte Beschäftigung zur Nachhaltigkeit und Qualitätssicherung der Unterstützten Beschäftigung. Erkenntnisse aus diesen Projekten im Hinblick auf die Zusammenarbeit der Akteure und zu Arbeitsmitteln für die Teilhabeplanung sollten in eine Überarbeitung der Gemeinsamen Empfehlung einfließen. Die Bundesagentur für Arbeit weist darauf hin, dass die Dokumentenverweise aktualisiert werden müssten. So sei zum Beispiel der Verweis auf die Gemeinsame Empfehlung „Teilhabeplan“ überholt.

Die **Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen (BIH)** fasst die Rückmeldungen aus den Integrationsämtern und Hauptfürsorgestellen zusammen. Dabei stellt sie fest, dass die Gemeinsame Empfehlung „Unterstützte Beschäftigung“ sich grundsätzlich in der praktischen Arbeit bewährt habe (In-

tegrationsamt Baden-Württemberg). Sie sei verständlich und klar und stelle eine gute Grundlage für die Arbeit dar. Dies gelte sowohl für den Einzelfall als auch generell für die Zusammenarbeit mit den Kooperationspartnern (Integrationsamt Landschaftsverband Rheinland). Die BIH weist darauf hin, dass die Gemeinsame Empfehlung in Einzelfällen als Basis für länderspezifische Konkretisierungen in Form von speziellen Vereinbarungen genutzt worden sei. Zur Verbesserung regt sie an, die Unterstützte Beschäftigung deutlicher von der psychosozialen Betreuung nach § 102 SGB IX abzugrenzen. Gegebenenfalls könnte die Dauer begrenzt werden, um einen Übergang zur sonstigen Betreuung zu ermöglichen (Integrationsamt Bremen).

Das **Integrationsamt** Sachsen verweist auf eine gute Zusammenarbeit mit der Bundesagentur für Arbeit. Allerdings seien die Aktivitäten der einzelnen Träger der InbeQ (Individuelle betriebliche Qualifizierung) unterschiedlich, auch in Bezug auf das Engagement bei der Vermittlung auf den ersten Arbeitsmarkt. Hier seien Verbesserungen hinsichtlich der Qualitätsmanagements einzelner Träger erforderlich.

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

Probleme bei der Umsetzung werden von der **Rentenversicherung** und von der **Bundesagentur für Arbeit** nicht gesehen.

Das **Integrationsamt** Baden-Württemberg führt erkennbare Schwierigkeiten in der Praxis nicht auf Regelungsfehler in der Gemeinsamen Empfehlung zurück. Es sieht diese vielmehr darin begründet, dass die Arbeitsagenturen es den Leistungsanbietern überantwortet hätten, die nachfolgenden Leistungsträger frühzeitig einzubinden. Die ausführenden Leistungsträger seien jedoch oft nicht in der Lage, sachgerecht zum Teilhaberecht schwerbehinderter Menschen zu beraten. Vom Integrationsamt Hamburg wird bemängelt, dass die Arbeitsagentur beim Übergang von der InbeQ zum Arbeitsverhältnis nicht zu Planungsgesprächen einlade. Stattdessen führe das Integrationsamt gemeinsam mit dem Leistungserbringer Betriebsbesuche ohne Beteiligung der Arbeitsagentur durch.

Der Landschaftsverband Rheinland als Träger des Integrationsamtes konstatiert, dass die Gemeinsame Empfehlung in einigen Fällen dem Maßnahmeträger der InbeQ nicht bekannt sei oder nicht beachtet werde.

4.7.3 Sonstige Anmerkungen

Weitergehende Anmerkungen zur Gemeinsamen Empfehlung „Unterstützte Beschäftigung“ wurden von einzelnen Integrationsämtern gemacht.

Aus dem **Integrationsamt** des Landschaftsverbandes Rheinland wird berichtet, dass auf Basis der Gemeinsamen Empfehlung Praxisanleitungen für den Übergang von der InbeQ in die Berufsbegleitung erarbeitet worden seien. Abgeschlossen sei mittlerweile eine Rahmenvereinbarung zwischen der Regionaldirektion Nordrhein-Westfalen, der Bundesagentur für Arbeit sowie dem Integrationsamt des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe und dem Integrationsamt des Landschaftsverbandes Rheinland zur Optimierung des Übergangs von der InbeQ zur Berufsbegleitung; diese ist am 1. März 2016 in Kraft getreten.

Auch das Integrationsamt Rheinland Pfalz meldet, dass die Gemeinsame Empfehlung als Rahmen für eine Verwaltungsvereinbarung zwischen Bundesagentur und Integrationsamt genutzt worden sei.

In Mecklenburg –Vorpommern regelt – wie von dort mitgeteilt - eine Kooperationsvereinbarung zwischen der Regionaldirektion Nord und dem Landesamt für Gesundheit und Soziales den Übergang von der InbeQ in die Berufsbegleitung.

In einzelnen Rückmeldungen aus den Integrationsämtern wird die Gemeinsame Empfehlung sehr positiv eingeschätzt. Es wird festgestellt, dass sie ein gutes Instrument darstelle, um besonders betroffenen schwerbehinderten Menschen eine Teilhabe am Arbeitsleben zu ermöglichen. Die dort getroffenen Regelungen seien sinnvoll und könnten den Akteuren eine gute Orientierung zu den einzelnen Phasen der Unterstützten Beschäftigung geben. Voraussetzung sei jedoch, dass die Gemeinsame Empfehlung auch gelebt werde.

4.8 **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.

Die Vereinbarungspartner haben sich darauf verständigt, die Vergütungen für die IFD für alle ab dem 1. Januar 2015 neu bewilligten Fälle anzupassen. Alle anderen Regelungen blieben unberührt. Die Anlage ist Bestandteil der Gemeinsamen Empfehlung „Integrationsfachdienste“, Stand 1. Oktober 2009.

Die Gemeinsame Empfehlung wurde 2015 überarbeitet und die Vergütungspauschalen neu gestaltet. Das Beteiligungs- und Zustimmungsverfahren wird derzeit durchgeführt. Daher wird auch kein Verbesserungsbedarf gemeldet, da dieser bereits bei der Überarbeitung der Gemeinsamen Empfehlung berücksichtigt wurde.

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

Der **IKK e. V.**, die **Knappschaft**, die **Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau** und die Träger der **Deutschen Rentenversicherung**, sehen keinen Verbesserungsbedarf bei der Gemeinsamen Empfehlung.

Auch die **Bundesagentur für Arbeit** sieht aktuell keinen Verbesserungsbedarf, da die Vorschläge bereits in die Überarbeitung dieser Gemeinsamen Empfehlung eingeflossen seien.

Die Gemeinsame Empfehlung nach § 113 Abs. 2 SGB IX hat sich nach Ansicht der **Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen** inhaltlich bewährt, sie biete einen guten Rahmen für die Nutzung der IFD. Vorhandene Verbesserungsbedarfe würden derzeit in der Überarbeitung dieser Gemeinsamen Empfehlung berücksichtigt. Die Verabschiedung der neuen Version ist aus Sicht eines Integrationsamtes dringend erforderlich, da sich veränderte Bedingungen in der aktuellen Gemeinsamen Empfehlung nicht wiederfinden.

Die Länder Berlin und Sachsen als **Träger der Kriegsoferversorgung und -fürsorge** berichten, dass die Gemeinsame Empfehlung für den Bereich der Hauptfürsorgestellen nicht relevant sei und im Sozialen Entschädigungsrecht keine Bedeutung habe.

Die Länder Brandenburg, Hamburg, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein-Westfalen und Schleswig-Holstein als **Träger der Kriegsoferversorgung und -fürsorge** sehen keinen Verbesserungsbedarf bei der Gemeinsamen Empfehlung.

Das **Integrationsamt** Baden-Württemberg weist darauf hin, dass die Gemeinsame Empfehlung bereits überarbeitet werde. Mit der neuen Fassung seien sie grundsätzlich einverstanden, sollte sie in der nun vorliegenden Version verabschiedet werden. Die Integrationsämter Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern und Saarland sehen keinen Verbesserungsbedarf. Das Integrationsamt Hessen weist darauf hin, dass Verbesserungsbedarf gegenwärtig bei der Überarbeitung der Gemeinsamen Empfehlung berücksichtigt werde.

Aus Sicht des Landschaftsverbandes Rheinland als Träger des **Integrationsamtes** gebe es weiterhin einen dringlichen Aktualisierungsbedarf der Gemeinsamen Empfehlung, da sich einzelne Bedingungen zwischenzeitlich geändert hätten und eine Aktualisierung bisher nicht habe verabschiedet werden können.

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

Der **IKK e. V.**, die **Knappschaft**, die **Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau**, die Träger der **Deutschen Rentenversicherung** und die **Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung** sehen keine Probleme bei der Umsetzung der Gemeinsamen Empfehlung.

Die **Bundesagentur für Arbeit** berichtet, dass IFD Beauftragungen abwiesen, weil personelle Ressourcen nicht ausreichend zur Verfügung ständen oder die vorgesehene Vergütung als nicht ausreichend angesehen werde.

Die **Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen** (BIH) berichtet, dass die rückläufige beziehungsweise gänzlich ausbleibende Beauftragung der IFD durch die Reha-Träger problematisiert werde. Die durch die Integrationsämter bei den IFD vorgehaltene Struktur, auch für den Bereich Vermittlung, könne nicht durch das geringfügige Beauftragungsverhalten der Reha-Träger refinanziert werden. Dies führe zu Subventionierungen der durchgeführten IFD-Beauftragungen durch die Ausgleichsabgabe. Die BIH weist in diesem Zusammenhang nochmals auf den in § 102 Abs. 1 Halbsatz 1 SGB IX festgelegten Vorrang der Leistungen der Reha-Träger zur Teilhabe am Arbeitsleben vor denjenigen der Integrationsämter zur begleitenden Hilfe im Arbeitsleben sowie das in § 102 Abs. 5 Halbsatz 2 SGB IX zusätzlich normierte Verbot der Aufstockung der Leistungen der Reha-Träger durch ebensolche der Integrationsämter hin.

Ein Integrationsamt vermisst – wie weiter mitgeteilt - in diesem Zusammenhang ein klares Bekenntnis zu Kontingentverträgen. Bekräftigt wird dies durch die Aussage eines weiteren Integrationsamtes, das insbesondere auch auf die Erforderlichkeit einer Neuverhandlung der Vergütungssätze nach § 5 der Gemeinsamen Empfehlung hinweist, die eine Preisdifferenzierung nach „Einzelfallkosten innerhalb planbarer Kon-

tingente“ und „Einzelfallkosten bei nicht planbaren Einzelbeauftragungen“ enthalte. Zudem werde durch die rückläufige Beauftragung der IFD durch die Reha-Träger auch auf die Gefahr der Bildung von Doppelstrukturen hingewiesen.

Die Länder Brandenburg, Hamburg, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein-Westfalen und Schleswig-Holstein als **Träger der Kriegsopferversorgung und -fürsorge** sehen keine Probleme bei der Umsetzung der Gemeinsamen Empfehlung. Das Land Hessen als Träger der Kriegsopferversorgung und -fürsorge weist darauf hin, dass keine Schnittstellen zu dieser Aufgabe im Sozialen Entschädigungsrecht beständen.

Das **Integrationsamt** Baden-Württemberg erläutert, dass die Erstattungsbeträge für den Einsatz der Integrationsfachdienste nicht kostendeckend seien. Es werde zudem ein klares Bekenntnis zu Kontingentverträgen vermisst. Ansonsten sei die Gemeinsame Empfehlung problemlos umsetzbar. Das Integrationsamt Hamburg berichtet, dass die Gemeinsame Empfehlung umgesetzt werde, allerdings mit der Einschränkung, dass KLIFD (Klientenverwaltungssystem für Integrationsfachdienste) nicht verwendet werde. Kontingentverträge hätten die Rehabilitationsträger nicht mit dem Integrationsfachdienst vereinbart. Die Deutsche Rentenversicherung und die Bundesagentur für Arbeit würden den Integrationsfachdienst nur mit wenigen Fällen pro Jahr beauftragen. Dies sei problematisch, da das Integrationsamt die Struktur des Integrationsfachdienstes, auch zur Vermittlung, vorhalte und finanziere – dies ohne dass die vorgehaltenen Strukturen von der Deutschen Rentenversicherung und den Agenturen für Arbeit genutzt würden. Das Integrationsamt Hessen sieht Probleme bei der geringen Nutzung/Einbindung der Integrationsfachdienste. Dabei bestehe die Gefahr der Bildung von Doppelstrukturen. Das Integrationsamt Saarland stellt fest, dass das Genehmigungsverfahren zu langwierig und das Auftragsvolumen rückläufig sei. Das Integrationsamt Mecklenburg-Vorpommern sieht keine Probleme bei der Umsetzung der Gemeinsamen Empfehlung.

Der **Landschaftsverband Rheinland** weist darauf hin, dass die in der Gemeinsamen Empfehlung festgelegten Vergütungssätze weiterhin nicht mehr kostendeckend seien und aufgrund zwischenzeitlich eingetretener Kosten- und Tarifsteigerungen angepasst werden müssten. Eine Weiterführung ohne Anpassung der Kostensätze werde mittelfristig für viele Integrationsfachdienste nicht mehr möglich sein.

4.8.3 Sonstige Anmerkungen (z. B. Positives):

Die Träger der **Deutschen Rentenversicherung** berichten, dass die Erfahrungen über die Zusammenarbeit mit den Integrationsfachdiensten regional unterschiedlich seien.

Die **Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen** wiederholt an dieser Stelle die nach wie vor vertretene Auffassung, dass die IFD ein wichtiges und effektives Instrument zur Ermöglichung und Sicherung der Teilhabe am Arbeitsleben für (schwer)behinderte Menschen mit besonderem Unterstützungsbedarf darstelle. Die langjährigen Erfahrungen und Erfolge sprechen nach Ansicht der BIH für sich und würden auch durch die vermehrte Inanspruchnahme und Anfrage von Arbeitgebern bestätigt. Die gemeinsame Überarbeitung der Gemeinsamen Empfehlung wird als wichtiger Schritt für ein Umdenken bei den Reha-Trägern bezüglich der Einschaltung und Beauftragung der IFD gesehen, um diese langfristig stärker im Bewusstsein der Reha-Träger zu etablieren.

Die **LWL-Hauptfürsorgestelle als Träger der Kriegsopferversorgung und -fürsorge** berichtet, dass die Zusammenarbeit mit den Integrationsfachdiensten sehr gut laufe.

Der **Landeswohlfahrtsverband Hessen als Träger der Kriegsopferversorgung und -fürsorge** berichtet, dass es keine Probleme bei der Beteiligung von Integrationsfachdiensten gebe.

Das **Integrationsamt Baden-Württemberg** berichtet, dass die Gemeinsame Empfehlung einen guten und transparenten Rahmen zur rechtssicheren Nutzung der Integrationsfachdienste durch die Rehabilitationsträger biete. Sie habe sich inhaltlich sehr bewährt (Ausnahmen siehe Fragen 4.8.1 und 4.8.2). Das Integrationsamt Hessen weist auf überwiegend positive Ergebnisse bei der Zusammenarbeit mit Rehabilitationsträgern hin.

Der **Landschaftsverband Rheinland** bemerkt, dass das Beauftragungsverhalten der Rehabilitationsträger in vielen Regionen nicht planbar sei. Da Vorhaltekosten für IFD-Fachkraftstellen im Schwerpunkt Vermittlung beständen, müsse bei einer Neuverhandlung der Vergütungssätze nach § 5 der Gemeinsamen Empfehlung eine Preisdifferenzierung erfolgen nach „Einzelfallkosten innerhalb planbarer Kontingente“ und „Einzelfallkosten bei nicht planbaren Einzelfallbeauftragungen“.

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

Am 1. März 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. November 2005) in Kraft getreten.

Die Erfahrungsberichte der Leistungsträger zur Gemeinsamen Empfehlung „Sozialdienste“ zeigen, dass diese Gemeinsame Empfehlung in der Praxis zu einer intensiveren Zusammenarbeit mit den Sozialdiensten geführt hat.

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

Vom **BKK Dachverband, IKK e. V., Verband der Ersatzkassen**, von der **Knappschaft, der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau**, den Trägern der **Deutschen Rentenversicherung**, der **Gesetzlichen Unfallversicherung** und der **Bundesagentur für Arbeit** wird kein Verbesserungsbedarf für diese Gemeinsame Empfehlung gesehen.

Der **AOK-Bundesverband** teilt eine Anregung aus einer Region mit. Danach sollten zukünftig die Träger der Sozialhilfe und Jugendhilfe der gemeinsamen Empfehlung verpflichtend beitreten. In § 3 (4) würden sie bereits genannt. Unter § 3 (2) sollten auch Sozialdienste oder ähnliche Strukturen bei der GKV genannt werden.

Von den Ländern Brandenburg, Berlin, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein-Westfalen und Schleswig-Holstein, dem Landeswohlfahrtsverband Hessen und dem Landschaftsverband Westfalen-Lippe als **Träger der Kriegsopferversorgung und -fürsorge** wird ebenso wie von den **Integrationsämtern** Hamburg und Mecklenburg-Vorpommern mitgeteilt, dass kein Verbesserungsbedarf bei der Gemeinsamen Empfehlung „Sozialdienste“ besteht.

Laut **Integrationsamt** Rheinland-Pfalz liegen keine Erfahrungswerte vor.

Das Land Sachsen als **Träger der Kriegsopferversorgung und -fürsorge** teilt mit, dass die Gemeinsame Empfehlung im Sozialen Entschädigungsrecht keine praktische Bedeutung habe.

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

Laut **AOK-Bundesverband** wird aus einer Region kritisch angemerkt, dass manchmal die Hilfeplanung erschwert werde, da sich Sozialdienste teilweise zu stringent auf den Datenschutz berufen würden.

Vom **BKK Dachverband, IKK e. V., Verband der Ersatzkassen**, von der **Knappschaft**, der **Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau** und der **Bundesagentur für Arbeit** werden keine Probleme bei der Umsetzung der Gemeinsamen Empfehlung gesehen. Gleiches schildert die **Deutsche Rentenversicherung Bund**.

Ebenso wird von den Ländern Brandenburg, Berlin, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein-Westfalen Schleswig-Holstein, dem Landeswohlfahrtsverband Hessen und dem Landschaftsverband Westfalen-Lippe als **Träger der Kriegsopferversorgung und -fürsorge** und dem **Integrationsamt** Mecklenburg-Vorpommern mitgeteilt, dass es keine Probleme bei der Umsetzung der Gemeinsamen Empfehlung gegeben habe.

4.9.3 Sonstige Anmerkungen

Die **Deutsche Rentenversicherung Bund** teilt mit, dass bei einigen Rentenversicherungsträgern regelmäßig Besprechungen mit den Sozialdiensten der Kliniken stattfänden. Ein Rentenversicherungsträger berichtet in diesem Zusammenhang, dass dieser kontinuierliche Erfahrungsaustausch auf regionaler Ebene die rasche und zielgerichtete Zuweisung der Patienten im AHB-Verfahren vereinfache. Ein anderer Rentenversicherungsträger biete für Sozialdienste Schulungen und Info-Veranstaltungen an und habe in der Vergangenheit immer wieder Vorträge zum Beispiel für Sozialdienste von Kliniken und Krankenhäuser gehalten. Des Weiteren würden bei einem Rentenversicherungsträger die Sozialdienste zusätzlich im Zuge der Umsetzung verschiedener Fallbetreuungsangebote sowie zur Koordination der stufenweisen Wiedereingliederung einbezogen. Dies gewährleiste die gewünschte Individualisierung der Leistung. Aufgrund der sich hieraus für den betreffenden Mitarbeiter ergebenden zeitlichen Mehrbelastung könnten diese fallbezogenen Ansätze mit innovativem Charakter jedoch nur in eingeschränktem Ausmaß umgesetzt werden.

Der **IKK e. V.** berichtet, dass eine gute Zusammenarbeit zwischen den unterschiedlichen Sozialdiensten der Träger bestehe. Kontakte seien über die Jahre hinweg intensiviert worden und würden zur Optimierung des Rehabilitationsverfahrens beziehungsweise zur Teilhabe am Arbeitsleben beitragen.

Vom **Integrationsamt Hamburg** wird darauf hingewiesen, dass die Sozialdienste der Krankenhäuser öfter Patienten an den Integrationsfachdienst verweisen würden.

5. Ausblick

Die im Rahmen der Rückmeldungen aus dem Bereich der Rehabilitationsträger und der Behindertenverbände benannten Probleme und Verbesserungsbedarfe wurden auf Ebene der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation in der 23. Sitzung des Ausschusses „Gemeinsame Empfehlungen“ am 5. April 2016 vorgestellt und erörtert.

Die Rückmeldungen zu den Jahren 2014 und 2015 zeigen, dass die Gemeinsamen Empfehlungen grundsätzlich bekannt sind, aber auch Weiterentwicklungsbedarfe vorhanden sind, die sich nicht zuletzt auch aus gesetzlichen Änderungen ergeben. Beispiel hierfür ist die Gemeinsame Empfehlung „Prävention“.

Die Struktur des Jahresberichts selbst hat sich bewährt. Der Grundansatz, Schwerpunkt Empfehlungen herauszugreifen und vertiefend zu behandeln, wird dementsprechend auch so weiterverfolgt werden.

Der hiermit nun vorgelegte Erfahrungsbericht gibt zu künftigen Weiterentwicklungsmöglichkeiten wie auch -notwendigkeiten wichtige Hinweise. Vor allem werden auch die Hinweise zu den Problemfeldern, zum Beispiel zum Bekanntheitsgrad der Gemeinsamen Empfehlungen und das Wissen um die darin geregelten Inhalte, aufzugreifen sein. Schon jetzt ist mit dem Vorhaben der Erweiterung der „Verfahrensgrundsätze für Gemeinsame Empfehlungen“ im Rahmen des Orientierungsrahmens für die Arbeit der BAR von 2016 - 2018 vorgesehen, die Weiterentwicklung des Instrumentes „Gemeinsame Empfehlung“ zu unterstützen. Hiermit soll auch dem Ziel Rechnung getragen werden, dass es einer ständigen Optimierung des Zusammenspiels von gesetzlichen Regelungen, Gemeinsamen Empfehlungen und Verfahrensabsprachen der Leistungsträger bedarf, um deren Nachhaltigkeit zu gewährleisten.

Hinsichtlich der Gemeinsamen Empfehlung „Einrichtungen für Leistungen am Arbeitsleben“ nach § 35 SGB IX soll mit dem SoVD das Gespräch gesucht werden, um vor allem festzustellen, wo genau dort Probleme gesehen werden. Auch wird hierbei zu verdeutlichen sein, dass die Ausführungen des SoVD in Bezug auf Qualitätserfordernisse im Falle der Überarbeitung der Gemeinsamen Empfehlung entsprechende Berücksichtigung finden werden.

Die hinsichtlich der Gemeinsamen Empfehlung „Förderung der Selbsthilfe“ von der BAG SELBSTHILFE vorgetragenen Ausführungen zur Förderpraxis werden seitens der gesetzlichen Krankenkassen nicht geteilt. Zur Klarstellung und Klärung werden sie das Gespräch mit der BAG SELBSTHILFE wie auch mit der NAKOS suchen.

Generell ist festzuhalten, dass die vorliegenden Anregungen und Einschätzungen aufgegriffen und in den jeweiligen Fachgruppen beraten werden. Sie fließen so in den weiteren Prozess ein.

Folgende Gemeinsame Empfehlungen werden derzeit überarbeitet:

- „Integrationsfachdienste“ nach § 113 Abs. 2 SGB IX
- „Begutachtung“ nach § 13 Abs. 1 i. V. m. § 12 Abs. 1 Nr. 4 SGB IX
- „Qualitätssicherung“ nach § 20 Abs. 1 SGB IX
- „Prävention“ nach §§ 12 Abs. 1 Nr. 5, 13 Abs. 2 Nr. 1 SGB IX
- „Sozialdienste“ nach § 13 Abs. 2 Nr. 10 SGB IX

Die Rehabilitationsträger haben sich mit Verabschiedung des Orientierungsrahmens für die Arbeit der BAR für die Jahre 2016 - 2018 vorgenommen, folgende Gemeinsame Empfehlungen zu überarbeiten:

- „Zuständigkeitsklärung“ nach § 14 SGB IX
- „Unterstützte Beschäftigung“ nach § 38a Abs. 6 SGB IX
- „Förderung der Selbsthilfe“ nach § 13 Abs. 2 Nr. 6 SGB IX

6. Anlagen

6.1 Fragenkonzept zur Gemeinsamen Empfehlung „Einrichtungen für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben“ nach § 35 SGB IX

1. Waren aufgrund der Vorgaben der Gemeinsamen Empfehlung (GE) in der Praxis Anpassungen/Veränderungen bei Einrichtungen nach § 35 SGB IX oder gegebenenfalls, sofern vorhanden, bei deren Außenstellen (§ 2 GE) erforderlich? Wie wurden diese umgesetzt?
2. Gibt es hinsichtlich der Frage des zeitlich angemessenen Rückgriffs von Außenstellen gemäß § 2 GE Erkenntnisse – und wenn ´Ja` welche? Sind zwischen der jeweiligen Einrichtung und dem zuständigen regionalen Leistungsträger hierzu einvernehmlich Konkretisierungen vorgenommen worden?
3. Welche arbeitsmarktorientierten und innovativen Weiterentwicklungen des Leistungsangebotes lassen sich bei den Einrichtungen feststellen? (§ 4 Abs. 2 GE)
4. Welche Erfahrungen bestehen hinsichtlich der Durchführung betrieblicher Phasen der Qualifizierung gem. § 5 der GE? Welche Dauern und welchen Umfang weisen diese betrieblichen Phasen üblicherweise auf?
5. Welche Ausgestaltungsformen von Kooperationsvereinbarungen nach § 5 Abs. 3 der GE sind bekannt?
6. Wie gestaltet sich die erforderliche enge und vertrauensvolle Zusammenarbeit aller beteiligten Akteure, insbesondere die Kooperation der Einrichtung mit den zuständigen Leistungsträgern? (§ 6 Abs. 1 GE)

Inwieweit gibt es Erkenntnisse über die Zusammenarbeit von Einrichtungen mit den für Berufsbildung zuständigen Stellen (zum Beispiel Industrie- und Handelskammern, Handwerkskammern) und den Sozialpartnern? (§ 6 Abs. 2 GE)
7. Welche Erkenntnisse bestehen über Art und Weise der Einräumung von Beteiligungsrechten der Teilnehmenden an der Ausführung der Leistungen gemäß § 7 der GE? Wurden von Einrichtungen Mitwirkungsordnungen beziehungsweise entsprechende konsensorientierte Regelwerke vorgelegt und in diese von Leistungsträgerseite Einblick genommen?
8. Werden gemäß § 9 der GE die geltenden datenschutzrechtlichen Bestimmungen durch die Einrichtungen eingehalten oder gab es feststellbare Datenschutzverstöße?
9. In welchem Umfang haben Reha-Träger von ihrem Recht Gebrauch gemacht/machen müssen, die Beachtung und Umsetzung der GE in einer Einrichtung zu prüfen und von ihr entsprechende Informationen und Auskünfte einzuholen? In welcher Weise sind solche Überprüfungen erfolgt? (§ 6 Abs. 4 GE)
10. Wo sehen Sie insgesamt Verbesserungsbedarf bei der Gemeinsamen Empfehlung?

- a. Wie würden Sie die Regelungen der Gemeinsamen Empfehlung bewerten in Bezug auf
 - ausreichende Klarheit und Verständlichkeit?
 - ausreichende Konkretetheit?
 - ausreichende Verbindlichkeit?
- b. Wo ergeben sich aufgrund der bisherigen Erfahrungen Weiterentwicklungsmöglichkeiten (Ergänzung/Streichung/Änderung)?
- c. Wo gibt es Schwierigkeiten bei der Umsetzung der Gemeinsamen Empfehlung?

11. Sonstige Anmerkungen

6.2 Fragenkonzept zur Gemeinsamen Empfehlung „Förderung der Selbsthilfe“ nach § 13 Abs. 2 Nr. 6 SGB IX

1. Selbsthilfe ist eine Gemeinschaftsaufgabe: Gibt es Ansätze für eine gemeinsame d.h. trägerübergreifende Ausgestaltung der Selbsthilfeförderung? (§ 4 Satz 2 GE)
2. Wie werden Entscheidungsstrukturen abgestimmt und wie haben diese zu einer besseren Planungssicherheit für die Selbsthilfe beigetragen? (§ 6 GE)
3. Unterstützt die Gemeinsame Empfehlung eine flächendeckende und bedarfsgerechte Verteilung der Fördermittel für die jeweiligen Ebenen (Ort/Region, Land, Bund) und Bereiche der Selbsthilfe (Selbsthilfegruppen, -organisationen und –kontaktstellen) in ausreichendem Maße? Nach welchen Kriterien erfolgt die Verteilung? Schließen diese Kriterien Mehrfachförderungen aus? (Präambel, §§ 4, 5 GE)
4. Welche Bemühungen gab es, die private Krankenversicherung und Pflegeversicherung einzubeziehen? (Präambel der GE)
5. Wo sehen Sie Verbesserungsbedarf bei der Gemeinsamen Empfehlung?
 - a. Wie würden Sie die Regelungen der Gemeinsamen Empfehlung bewerten in Bezug auf
 - ausreichende Klarheit und Verständlichkeit?
 - ausreichende Konkretetheit?
 - ausreichende Verbindlichkeit?
 - b. Wo ergeben sich aufgrund der bisherigen Erfahrungen Weiterentwicklungsmöglichkeiten (Ergänzung/Streichung/Änderung)?
 - c. Wo gibt es Schwierigkeiten bei der Umsetzung der Gemeinsamen Empfehlung?

An die Selbsthilfe gerichtet:

6. Wie sind Ihre Erfahrungen mit dem Verfahren der Bewilligung von Fördermitteln?

7. Welchen Verbesserungsbedarf sehen Sie im Förderverfahren?
8. Können die Voraussetzungen der Förderung gemäß § 3 GE ausreichend erfüllt werden?
9. Sonstige Anmerkungen

6.3 Fragenkonzept zur Gemeinsamen Empfehlung „Zuständigkeitsklärung“

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?

Auf Wunsch des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales bitten wir zudem um Beantwortung der nachfolgenden das BMAS interessierenden und von diesem zusätzlich eingebrachten Fragestellungen:

3. Wie wird im Verwaltungsverfahren damit umgegangen, wenn in einem Antrag erkennbar mehrere verschiedene Leistungen zur Teilhabe oder Leistungen aus verschiedenen Leistungsgruppen (z. B. zur medizinischen Rehabilitation und Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft) zugleich begehrt werden beziehungsweise ein entsprechender Bedarf erkennbar wird? Kommt es sodann im Rahmen des § 14 Abs. 1 SGB IX zu einer „Aufspaltung“ des Antrags z. B. in dem Sinne, dass ein Teil der Leistungen bewilligt wird und der Antrag hinsichtlich des anderen Leistungsteilers an den voraussichtlich zuständigen Rehabilitationsträger weitergeleitet wird? In wie vielen Fällen kommt das in der Praxis vor?
4. Wie lange (wie viele Tage?) ist der durchschnittliche Zeitraum zwischen der Feststellung, dass ein Gutachten für die Feststellung eines Reha-Bedarfs erforderlich ist, und dem Eingang des Gutachtens beim Rehabilitationsträger? Was tun die Träger, um diesen Zeitraum möglichst kurz zu halten?

6.4 Fragenkonzept zu den übrigen Gemeinsamen Empfehlungen

1. Sehen Sie Verbesserungsbedarf bei der Gemeinsamen Empfehlung und wenn „Ja“ welchen?
2. Sehen Sie Probleme bei der Umsetzung der Gemeinsamen Empfehlung und wenn „Ja“ welche?

6.5 Mustervordruck zur Beteiligung der Bundesagentur für Arbeit

Absender (Reha-Träger)

Datum:.....

Agentur für Arbeit

Reha-Team

Postfach/Straße

PLZ Ort

Betr.: Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben für Frau/Herrn

Geburtsdatum:.....

Adresse:.....

Sehr geehrte Damen und Herren,

in der o. g. Angelegenheit sind die versicherungsrechtlichen und persönlichen Voraussetzungen erfüllt.

Wir ersuchen Sie um die Erstellung eines arbeitsmarktlichen Gutachtens gem. § 38 SGB IX für die Gewährung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben.

Es geht dabei insbesondere um die Frage

- der Notwendigkeit
- der Eignung und Neigung
- Art und Umfang der durch uns zu erbringenden Hilfen um
 - den Arbeitsplatz den gesundheitlichen Einschränkungen anzupassen
 - den Weg zwischen Wohnung und Arbeitsstätte bewältigen zu können
 - die Wohnung den gesundheitlichen Einschränkungen anzupassen

.....
Unterschrift