

*Gemeinsame
Empfehlungen*

*der Bundesarbeitsgemeinschaft
für Rehabilitation*

Trägerübergreifende Zusammenarbeit – Koordinierung und Kooperation

Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) ist die gemeinsame Repräsentanz der Verbände der Rehabilitationsträger, der Bundesagentur für Arbeit, der Bundesländer, der Spitzenverbände der Sozialpartner sowie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zur Förderung und Koordinierung der Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen

ISSN 3-9807410-6-0



Weitere Rahmenempfehlungen zur ambulanten medizinischen Rehabilitation

- Rahmenempfehlungen zur ambulanten kardiologischen Rehabilitation
- Rahmenempfehlungen zur ambulanten neurologischen Rehabilitation
- Rahmenempfehlungen zur ambulanten Rehabilitation bei muskuloskeletalen Erkrankungen
- Rahmenempfehlungen zur ambulanten dermatologischen Rehabilitation
- Rahmenempfehlungen zur ambulanten onkologischen Rehabilitation
- Rahmenempfehlungen zur ambulanten Rehabilitation bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen

Herausgeber: Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR)
Walter-Kolb-Straße 9–11
60594 Frankfurt am Main
Tel.: 0 69 / 60 50 18 0
Fax: 069 / 60 50 18 29
e-mail: info@bar-frankfurt.de
Internet: www.bar-frankfurt.de

Frankfurt am Main – Dezember 2005
ISSN: 3-9807410-6-0

**Gemeinsame Empfehlungen
der Bundesarbeitsgemeinschaft
für Rehabilitation**

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	3
Gemeinsame Empfehlung „Einheitlichkeit/Nahtlosigkeit“	4
Gemeinsame Empfehlung „Teilhabeplan“	12
Gemeinsame Empfehlung zur Zuständigkeitsklärung	18
Gemeinsame Empfehlung „Begutachtung“	22
Gemeinsame Empfehlung zur Verbesserung der gegenseitigen Information und Kooperation	37
Gemeinsame Empfehlung „Frühzeitige Bedarfserkennung“	45
Gemeinsame Empfehlung „Prävention nach § 3 SGB IX“	50
Gemeinsame Empfehlung Qualitätssicherung	57
Gemeinsame Empfehlung „Integrationsfachdienste“	64
Gemeinsame Empfehlung zur Förderung der Selbsthilfe	70
Gemeinsame Empfehlung „Sozialdienste“	77

Vorwort

§ 13 Sozialgesetzbuch Neuntes Buch (SGB IX) verpflichtet die dort genannten Rehabilitationsträger zur Vereinbarung gemeinsamer Empfehlungen im Rahmen der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation. Mit dieser Vorschrift wird eines der Hauptanliegen des SGB IX verfolgt, nämlich die Koordination der Leistungen und die Kooperation der Rehabilitationsträger durch wirksame Instrumente sicherzustellen. Dabei geht es nicht darum, Voraussetzungen und Inhalte von Leistungen neu zu bestimmen, sondern im Rahmen des geltenden Rechts eine einheitliche und – bei Leistungen unterschiedlicher Rehabilitationsträger – eine koordinierte Leistungserbringung zu bewirken. Die Empfehlungen richten sich nur an die an ihnen beteiligten Rehabilitationsträger und lassen die Rechtsansprüche leistungsberechtigter Bürgerinnen und Bürger unberührt.

Die Rehabilitationsträger haben unter Beteiligung der Verbände behinderter Menschen einschließlich der Verbände der Freien Wohlfahrtspflege und der Interessenvertretungen behinderter Frauen sowie der Spitzenverbände der Leistungserbringer bislang 11 Gemeinsame Empfehlungen vereinbart.

Mit dieser Broschüre legt die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation als eine Hilfe für die tägliche Arbeit aller Akteure im Bereich der Rehabilitation und Teilhabe sowie zur Information behinderter und von Behinderung bedrohter Menschen eine Zusammenstellung dieser Gemeinsamen Empfehlungen vor.

Vorstand und Geschäftsführung der BAR danken allen, die an der Erarbeitung dieser gemeinsamen Empfehlungen mitgewirkt haben.

Die Geschäftsführung

B. Steinke

U. Vömel

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

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

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

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

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

Mit dieser Zielsetzung vereinbaren

- die gesetzlichen Krankenkassen,
- die Bundesagentur für Arbeit,
- die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung,
- die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung,
- die Träger der Alterssicherung der Landwirte,
- die Integrationsämter in Bezug auf Leistungen und sonstige Hilfen für schwerbehinderte Menschen,

– die Träger der Kriegsopferversorgung und die Träger der Kriegsopferfürsorge im Rahmen des Rechts der sozialen Entschädigung bei Gesundheitsschäden die nachfolgende Gemeinsame Empfehlung zur Nahtlosigkeit, Zügigkeit und Einheitlichkeit zu erbringender Leistungen zur Teilhabe.

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

§ 1 Regelungsgegenstand

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

§ 2 Auskunft und Beratung

(1) Zur Sicherung eines bürgernahen Zugangs zu Leistungen bieten die Rehabilitationsträger den betroffenen Menschen ein umfassendes, barrierefreies Auskunfts-, Beratungs- und Unterstützungsangebot über gemeinsame örtliche Servicestellen nach §§ 22, 23 SGB IX sowie über die Auskunfts- und Beratungsstellen der Träger. In den gemeinsamen Servicestellen erfolgt eine umfassende Beratung und Unterstützung in allen Angelegenheiten der Teilhabe. Bereits bei der Auskunft und Beratung ist auf mögliche Rechte (z.B. Wunsch- und Wahlrechte) und Pflichten (z.B. Mitwirkungspflichten) der betroffenen Menschen nach dem Sozialgesetzbuch hinzuweisen.

(2) Die gemeinsame Servicestelle arbeitet im Rahmen ihrer Aufgaben mit anderen Stellen öffentlichen und privaten Rechts, die sich mit Rehabilitation und Teilhabe befassen, eng zusammen, insbesondere mit Verbänden behinderter Menschen sowie Verbänden der Freien Wohlfahrtspflege, Fachverbänden, Selbsthilfegruppen und Interessenvertretungen behinderter Frauen. Näheres zu den gemeinsamen Servicestellen über die gesetzlichen Bestimmungen hinaus ergibt sich aus der „Rahmenempfehlung zur Einrichtung trägerübergreifender Servicestellen für Rehabilitation“ vom 24. 4. 2001.

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

§ 3 **Fallidentifikation**

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

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

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

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

§ 4 **Teilhabeplan**

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

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

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

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

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

§ 5

Erforderlichkeit der Leistungen

(1) Erforderlich sind diejenigen Leistungen zur Teilhabe, die unter Beachtung der Ziele des § 4 SGB IX auf den konkreten Einzelfall bezogen bedarfsgerecht sind.

(2) Bei erkennbarem Bedarf hinsichtlich Leistungen zur Teilhabe wirken die Rehabilitationsträger, sofern sie nicht von Amts wegen zur Leistungserbringung verpflichtet sind, auf eine entsprechende Antragstellung hin, insbesondere darauf, dass unverzüglich klare und sachdienliche Anträge gestellt und unvollständige Angaben ergänzt werden (§ 16 Abs. 3 SGB I). Die individuelle Lebenssituation des betroffenen Menschen und seine berechtigten Wünsche (§§ 1 Satz 2, 4 Abs. 3, 9 Abs. 1, 10 Abs. 3 SGB IX) sind zu berücksichtigen. Auf Barrierefreiheit in räumlicher und kommunikativer Hinsicht ist zu achten.

(3) Die betroffenen Menschen werden in die Bedarfsprüfung, z.B. im Rahmen eines Beratungsgesprächs, sowie in die Durchführung der Leistungen aktiv einbezogen. Die Rehabilitationsträger stellen sicher, dass die erforderlichen Leistungen zur Teilhabe zugeschnitten auf die individuelle Lebenssituation des betroffenen Menschen und unter Berücksichtigung seiner berechtigten Wünsche (§§ 1 Satz 2, 4 Abs. 3, 9 Abs. 1, 10 Abs. 3 SGB IX) im Austausch mit diesem bzw. mit seinen Angehörigen/gesetzlichen VertreterInnen zum frühestmöglichen Zeitpunkt erbracht werden.

§ 6 Zügige Leistungserbringung

(1) Die Rehabilitationsträger erbringen ihre Leistungen so, dass jede/r Berechtigte die ihr/ihm zustehenden Leistungen in zeitgemäßer Weise, umfassend und zügig erhält (§ 17 SGB I) und entsprechend der Zielsetzung des § 4 Abs. 2 Satz 2 SGB IX Leistungen anderer Sozialleistungsträger möglichst nicht erforderlich sind. Sie stellen durch die Gemeinsame Empfehlung über die Ausgestaltung des in § 14 SGB IX bestimmten Verfahrens (Gemeinsame Empfehlung „Zuständigkeitsklärung“) sicher, dass die Zuständigkeitsklärung unverzüglich erfolgt.

(2) Im Interesse einer zügigen Leistungserbringung ist der Zugang der betroffenen Menschen zu den im Einzelfall erforderlichen Leistungen zur Teilhabe möglichst einfach zu gestalten (§ 17 SGB I). Das Verwaltungsverfahren ist einfach, zweckmäßig und zügig durchzuführen sowie barrierefrei zu gestalten. Soweit zur zügigen, nahtlosen und einheitlichen Leistungserbringung erforderlich, sollten Formulare vereinheitlicht werden.

(3) Zur Sicherstellung einer zügigen Leistungserbringung verpflichten sich die Rehabilitationsträger, dass Leistungen zur Teilhabe in ausreichendem Maße barrierefrei (Zugang und Kommunikation) zur Verfügung stehen. Auf die Gleichstellungsgesetze des Bundes und der Länder sowie sonstige gesetzliche und untergesetzliche Normierungen wird insoweit verwiesen. §§ 17 Abs. 1 und 2 SGB I, 19 Abs. 1 SGB X finden Anwendung.

(4) Die Rehabilitationsträger stellen sich bei Erkennen eines konkret bestehenden Hilfebedarfs bzw. zur Ermöglichung der frühzeitigen Erkennung eines Behandlungs-/Rehabilitationsbedarfs unter Beachtung der einschlägigen gesetzlichen Bestimmungen, insbesondere auch des Sozialdatenschutzes (v.a. §§ 67 b Abs. 1, 69 und 76 SGB X), vorhandene Gutachten und weitere Informationen (medizinische, psychologische, technische) unverzüglich unter Nutzung moderner technischer Möglichkeiten gegenseitig zur Verfügung. Zudem greifen sie auf bereits bestehende bewährte Verfahren zurück, so auf die Verfahren der Kranken- und Rentenversicherung zur Durchführung von Anschlussheilbehandlungen/Anschlussrehabilitationen und Eilverfahren/Eileinweisungsregelungen, insbesondere bei bestehender und voraussichtlich länger andauernder Arbeitsunfähigkeit (vgl. AU-Fallmanagement im Bereich der Krankenversicherung), besonderer Schwere der Erkrankung oder nach Krankenhausaufenthalt des betroffenen Menschen. Die jeweiligen Verfahren entwickeln die Rehabilitationsträger erforderlichenfalls unter Beteiligung u.a. der Leistungserbringer in zeitgemäßer Weise fort.

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

Die Rehabilitationsträger stellen zudem sicher, dass die von ihnen veranlassten (z.B. ärztlichen oder psychologischen) Untersuchungen zur Feststellung der

jeweiligen Leistungsvoraussetzungen in der Art und Weise vorgenommen und deren Ergebnisse so festgehalten werden, dass sie auch bei der Prüfung der Voraussetzungen anderer Sozialleistungen verwendet werden können.

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

§ 7

Nahtlosigkeit der Leistungen

(1) Nahtlosigkeit der Leistungen ist gegeben, wenn der oder die Rehabilitationsträger die im Einzelfall erforderlichen Leistungen „wie aus einer Hand“ unverzüglich, d. h. ohne schuldhaftes Zögern, und unmittelbar aufeinander folgend erbringt bzw. erbringen. Organisatorische und verfahrensmäßige Mechanismen sind daran auszurichten.

(2) Sofern mehrere Leistungen erforderlich oder am Teilhabeverfahren mehrere Rehabilitationsträger oder andere Träger bzw. Stellen beteiligt sind, sind die Leistungen so aufeinander abzustimmen, dass sie nahtlos ineinander greifen sowie orientiert an den Zielen von §§ 1 und 4 SGB IX nach einheitlichen Grundsätzen koordiniert sowie wirksam und wirtschaftlich erbracht werden (§§ 10, 11 SGB IX). Wenn Leistungen eines anderen Rehabilitationsträgers erforderlich werden, wirkt der nach § 14 SGB IX leistende Träger darauf hin, dass eine frühzeitige Antragstellung auf Leistungen und Aufstellung bzw. Fortschreibung des Teilhabepfandes (§ 4) erfolgen. § 14 Abs. 6 SGB IX bleibt unberührt.

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

(3) Kann das Ziel der möglichst vollständigen und dauerhaften Eingliederung in das Leben in der Gesellschaft, insbesondere in das Arbeitsleben, nur durch mehrere Leistungen zur Teilhabe erreicht werden, sind diese so aufeinander abzustimmen, dass das Teilhabeverfahren nahtlos und zügig abläuft (§§ 10, 11 SGB IX), so z.B. nach der „Empfehlungsvereinbarung über die Zusammenarbeit der Krankenversicherungsträger und der Rentenversicherungsträger sowie der Bundesanstalt für Arbeit bei der Gewährung von Rehabilitationsmaßnahmen in Rehabilitationseinrichtungen für psychisch Kranke und Behinderte (Empfehlungsvereinbarung RPK)“ und nach der Verwaltungsabsprache der Deutschen Rentenversicherung, der Bundesagentur für Arbeit, der gesetzlichen Unfallversicherung und der Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen (BIH) „über die Gewährung von Leistungen der Begleitenden Hilfen im Arbeitsleben nach dem Zweiten Teil des SGB IX im Verhältnis zu den Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben gemäß Teil 1 des SGB IX“.

(4) Wird für einen Rehabilitationsträger erkennbar, dass für eine erfolgreiche Wiedereingliederung in das Erwerbsleben voraussichtlich Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erforderlich sind, hat er den behinderten oder von einer Behinderung bedrohten Menschen im Rahmen seiner Verpflichtung zur umfassenden Auskunft und Beratung hierüber zu unterrichten und auf eine entsprechende Antragstellung bei dem seiner Auffassung nach zuständigen Rehabilitationsträger hinzuwirken bzw. den Rehabilitationsantrag gemäß § 14 SGB IX an diesen weiterzuleiten. So haben die Träger von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sicherzustellen, dass arbeits- und berufsbezogene Fragestellungen bereits während der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation mit dem Ziel behandelt werden, dem für die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben zuständigen Rehabilitationsträger Informationen bezüglich des Erfordernisses der Einleitung entsprechender Maßnahmen zu liefern.

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

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

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

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

§ 8

Einheitlichkeit der Leistungen

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

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

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

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

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

§ 9

Klärung von Abgrenzungsfragen

(1) Die Rehabilitationsträger stellen insbesondere durch entsprechende Verfahren und Absprachen sicher, dass auch künftig auftretende ungelöste Abgrenzungs- und Finanzierungsfragen nicht zu Lasten der betroffenen Menschen gehen.

(2) Zur einvernehmlichen Klärung von Abgrenzungsfragen im Einzelfall nehmen die Rehabilitationsträger unverzüglich Kontakt miteinander auf mit dem Ziel einer raschen ergebnisorientierten Abstimmung.

(3) Zur Klärung grundsätzlicher Fragestellungen sind bestehende Strukturen zu nutzen, z.B. über den Weg trägerübergreifender Besprechungen.

§ 10

In-Kraft-Treten

(1) Diese Gemeinsame Empfehlung tritt am 1. April 2004 in Kraft.

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

Gemeinsame Empfehlung nach § 13 Abs. 2 Nr. 3 SGB IX, in welchen Fällen und in welcher Weise die Klärung der im Einzelfall anzustrebenden Ziele und des Bedarfs an Leistungen schriftlich festzuhalten ist (Gemeinsame Empfehlung „Teilhabeplan“) vom 16. 12. 2004

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

Mit dieser Zielsetzung vereinbaren

- die gesetzlichen Krankenkassen,
 - die Bundesagentur für Arbeit,
 - die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung,
 - die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung,
 - die Träger der Alterssicherung der Landwirte,
 - die Integrationsämter in Bezug auf Leistungen und sonstige Hilfen für schwerbehinderte Menschen,
 - die Träger der Kriegsopferversorgung und die Träger der Kriegsopferfürsorge im Rahmen des Rechts der sozialen Entschädigung bei Gesundheitsschäden
- die nachfolgende Gemeinsame Empfehlung „Teilhabeplan“ nach § 13 Abs. 2 Nr. 3 SGB IX.

Grundlage sind dabei auch insbesondere die Gemeinsame Empfehlung „Einheitlichkeit/Nahtlosigkeit“, die Gemeinsame Empfehlung zur Zuständigkeitsklärung sowie die Gemeinsame Empfehlung zur Verbesserung der gegenseitigen Information und Kooperation.

§ 1

Aufgabe und Zielsetzung des Teilhabepplans

(1) Ein wesentliches Mittel zur Erreichung einer einheitlichen Praxis der Feststellung und Durchführung der einzelnen Leistungen innerhalb des gegliederten Systems der Rehabilitation und Teilhabe ist die Erstellung eines individuellen Teilhabepplans. Dieser dient insbesondere auch dem Ziel einer besseren Leistungsverzahnung im Wege einer entsprechenden Koordination der Leistungen

und Kooperation der Rehabilitationsträger. Die Feststellungen sind bei Bedarf anzupassen und der Teilhabeplan ggf. fortzuschreiben.

(2) Die behinderten und von Behinderung bedrohten Menschen werden unter Berücksichtigung der individuellen kommunikativen Erfordernisse bei der Erstellung, Anpassung und Fortschreibung des Teilhabeplans aktiv einbezogen. Damit wird eine wichtige Bedingung für ihre Partizipation im gesamten Geschehen von Rehabilitation und Teilhabe erfüllt.

(3) Der Teilhabeplan ist bei sämtlichen Entscheidungen über Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe heranzuziehen. Er dient vor allem als eine fachliche Grundlage für die Steuerung des Rehabilitationsprozesses. Der Teilhabeplan ersetzt keinen Antrag.

§ 2 Inhalt und Form

(1) Der individuell zu erstellende Teilhabeplan enthält Angaben vor allem zu

- den Schädigungen,
- den Beeinträchtigungen der Aktivitäten und/oder Teilhabe,
- den vorhandenen Ressourcen,
- den person- und umweltbezogenen Kontextfaktoren (vgl. hierzu die Gemeinsame Empfehlung „Begutachtung“),
- den zu berücksichtigenden besonderen Bedürfnissen behinderter und von Behinderung bedrohter Frauen und Kinder,
- den leistungsbezogenen Zielen und Wünschen des betroffenen Menschen,
- den Gründen für die Erforderlichkeit der Leistungen,
- Ziel, Art, Umfang und inhaltlicher Ausgestaltung der vorgesehenen Leistungen,
- voraussichtlichem Beginn, Dauer der vorgesehenen Leistungen und Ort ihrer Durchführung,
- Sicherstellung der organisatorischen und zeitlichen Abläufe (insbesondere bei verzahnten und sich überschneidenden Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe),
- den beteiligten Rehabilitationsträgern und sonst noch zu Beteiligten.

Sofern Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe in Form eines Persönlichen Budgets erbracht werden, wird die Zielvereinbarung nach § 4 Budgetverordnung (BudgetV) in den Teilhabeplan aufgenommen.

(2) Der Teilhabeplan wird erstellt und erforderlichenfalls angepasst unter Berücksichtigung sämtlicher bereits vorhandener Erkenntnisse zum Bedarf an Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe (auf Grundlage z.B. sozialmedizinischer Gut-

achten, von Befundberichten, Verordnungen sowie Erfahrungen des behinderten oder von Behinderung bedrohten Menschen) einschließlich vorliegender Ergebnisse ggf. bereits durchgeführter Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe (z.B. Entlassungs-/Abschlussberichte sowie Rückmeldungen und Anregungen des betroffenen Menschen).

(3) Der Teilhabeplan einschließlich seiner Anpassung bedarf der Schriftform. Er ist in allgemein verständlicher und barrierefreier Form unter Benennung der leistungsbezogenen Rechtsnormen abzufassen. Dabei ist der spezifischen Behinderung Rechnung zu tragen.

§ 3 Erstellung

(1) Ein Teilhabeplan ist unverzüglich zu erstellen, wenn Anlass zur Annahme besteht, dass im jeweiligen konkreten Einzelfall mehrere gleichzeitig durchzuführende oder aufeinander folgende Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe (verschiedener Leistungsgruppen) oder mehrerer Rehabilitationsträger erforderlich werden.

(2) Der nach § 14 SGB IX leistende Rehabilitationsträger erstellt den Teilhabeplan nach einheitlichen Vorgaben (z.B. in Form eines Vordrucks) gemäß den vorgehenden Regelungen. Er ist – bis zu einem etwaigen Wechsel der Trägerzuständigkeit, möglichst bis zum Beginn der Leistung des nachfolgenden Rehabilitationsträgers – dafür verantwortlich, dass nach seiner Feststellung des Teilhabebedarfs die beteiligten Rehabilitationsträger unverzüglich in Abstimmung miteinander und mit dem betroffenen Menschen die voraussichtlich erforderlichen Leistungen funktionsbezogen feststellen und in einem Teilhabeplan so zusammen fassen, dass sie nahtlos ineinander greifen können. Die Leistungen sind so aufeinander auszurichten, dass das gesamte Verfahren bis zur möglichst vollständigen und dauerhaften Eingliederung des behinderten oder von Behinderung bedrohten Menschen nahtlos, zügig, wirksam und wirtschaftlich abläuft.

Bei der Erfüllung dieser Koordinationsaufgabe können die gemeinsamen Servicestellen im Rahmen der Vermittlung örtlicher Ansprechpartner und trägerübergreifender Beratung unterstützend herangezogen werden.

§ 4 Fortschreibung und Anpassung

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

(2) Der Teilhabeplan ist unverzüglich anzupassen, wenn

-
- sich im Verlauf der Rehabilitation veränderte bzw. neue Teilhabeziele und andere Leistungsarten und/oder -formen ergeben,
 - sich die persönlichen Lebensumstände des behinderten oder von Behinderung bedrohten Menschen geändert haben,
 - neue, für die Rehabilitation und Teilhabe wesentliche Vorgaben und Entwicklungen eingetreten sind.

(3) Die Fortschreibung bzw. Anpassung des Teilhabeplanes erfolgt durch den nach § 3 Abs. 2 verantwortlichen Rehabilitationsträger.

§ 5

Beratung und Mitwirkung

(1) Bei der Erstellung, Fortschreibung bzw. Anpassung des Teilhabeplanes ist der behinderte oder von Behinderung bedrohte Mensch über

- die Möglichkeiten der Rehabilitation und Teilhabe unter Einschluss der zu diesem Zeitpunkt maßgeblichen Angaben aus § 2 Abs. 1,
- die auf Grund der Schädigungen und Beeinträchtigungen voraussichtlich in Betracht kommenden Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe, insbesondere Hilfen im Arbeitsleben, einschließlich ihrer Voraussetzungen und
- die Verwaltungsabläufe

zu beraten. Insbesondere ist ihm aufzuzeigen, welche Leistungen unter Berücksichtigung seiner individuellen Beeinträchtigungen der Aktivitäten und/oder Teilhabe für ihn in Betracht kommen und welcher Rehabilitationsträger hierfür zuständig ist.

(2) Erstellung, Fortschreibung und Anpassung des Teilhabeplanes erfolgen über die Beratung nach Abs. 1 hinaus unter Einbindung und Mitwirkung des behinderten oder von Behinderung bedrohten Menschen und ggf. seiner Bezugsperson bzw. Person seines Vertrauens. Den berechtigten Wünschen des betroffenen Menschen wird bei der Erstellung, Fortschreibung und Anpassung entsprochen.

(3) Auf berechtigten Wunsch des behinderten oder von Behinderung bedrohten Menschen ist den behandelnden Ärzten und ggf. auch weiteren Sachverständigen die Möglichkeit der Mitwirkung bei der Erstellung und Anpassung des Teilhabeplanes einzuräumen.

(4) Empfehlungen der behandelnden Ärzte (z.B. im Befundbericht oder in Unterlagen, die der betroffene Mensch selbst beibringt), der Beratungsdienste (z.B. Sozialbericht), der Leistungserbringer sowie von Sachverständigen im Begutachtungsverfahren sind angemessen zu berücksichtigen.

§ 6

Verfahren bei der Erstellung, Fortschreibung und Anpassung

(1) Der nach § 3 Abs. 2 verantwortliche Rehabilitationsträger unterrichtet die anderen und voraussichtlich weiteren beteiligten Träger über die Absicht, einen Teilhabeplan zu erstellen oder einen vorhandenen Teilhabeplan fortzuschreiben bzw. anzupassen. Im Rahmen der Abstimmung teilt er den beteiligten Rehabilitationsträgern seine Vorstellungen über die geplanten Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe mit und macht die für deren Mitwirkung notwendigen Angaben.

(2) Die Beteiligten nach Absatz 1 und nach § 5 Abs. 3 und 4 teilen ihre Vorstellungen über die durchzuführenden Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe unverzüglich dem verantwortlichen Rehabilitationsträger mit. Dieser berücksichtigt sie bei der Erstellung, Fortschreibung bzw. Anpassung des Teilhabeplanes. Der verantwortliche Rehabilitationsträger wirkt darauf hin, dass die beteiligten Rehabilitationsträger ihrer Verpflichtung nach Satz 1 nachkommen sowie die Leistungen im Einvernehmen mit den weiteren beteiligten Rehabilitationsträgern koordiniert und verzahnt entsprechend den Festlegungen im Teilhabeplan erbracht werden. Sofern die Koordination nicht entsprechend diesen Vorgaben erfolgt, ist der behinderte oder von Behinderung bedrohte Mensch über die Gründe hierfür unverzüglich zu unterrichten und auf seine rechtlichen Möglichkeiten hinzuweisen.

(3) Der verantwortliche Rehabilitationsträger stellt den Teilhabeplan allen bei der Erstellung, Fortschreibung bzw. Anpassung des Teilhabeplanes beteiligten Rehabilitationsträgern und Leistungserbringern sowie dem betroffenen Menschen, ggf. auch dem/der behandelnden Arzt/Ärztin, zur Verfügung.

(4) Nimmt die Bundesagentur für Arbeit gemäß § 38 SGB IX auf Anforderung eines anderen Rehabilitationsträgers zu Notwendigkeit, Art und Umfang von Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe am Arbeitsleben unter Berücksichtigung arbeitsmarktlicher Zweckmäßigkeit gutachterlich Stellung, fließen die entsprechenden Informationen in den Teilhabeplan mit ein.

(5) Der Teilhabeplan ist bei erforderlichen Leistungen zur Eingliederung in Arbeit mit der Eingliederungsvereinbarung nach § 15 SGB II, bei erforderlicher Eingliederungshilfe für behinderte Menschen nach §§ 53 ff. SGB XII mit dem Gesamtplan nach § 58 SGB XII und bei erforderlicher Hilfe zur Erziehung (§§ 27 ff. SGB VIII) oder Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche (§ 35a SGB VIII) mit dem Hilfeplan nach § 36 SGB VIII abzustimmen. Hierzu treffen die beteiligten Leistungsträger, erforderlichenfalls unter Beteiligung der in § 13 Abs. 6 SGB IX genannten Organisationen, nähere Verfahrensabsprachen mit dem Ziel einer abgestimmten, koordinierten und einheitlichen Planung des Rehabilitationsprozesses im Rahmen des übergreifenden Teilhabeplans.

(6) Werden Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe in Form eines Persönlichen Budgets erbracht, ist der Teilhabeplan mit der Zielvereinbarung nach § 4 BudgetV abzustimmen.

§ 7

Verfahren bei Wechsel des zuständigen Trägers

Der nach § 3 Abs. 2 verantwortliche Rehabilitationsträger unterrichtet den nachfolgend zuständigen Rehabilitationsträger so rechtzeitig vor Beendigung seiner Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe über den bevorstehenden Wechsel der Leistungszuständigkeit, dass der nahtlose Übergang zu den weiteren erforderlichen Leistungen sichergestellt ist, und übersendet ihm mit Zustimmung des behinderten oder von Behinderung bedrohten Menschen die zur Fortführung des Teilhabeplanes maßgeblichen Unterlagen.

Ferner unterrichtet der verantwortliche Rehabilitationsträger die anderen beteiligten Rehabilitationsträger über den Fortgang des Teilhabeverfahrens.

§ 8

Datenschutz

Bei der Bereitstellung des Teilhabeplanes und Weitergabe der Daten durch den nach § 3 Abs. 2 verantwortlichen Rehabilitationsträger gegenüber den weiteren beteiligten Rehabilitationsträgern und den jeweiligen Leistungserbringern gemäß § 6 ist der Datenschutz zu wahren. Insbesondere sind das Einwilligungserfordernis und der Grundsatz der Erforderlichkeit der Datenerhebung und -übermittlung zu beachten.

§ 9

In-Kraft-Treten

(1) Diese Gemeinsame Empfehlung tritt am 1. Dezember 2004 in Kraft.

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

Gemeinsame Empfehlung über die Ausgestaltung des in § 14 SGB IX bestimmten Verfahrens (Gemeinsame Empfehlung zur Zuständigkeitsklärung) in der Fassung vom 8. 11. 2005

Die Vorschrift des § 14 SGB IX trägt dem Bedürfnis Rechnung, im Interesse behinderter und von Behinderung bedrohter Menschen und ihrer Angehörigen oder ihrer gesetzlichen Vertreter durch rasche Klärung von Zuständigkeiten möglichen Nachteilen des gegliederten Systems entgegenzuwirken. Ziel der Vorschrift ist es, durch ein auf Beschleunigung gerichtetes Verfahren der Zuständigkeitsklärung die möglichst schnelle Leistungserbringung zu sichern. Die zeitgerechte, zügige Erbringung von Leistungen zur Teilhabe liegt im Interesse der Leistungsberechtigten, aber auch der zuständigen Rehabilitationsträger.

Zu diesem Zwecke vereinbaren

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

die nachfolgende Gemeinsame Empfehlung zur Zuständigkeitsklärung.

Diese Gemeinsame Empfehlung gilt ausschließlich für Leistungen zur Teilhabe im Sinne des § 5 SGB IX. Davon erfasst werden auch die sonstigen Leistungen zur Teilhabe nach § 31 SGB VI.

§ 1

Fristbeginn für die Zuständigkeitsklärung

1. Die Zwei-Wochen-Frist zur Klärung der Zuständigkeit nach § 14 Abs. 1 Satz 1 SGB IX beginnt am Tag nach Eingang des Antrages bei dem Rehabilitationsträger. Ein die Frist auslösender Antrag liegt vor, wenn die Unterlagen, die eine Beurteilung der Zuständigkeit ermöglichen, vorliegen. Hierzu gehört insbesondere, dass die Identität und das konkrete Leistungsbegehren der Antragstellerin/des Antragstellers erkennbar sind.
2. In der Unfallversicherung entspricht dem Tag des Eingangs des Antrags der Tag, an dem der Träger der Unfallversicherung Kenntnis von einem voraussichtlichen Rehabilitationsbedarf erlangt. Gleiches gilt für die Sozialhilfe und die Kriegsopferfürsorge.

3. Wird ein Antrag bei einer gemeinsamen Servicestelle nach § 22 SGB IX gestellt, beginnt die Zwei-Wochen-Frist zur Klärung der Zuständigkeit nach § 14 Abs. 1 Satz 1 SGB IX am Folgetag der Antragsaufnahme bzw. des Antragsesingangs mit Wirkung für den Träger, dem die gemeinsame Servicestelle organisatorisch angehört (erstangegangener Träger).

§ 2

Weiterleitung von Anträgen

1. Stellt der Rehabilitationsträger bei Prüfung des Antrages innerhalb der Zwei-Wochen-Frist fest, dass er für die Leistung nicht zuständig ist, leitet er den Antrag einschließlich bereits vorliegender Unterlagen unverzüglich, spätestens am Tag nach Ablauf der Zwei-Wochen-Frist, dem nach seiner Auffassung zuständigen Rehabilitationsträger mit einer schriftlichen Begründung zu, aus der hervorgeht, dass eine inhaltliche Prüfung der Zuständigkeit stattgefunden hat. Die Weiterleitung des Antrags wird der Antragstellerin/dem Antragsteller schriftlich mitgeteilt.
2. Nach Ablauf der in Ziffer 1 genannten Frist ist die Weiterleitung eines Antrages nicht mehr möglich; mit einer Fristversäumung wird gesetzlich die Zuständigkeit des erstangegangenen Rehabilitationsträgers begründet.
3. Eine Weiterleitung im Sinne des § 14 Abs. 1 Satz 2 SGB IX liegt nicht vor, wenn ein Rehabilitationsträger einen Antrag erkennbar für einen anderen Rehabilitationsträger aufnimmt (z.B. auf dessen Antragsvordrucken). Der Rehabilitationsträger, für den der Antrag aufgenommen wurde, ist erstangegangener Rehabilitationsträger mit der Folge, dass er den Antrag weiterleiten kann, wenn er bei Prüfung des Antrages feststellt, dass er nicht zuständig ist.
4. In Fällen des § 51 SGB V und § 125 SGB III (Aufforderung zur Antragstellung durch die Krankenkasse bzw. die Agentur für Arbeit) ist nicht der auffordernde, sondern der Rehabilitationsträger, bei dem der Antrag gestellt werden soll, stets der erstangegangene Träger (z.B.: Fordert die Krankenkasse einen Versicherten auf, einen Antrag auf Teilhabeleistungen bei der Rentenversicherung zu stellen, so ist der Rentenversicherungsträger erstangegangener Träger.).
5. Verfahrensabsprachen zwischen gesetzlichen Leistungsträgern bleiben von der Gemeinsamen Empfehlung unberührt.

§ 3

Behandlung weitergeleiteter Anträge

1. Die Weiterleitung eines Antrages ist grundsätzlich nur einmal möglich. Der Rehabilitationsträger, an den ein Antrag weitergeleitet wurde, muss über den Antrag im Rahmen seiner Leistungsgesetze entscheiden.
Besteht Rehabilitationsbedarf und wird die erforderliche Leistung vom Leistungsspektrum des zweitangegangenen Rehabilitationsträgers umfasst, ist jedoch ungeachtet einer Prüfung der spezifischen versicherungsrechtlichen und persönlichen Leistungsvoraussetzungen des jeweiligen Rehabilitationsträgers die Leistung durchzuführen, auch wenn sich der zweitangegangene Träger nicht für zuständig hält (z.B.: Ein Rentenversicherungsträger ist

zweitangegangener Träger, die persönlichen Voraussetzungen nach § 10 SGB VI sind nicht erfüllt; dennoch liegt Rehabilitationsbedarf im Sinne der Krankenversicherung vor).

2. Integrationsämter dürfen einen an sie nach § 16 Abs. 2 SGB I weitergeleiteten Antrag nochmals weiterleiten, wenn sie nach Prüfung ihre Nichtzuständigkeit feststellen (§ 102 Abs. 6 Satz 2 SGB IX).
3. Wird ein Antrag weitergeleitet an einen Rehabilitationsträger, der für die beantragte Leistung nicht Rehabilitationsträger nach § 6 Abs. 1 SGB IX sein kann, klärt er unverzüglich mit dem nach seiner Auffassung zuständigen Rehabilitationsträger, von wem und in welcher Weise über den Antrag innerhalb der Fristen nach § 14 Abs. 2 Satz 2 und 4 SGB IX entschieden wird, und unterrichtet hierüber den Antragsteller.

Das kommt beispielsweise in Betracht bei Weiterleitung eines Antrages

- auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben an eine gesetzliche Krankenkasse oder eine landwirtschaftliche Alterskasse,
 - auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation an die Arbeitsverwaltung,
 - auf Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft an eine gesetzliche Krankenkasse, die Arbeitsverwaltung, einen Träger der gesetzlichen Rentenversicherung oder eine landwirtschaftliche Alterskasse,
 - auf Leistungen zur Teilhabe für Erwachsene an einen Träger der öffentlichen Jugendhilfe.
4. Innerhalb eines Sozialleistungsbereichs kann unter Wahrung der Entscheidungsfristen nach § 14 Abs. 2 SGB IX eine nochmalige Weiterleitung des Antrages ermöglicht werden, z.B. aufgrund separater Verfahrensabsprachen.

§ 4

Weiterleitung bei ungeklärter Behinderungsursache

Muss für die Feststellung der Zuständigkeit die Ursache der Behinderung geklärt werden und ist diese Klärung innerhalb der Zwei-Wochen-Frist nicht möglich, wird der Antrag unverzüglich dem Träger zugeleitet, der die Leistung ohne Rücksicht auf die Ursache erbringt.

Zuständig für die Leistung ist grundsätzlich

1. in Fällen von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation der Träger der gesetzlichen Rentenversicherung oder der Alterssicherung der Landwirte, wenn die versicherungsrechtlichen und persönlichen Voraussetzungen erfüllt sind, ansonsten die gesetzliche Krankenkasse,
2. in Fällen von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben der Träger der gesetzlichen Rentenversicherung, wenn die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen erfüllt sind, ansonsten die Bundesagentur für Arbeit,
3. in Fällen von Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft der Träger der Sozialhilfe, der nach den Vorschriften des SGB XII örtlich und sachlich zuständig ist, außer in Fällen seelischer Behinderung von Kindern und Jugendlichen, für die eine Leistungszuständigkeit des Trägers der Jugendhilfe nach dem SGB VIII besteht,

-
4. bei Unklarheit darüber, ob Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder zur Teilhabe am Arbeitsleben erforderlich sind, der Träger der gesetzlichen Rentenversicherung.

§ 5

Erstattung

1. Hat ein Rehabilitationsträger aufgrund eines an ihn weitergeleiteten Antrages Leistungen zur Teilhabe erbracht und stellt sich heraus, dass ein anderer Rehabilitationsträger für die Leistung zuständig gewesen wäre, hat der Träger, der die Leistung erbracht hat, einen Anspruch auf Erstattung seiner Aufwendungen gegen den Träger, der zuständig gewesen wäre.
2. Der Erstattungsanspruch besteht unabhängig davon, ob sich die Nichtzuständigkeit des leistenden Rehabilitationsträgers vor oder nach Bewilligung der Leistung herausstellt. Ein Erstattungsanspruch begründet sich nicht dadurch, dass sich eine ursprünglich durch den Rentenversicherungsträger festgestellte positive Rehabilitationsprognose während oder nach der Rehabilitation nicht bestätigt.
3. Der erstattungspflichtige Träger erfüllt den Erstattungsanspruch nach § 14 Abs. 4 SGB IX jeweils in vollem Umfang. Die Regelungen der §§ 108, 111 f. SGB X finden bzgl. der Geltendmachung von Erstattungsansprüchen Anwendung.

§ 6

Gutachtenerstellung

Die Rehabilitationsträger wirken darauf hin, dass die umfassende sozialmedizinische, bei Bedarf auch psychologische Begutachtung und die Erstellung des Gutachtens gemäß § 14 Abs. 5 Satz 5 SGB IX unverzüglich – spätestens innerhalb von zwei Wochen nach der Beauftragung – erfolgt.

§ 7

In-Kraft-Treten

1. Diese Gemeinsame Empfehlung tritt am 1. Mai 2003 in Kraft.
2. Die Vereinbarungspartner und die anderen Rehabilitationsträger werden auf der Ebene der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation in angemessenen Zeitabständen unter Einbeziehung der Verbände behinderter Menschen einschließlich der Verbände der freien Wohlfahrtspflege, der Selbsthilfegruppen und der Interessenvertretungen behinderter Frauen sowie der für die Wahrnehmung der Interessen der ambulanten und stationären Rehabilitationseinrichtungen auf Bundesebene maßgeblichen Spitzenverbände prüfen, ob die Vereinbarung aufgrund zwischenzeitlich gewonnener Erfahrungen verbessert oder wesentlich veränderten Verhältnissen angepasst werden muss. Für diesen Fall erklären die Vereinbarungspartner ihre Bereitschaft, unverzüglich an der Überarbeitung einer entsprechenden zu ändernden gemeinsamen Empfehlung mitzuwirken.

Gemeinsame Empfehlung nach § 13 Abs. 1 i. V. m. § 12 Abs. 1 Nr. 4 SGB IX für die Durchführung von Begutachtungen möglichst nach einheitlichen Grundsätzen (Gemeinsame Empfehlung „Begutachtung“) vom 22. 3. 2004

Für alle Rehabilitationsträger sind eine umfassende sozialmedizinische und bei Bedarf auch psychologische Begutachtung² über die Gesundheitsprobleme³ von behinderten oder von Behinderung bedrohten Menschen und die mögliche Prognose einschließlich beruflicher Perspektive wichtig, um den betroffenen Menschen entsprechende Leistungen zur Teilhabe anbieten zu können.

Da vermeidbare Begutachtungen die betroffenen Menschen unnötig belasten, sollen Gutachten grundsätzlich so gestaltet sein, dass die erhobenen Befunde und Beurteilungen möglichst auch bei der Prüfung der Voraussetzungen für Leistungen anderer Rehabilitationsträger verwendet werden können.

Mit der Gemeinsamen Empfehlung werden vorrangig trägerübergreifende Grundsätze für Begutachtungen vereinbart. Die sozialrechtlichen Rahmenbedingungen und damit verbundenen Verfahren ergeben sich insbesondere aus dem SGB IX bzw. den weiteren vereinbarten Gemeinsamen Empfehlungen; sie sind nicht Gegenstand dieser Gemeinsamen Empfehlung. Mit der ICF als Grundlage für ein bio-psycho-soziales Verständnis bei Begutachtungen gelingt über den bio-medizinischen Ansatz hinaus eine ganzheitliche Betrachtungsweise aller sozialmedizinisch relevanten Aspekte einer Person in ihrem jeweiligen Umfeld. Unter Berücksichtigung des Begutachtungsauftrages und weiterer trägerspezifischer Anforderungen folgen daraus eine flexible Anwendung und Übertragung der entwickelten Grundsätze auf die jeweilige Begutachtungssituation.

Zu diesem Zweck vereinbaren

- die gesetzlichen Krankenkassen,
- die Bundesagentur für Arbeit,
- die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung,
- die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung,
- die Träger der Alterssicherung der Landwirte,
- die Träger der Kriegsopferversorgung und die Träger der Kriegsopferfürsorge im Rahmen des Rechts der sozialen Entschädigung bei Gesundheitsschäden

2) Im Weiteren unter sozialmedizinische Gutachten subsumiert.

3) Die Gemeinsame Empfehlung nutzt die ICF (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit) als gemeinsame Sprache für die Beschreibung trägerübergreifender Grundsätze.

sowie

- die Integrationsämter in Bezug auf Leistungen und sonstige Hilfen für schwerbehinderte Menschen

die nachfolgende Gemeinsame Empfehlung.

Im Rahmen der Zusammenarbeit der Rehabilitationsträger sollen Begutachtungen möglichst nach einheitlichen Grundsätzen durchgeführt werden. Die Gemeinsame Empfehlung sieht für die sozialmedizinischen Gutachten eine einheitliche Gliederung vor und beschreibt ein in Abhängigkeit von der Fragestellung grundsätzlich mögliches Anforderungsprofil bzw. die trägerübergreifenden Aspekte eines Gutachtens für die jeweiligen Rehabilitationsträger.

1. Allgemeiner Zweck der Begutachtung für die Rehabilitationsträger

Das Gutachten des/der Sachverständigen⁴ soll einen bestimmten entscheidungserheblichen sozialmedizinischen Sachverhalt klären und dem Rehabilitationsträger als eine Grundlage für die Entscheidung über die Leistungen zur Teilhabe dienen.

2. Erstattung des Gutachtens

2.1 Grundsätzlich lässt sich das Gutachten im Sinne dieser Empfehlung definieren als die Anwendung medizinischer Erkenntnisse und Erfahrungen auf einen Einzelfall im Hinblick auf eine aus rechtlichen Gründen notwendige Fragestellung. Wesentliches Merkmal eines Gutachtens ist, dass es eine wissenschaftlich begründbare Schlussfolgerung enthält, sodass es auch überprüft und nachvollzogen werden kann. Soweit der Gutachter eine weitere Sachaufklärung (z.B. in einem anderen Fachgebiet) für erforderlich hält, weist er in seinem Gutachten darauf hin.

2.2 Gutachten können auch ohne aktuelle persönliche Untersuchung und Befragung durch den Gutachter, also nach Aktenlage auf der Grundlage der vorhandenen Unterlagen erstellt werden, wenn bereits daraus die für die Schlussfolgerungen notwendigen Angaben und Befunde ermittelt werden können. Die qualitativen Anforderungen an beide Begutachtungsformen sind gleich.

2.3 Das Gutachten muss für seinen Bestimmungszweck geeignet sein und die Fragen des Auftraggebers umfassend beantworten. Besondere Qualitätskriterien des Gutachtens sind sachliche Richtigkeit, Verständlichkeit, Nachvollziehbarkeit, Transparenz und die Erstellung durch einen fachlich unabhängigen und unparteilichen Gutachter.

2.4 Im Gutachten sind die maßgeblichen Beurteilungsgrundlagen und die nachfolgend dargestellten trägerübergreifenden sozialmedizinischen Aspekte mitsamt den eigenen Erhebungen und Untersuchungsergebnissen abzuhan-

4) Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird nachfolgend nur jeweils die männliche Form verwendet.

deln. Das Gutachten soll grundsätzlich nach der unter Punkt 4 vereinbarten Gliederung aufgebaut sein.

3. Allgemeine inhaltliche Grundsätze für die Gutachtenerstellung

3.1 Inhaltlich gehen Gutachten auf die Frage ein, inwieweit und wie die in § 4 Abs. 1 Nr. 1 bis 4 SGB IX angesprochenen Ziele für behinderte oder von Behinderung bedrohte Menschen im Einzelfall verwirklicht werden können. Hierfür ist das Teilhabepotenzial individuell zu ermitteln, und zwar mit einer Prognose der Entwicklung, die bei einer bestmöglichen Förderung und Nutzung aller Ressourcen und Kompetenzen der Betroffenen erreichbar wäre. Notwendig sind Leistungen zur Teilhabe, wenn sie zum Erreichen der in § 4 Abs. 1 Nr. 1 bis 4 SGB IX angesprochenen Ziele geeignet sind und kein anderer, sinnvoller Weg, diese Ziele zu erreichen, gegeben ist.

3.2 Der Begutachtung wird der bio-psycho-soziale Ansatz des Konzepts der funktionalen Gesundheit und Behinderung der „International Classification of Functioning, Disability and Health“ (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zugrundegelegt. Hierbei werden die Komponenten der Funktionsfähigkeit bzw. Behinderung in ihrer Wechselwirkung unter besonderer Beachtung des gesamten Lebenshintergrundes des behinderten Menschen beschrieben.⁵ Integrativ sind Krankheiten (im Sinne der ICD) und krankheitsbedingte Gefährdungs- und Belastungsfaktoren zu berücksichtigen.

3.3 Um einen bestmöglichen Erfolg im Sinne der Teilhabe am gesellschaftlichen, insbesondere beruflichen Leben, zu erreichen, umfassen Leistungen zur Teilhabe einen ganzheitlichen Ansatz, der über das Erkennen, Behandeln und Heilen einer Krankheit hinaus die wechselseitigen Beziehungen zwischen den Gesundheitsproblemen einer Person – beschrieben in Form von Schädigungen der Körperfunktionen und Körperstrukturen, Beeinträchtigungen der Aktivitäten sowie der Teilhabe – und ihren Kontextfaktoren berücksichtigt. Dies erfordert insbesondere die umfassende Berücksichtigung der Kontextfaktoren in Bezug auf Person und Umwelt als Voraussetzung für den angestrebten Rehabilitationserfolg.

3.4 Im Rahmen der gutachterlichen Klärung der Notwendigkeit und der Zielsetzung einer Leistung zur Teilhabe sind u.a. folgende Kriterien sozialmedizinisch zu prüfen:

Rehabilitationsbedürftigkeit im trägerübergreifenden Sinn

Rehabilitationsbedürftigkeit bezieht sich auf eine gesundheitlich bedingte drohende oder bereits manifeste Beeinträchtigung der Teilhabe, die über die kurative Versorgung hinaus den mehrdimensionalen und interdisziplinären Ansatz der Rehabilitation erforderlich macht. Dabei bezieht sich das gesundheitliche Problem auf die Schädigungen der Körperfunktionen und Körperstrukturen und die Beeinträchtigungen der Aktivitäten unter Berücksichtigung der Kontextfaktoren.

5) Siehe ausführlicher Anhang

Rehabilitationsfähigkeit im trägerübergreifenden Sinn

Der Begriff der Rehabilitationsfähigkeit bezieht sich auf die somatische und psychische Verfassung des behinderten oder von Behinderung bedrohten Menschen (z.B. Motivation bzw. Motivierbarkeit und Belastbarkeit) für die Inanspruchnahme einer geeigneten Leistung zur Teilhabe.

Rehabilitationsprognose im trägerübergreifenden Sinn

Die Rehabilitationsprognose ist eine sozialmedizinisch begründete Wahrscheinlichkeitsaussage für den Erfolg der Leistung zur Teilhabe

- auf der Basis der Erkrankung, des bisherigen Verlaufs, des Kompensationspotentials/der Rückbildungsfähigkeit unter Beachtung und Förderung individueller Ressourcen (Rehabilitationspotential einschließlich psychosozialer Faktoren)
- über die Erreichbarkeit des festgelegten Teilhabeziels
- durch eine geeignete Leistung zur Teilhabe
- in einem notwendigen Zeitraum.

3.5 Trägerspezifische Aufgaben zur Erreichung der Teilhabeziele

Leistungen zur Teilhabe zielen vorrangig

- in der **Krankenversicherung** darauf, eine Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern,
- in der **Rentenversicherung** einschließlich der **Alterssicherung der Landwirte** darauf, den Auswirkungen einer Krankheit oder einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung auf die Erwerbsfähigkeit der Versicherten entgegenzuwirken oder sie zu überwinden und dadurch Beeinträchtigungen der Erwerbsfähigkeit der Versicherten oder ihr vorzeitiges Ausscheiden aus dem Erwerbsleben zu verhindern oder sie möglichst dauerhaft in das Erwerbsleben wiederinzugliedern,
- in der **Unfallversicherung** darauf, den durch einen Arbeitsunfall oder eine Berufskrankheit verursachten Gesundheitsschaden zu beseitigen, zu bessern, seine Verschlimmerung zu verhüten oder seine Folgen zu mildern, den Versicherten auch dadurch möglichst auf Dauer beruflich und sozial einzugliedern,
- in der **Arbeitsförderung** darauf, die wegen Art oder Schwere der Behinderung erforderlichen Leistungen zur Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben zu erbringen, um die Erwerbsfähigkeit behinderter Menschen zu erhalten, zu bessern, herzustellen oder wiederherzustellen und ihre Teilhabe am Arbeitsleben zu sichern,
- in der **Sozial- und Jugendhilfe** darauf, eine drohende Behinderung zu verhüten oder eine Behinderung oder deren Folgen zu beseitigen oder zu mildern und die von einer wesentlichen Behinderung bedrohten behinderten Men-

schen in die Gesellschaft einzugliedern. Hierzu gehört vor allem, den behinderten Menschen die Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen oder zu erleichtern, ihnen die Ausübung eines angemessenen Berufs oder einer sonstigen Tätigkeit zu ermöglichen oder sie soweit wie möglich unabhängig von Pflege zu machen,

- im **Recht der sozialen Entschädigung bei Gesundheitsschäden** darauf, anerkannte Gesundheitsstörungen oder die durch sie bewirkte Beeinträchtigung der Berufs- oder Erwerbsfähigkeit durch medizinische Leistungen zur Rehabilitation zu beseitigen oder zu bessern, eine Zunahme des Leidens zu verhüten, Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern oder ihre Verschlimmerung zu verhüten, körperliche Beschwerden zu beheben, die Folgen der Schädigung (Gesundheitsstörung) zu erleichtern oder um den betroffenen Menschen eine möglichst umfassende Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu ermöglichen. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben werden erbracht, um die Folgen der erlittenen Schädigung angemessen auszugleichen oder zu mildern, insbesondere die Erwerbsfähigkeit entsprechend der Leistungsfähigkeit zu bessern, herzustellen, wiederherzustellen und den betroffenen Menschen hierdurch möglichst auf Dauer beruflich einzugliedern und
- im **Schwerbehindertenrecht** darauf, die wegen Art und Schwere der Behinderung erforderlichen Leistungen der begleitenden Hilfe im Arbeitsleben erbringen zu können, damit schwerbehinderte Menschen auf für sie geeigneten Arbeitsplätzen beschäftigt werden und sich im Erwerbsleben behaupten können. Auch zur Einleitung arbeitsplatzerhaltender präventiver Maßnahmen und für die Wirksamkeit des besonderen Kündigungsschutzes kann es auf sozialmedizinisch zu beurteilende behinderungsbedingte Zusammenhänge ankommen.

4. Gliederung und Anforderungsprofil des Gutachtens

In den folgenden Abschnitten 1 bis 5 werden alle wesentlichen Aspekte genannt, die in Bezug auf

- Anamnese,
- Untersuchungsbefunde,
- Diagnosen,
- Epikrise
- und sozialmedizinische Beurteilung

einschließlich der Darstellung der Körperfunktionen und Körperstrukturen, Aktivitäten und Teilhabe sowie deren Beeinträchtigungen, der Kontextfaktoren, der Prognose und der Interventionsmöglichkeiten in einem Gutachten generell erwartet werden. Je nach Fragestellung und Fallgestaltung sind bei der Erstellung des Gutachtens Schwerpunkte zu setzen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass sozialmedizinisch relevante Aspekte, die im Rahmen des weiteren Verlaufs und der weiteren Befassung unterschiedlicher Rehabilitationsträger von Bedeutung sein können, erfasst bzw. dokumentiert werden müssen.

4.1 Anamnese

Die Anamnese gliedert sich in:

4.1.1 Allgemeine Anamnese

4.1.1.1 Familienanamnese

Nur wesentliche Angaben zur familiären Belastung, z.B. Herz-Kreislauf-, Stoffwechsel-, Lungenerkrankungen, psychische und bösartige Erkrankungen, sind erforderlich.

4.1.1.2 Eigenanamnese

Aufzuführen sind: Kinderkrankheiten mit Folgeschäden, prä-, peri- und postnatale Auffälligkeiten, Entwicklung bis Schulbeginn, schwere Akuterkrankungen, Operationen, Beginn und Verlauf chronischer Erkrankungen, Krankenhausbehandlungen und Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Unfälle einschließlich Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten, allergische Dispositionen und Manifestationen (z.B. Milchschorf, Neurodermitis, Heuschnupfen, Arbeitsstoffe, Tierhaare), Angaben zu Risikofaktoren, Ernährung (z.B. Diät), Gebrauch von Genussmitteln (z.B. Alltagsdrogen) und Suchtstoffen. Ggfs. zeitliche Angaben zum Auftreten und Verlauf.

Organbezogene/vegetative Anamnese:

Herz-/Kreislaufsystem, Lungen und Atemwege, gastrointestinales System, Stütz- und Bewegungsapparat, Haut und -Anhangsgebilde, Nieren und ableitende Harnwege, endokrinologisches System, zentrales und peripheres Nervensystem, Sinnesorgane, Psyche, gynäkologische Anamnese, Vita sexualis, Angaben zu Appetit, Durst, Speisunenverträglichkeit, Gewichtsverhalten, Stuhlgang, Miktion/Nykturie, Inkontinenz, Husten, Auswurf, Schlaf.

Jetzige Beschwerden:

Die Schilderung der Beschwerden und der Beeinträchtigungen des Befindens muss aus Sicht des betroffenen Menschen dokumentiert werden. Die Beschwerden sind ihren Symptomkomplexen zugeordnet, also strukturiert, aufzuzeichnen (z.B. Druckgefühl in der Brust bei gleichzeitigem Schmerz in den Kiefergelenken und im linken Arm). Wichtig sind der Beschwerdeverlauf und dessen Folgen für Beruf und Alltagsleben. Der Gutachter fragt gezielt nach typischen Symptomen im Hinblick auf spezielle Erkrankungen und stellt differenzialdiagnostische Erwägungen an, insbesondere bei vermeintlichen Widersprüchen zwischen vorliegenden medizinischen Unterlagen und Angaben des betroffenen Menschen. Er klärt das subjektive Krankheitsverständnis.

Therapie:

Angaben zur Therapie – möglichst die letzten 12 Monate überspannend mit Beschreibung von:

Medikation: Dauer-/Bedarfsmedikation, seit welcher Zeit, in welcher Dosis, mit welchem Erfolg/Misserfolg, Nebenwirkungen von Therapien? Evtl. Hinweis auf weitere Therapien, deren Art und Häufigkeit/Dosierung, auch geplante Therapien.

Hilfsmittel: u.a. welche vorhanden sind und genutzt werden?

Heilmittel: z.B. Logopädie, Ergotherapie, Physiotherapie

Weitere Therapien: z.B. Psychotherapie, Soziotherapie

Behandelnde Ärzte/Psychologen/Psychologische Psychotherapeuten:

Angabe der Behandler, deren Fachrichtung und Anschrift.

4.1.2 Biographische Anamnese (bei psychiatrischen Gutachten)

Diese sollte die ausführliche Erhebung der Lebensgeschichte des betroffenen Menschen enthalten, Besonderheiten der frühkindlichen Entwicklung, der sozialen Herkunft, des späteren Lebensweges im Hinblick auf Familie, Partnerschaft und Beruf, so- dass Zusammenhänge von Lebensgeschichte und Erkrankungsbeginn, -verlauf und -art zu erkennen sind.

4.1.3 Arbeits- und Sozialanamnese

4.1.3.1 Schulausbildung/Schulabschluss

Neben den erreichten Abschlüssen ist auch anlassbezogen nach Schwierigkeiten in der Schulausbildung zu fragen.

4.1.3.2 Berufs- und Arbeitsanamnese

Berufliche Zielvorstellungen bzw. Ausbildungsabsichten, Berufsausbildung mit/ohne Abschluss, Arbeitsbiographie: Art und Dauer bisheriger Tätigkeiten, berufliche Belastungen, Gründe für evtl. Berufs-/Tätigkeitswechsel, Weiterbildungsmaßnahmen, jetzige Tätigkeit mit Beschreibung des Arbeitsplatzes und der -atmosphäre, besondere psychische und physische Belastungen am Arbeitsplatz, betriebsärztliche Betreuung, vorhandene und verwendete Hilfsmittel und Schutzmaßnahmen am Arbeitsplatz, Möglichkeiten der Arbeitsplatzanpassung oder -umsetzung, Weg zur Arbeitsstelle.

Derzeit arbeitslos, arbeitsunfähig, gekündigt (mit zeitlichem Ablauf und Gründen)?

4.1.3.3 Umstände der Antragstellung, bisherige Sozialleistungen

(sofern Daten nicht bereits vorliegen)

- Angabe, warum und ggf. durch wen Aufforderung zur Antragstellung erfolgte.
- Arbeitsunfähigkeitsverläufe (z.B. Dauer, Häufigkeit und Ursachen vor allem der letzten 3 Jahre, erste AU wegen des zum Antrag führenden Leidens?)
- Frühere, laufende und beantragte Sozialleistungen (evtl. auch im Herkunftsland): z.B. medizinische Vorsorge- und/oder Rehabilitationsleistungen sowie Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gemeinschaft, ambulant und/oder stationär, Renten (RV, UV o. a.), Kranken- bzw. Verletzten-geld, Arbeitslosengeld oder -hilfe, Sozialhilfe, Leistungen der Pflegeversicherung, Leistungen durch das Gesundheitsamt und die Träger der sozialen Entschädigung, z.B. Versorgungsverwaltung, Angaben zum GdB (mit Merkzeichen), MdE, Pflegestufe, ggf. Rechtsmittelverfahren.

4.1.3.4 Sozialanamnese und Aktivitäten des täglichen Lebens

Soziales Umfeld, Angaben zu vorhandenen Fähigkeiten, Schwierigkeiten und Kompensationspotenzialen bei den Aktivitäten des täglichen Lebens (z.B. Beruf, Familie, Kommunikation, Freizeit mit Sport und Hobbys, kulturelle Aktivitäten, Ehrenämter, häusliche Situation, Garten, zu pflegende Angehörige, Finanzsituation, Haustiere). Ggf. Angaben zur jetzigen Versorgungs- und Betreuungssituation, wenn sie für die Feststellung der Leistungsfähigkeit oder eine Rehabilitationsleistung von Bedeutung sind.

4.2 Untersuchungsbefunde

Die klinische Untersuchung muss die Informationen aus der Anamneseerhebung und Auswertung früher erstellter Befunde und sonstiger Unterlagen berücksichtigen. Grundlage der gutachterlichen Beurteilung des Leistungsvermögens ist die präzise Beschreibung der Funktionen bzw. Funktionseinschränkungen, möglichst mit Maßangaben, zumal zwischen morphologischem Befund (z.B. Röntgenbild der Wirbelsäule) und Funktion nicht zwangsläufig eine Korrelation bestehen muss. Die medizinisch-technische Zusatzdiagnostik sollte der Objektivierung von Funktionseinbußen und -fähigkeiten dienen. Sie ist bei Bedarf um eine arbeitsplatz- und/oder alltagsbezogene Funktionsdiagnostik zu ergänzen.

4.2.1 Klinischer Untersuchungsbefund

Der behinderte oder von Behinderung bedrohte Mensch muss – sofern es die Fragestellung erfordert – vollständig untersucht und das Untersuchungsergebnis in seiner Gesamtheit dokumentiert und übersichtlich gegliedert werden. Auch bei Fachgutachten wird ein orientierender klinischer Gesamtstatus erwartet. Dies ist besonders wichtig, wenn fachgebietsbezogene Symptome/Befunde (z.B. Sehstörungen oder Tinnitus) an einen Zusammenhang mit anderen Erkrankungen (z.B. arterielle Hypertonie) denken lassen. Außerdem sollten klinische Hinweise auf Erkrankungen, die außerhalb des jeweiligen Fachgebietes liegen, dokumentiert werden (z.B. äußerlich sichtbare Veränderungen wie Zyanose oder Ikterus). Messbare Untersuchungsbefunde sollten unter Angabe ihrer Messgröße (z.B. Neutral-0-Methode, vergleichende Umfangmessungen in cm u.a.m.), ggf. mit Einbeziehung von Messblättern, aufgezeigt werden. Die pauschale Zusammenfassung des Befundes in „unauffällig“ oder „o. B.“ ist nicht ausreichend.

Normalbefunde sind aufzuführen, insbesondere wenn

- Beschwerden vorgetragen werden
- pathologische Vorbefunde vorliegen
- das Krankheitsbild korrelierende pathologische Befunde erwarten lässt (z.B. Hodgkin-Lymphom, bei dem Milzgröße und Lymphknotenstatus unauffällig sind)
- die Untersuchung im symptomfreien Intervall einer typischerweise in Schüben bzw. klinisch sehr wechselhaft (z.B. mit Exazerbationen) verlaufenden Krankheit (z.B. Asthma bronchiale, rheumatoide Arthritis) erfolgt.

Eine orientierende Prüfung der Sinnesorgane, der Lese- und Schreibfähigkeit sowie des Sprachvermögens ist erforderlich.

Eine neurologische Untersuchung ist in ihrem Umfang aufzuzeigen (z.B. Angabe, ob die Sensomotorik geprüft wurde und Angabe der Händigkeit).

Beschreibungen des Bewegungsablaufes (z.B. Stand, Gang, Sitzen, Bewegungen beim Aus- und Ankleiden, Aufrichten von der Untersuchungsfläche, Nutzung von Hilfsmitteln, Gebrauchszustand der Hilfsmittel) sind weitere wichtige Informationen, auf die hingewiesen werden sollte. Unabhängig vom jeweiligen Fachgebiet müssen psychische Auffälligkeiten beachtet und mitgeteilt werden. Vor allem bei einer Diskrepanz zwischen „Befund“ und „Befindlichkeit“ müssen mögliche Zusammenhänge mit psychischen Störungen in die differenzialdiagnostischen Überlegungen einbezogen werden.

Der psychische Befund wird mit Beschreibung u.a. von Stimmungslage und ggf. bestehenden Auffälligkeiten auch hinsichtlich der Konzentrationsfähigkeit dokumentiert.

4.2.2 Medizinisch-technische Untersuchungen

Medizinisch-technische Diagnostik ist gezielt einzusetzen und sollte sich individuell nach dem Krankheitsbild richten.

Sie ist nicht erforderlich, wenn

- aus mitgereichten medizinischen Unterlagen der Umfang der Funktionsdefizite bereits erkennbar ist
- die Beurteilung der Leistungsfähigkeit*) schon durch den klinischen Befund erfolgen kann
- keinerlei Hinweise auf eine organbezogene Leistungseinschränkung bestehen.

Die Diagnostik muss angemessen und zumutbar sein; ein Routineprogramm ist abzulehnen. Die Wirtschaftlichkeit muss beachtet werden. Entsprechend der Röntgenverordnung sind bereits erstellte Röntgenbilder beizuziehen. Röntgenaufnahmen, die in ein anderes Fachgebiet gehören, sind grundsätzlich nicht zu erstellen. Zur funktionsanalytischen Stufendiagnostik in den verschiedenen Fachgebieten wird auf die Fachliteratur verwiesen.

4.3 Diagnosen

Diagnosen sind stets gesondert aufzulisten mit klinisch relevanten Angaben. Sie sind nach ihrer sozialmedizinischen Bedeutung zu ordnen.

Sozialmedizinisch relevante chronische Erkrankungen, die zurzeit erscheinungsfrei sind, sollen mit diesem Zusatz beschrieben werden. Das Aufzeigen sozialmedizinisch bedeutungsloser Diagnosen ist nicht erforderlich (z.B. Cholezystektomie 1988), ggf. erfolgt ein Hinweis in der Epikrise. Die Formulierung „Zustand nach“ ist wenig aussagekräftig. Sie enthält keine Information über zwischenzeitliche Abheilung oder fortbestehende Funktionseinbußen.

Die Diagnosen werden nach der jeweils gültigen ICD verschlüsselt.

*) Der Terminus „Leistungsfähigkeit“ in diesem Kontext ist nicht identisch mit dem Begriff „Leistungsfähigkeit“ der ICF (s. Anhang).

4.4 Epikrise

Die Epikrise ist die zusammenfassende Darstellung der Erkrankungen (ihrer Lokalisation, ihres Schweregrades, ihres Verlaufs). Die Epikrise ist damit die Grundlage für die nachfolgende sozialmedizinische Beurteilung. Dabei sind wichtige Vorbefunde (Krankenhaus- und Reha-Entlassungsberichte, mitgereichte Untersuchungsergebnisse, Gutachten anderer Rehabilitationsträger), differenzialdiagnostische Überlegungen, besondere Probleme bei der Begutachtung oder Widersprüche zwischen Beschwerden und Befunden (einschließlich Beobachtungen außerhalb des Untersuchungsvorganges) sowie Angaben aus strukturierten Selbstauskünften zu berücksichtigen. Bei vorgelegten Befunden ist die aktuelle Verwertbarkeit zu prüfen.

4.5 Sozialmedizinische Beurteilung

Unter Berücksichtigung der ICF wird die sozialmedizinische Beurteilung in die nachfolgenden Abschnitte gegliedert:

Die Gesundheitsprobleme sind gekennzeichnet durch den aktuellen Status von Körperfunktionen und Körperstrukturen, Aktivitäten und Teilhabe sowie deren Beeinträchtigungen. Strukturen und Funktionen sind zu überprüfen und zu beschreiben in Bezug auf: mentale Funktionen⁶, Sinnesfunktionen, Schmerzempfindungen, Stimm- und Sprechfunktionen, kardiopulmonale Funktionen, Funktionen des hämatologischen und immunologischen Systems, Funktionen des Verdauungssystems, des Stoffwechsels und des endokrinen Systems, Funktionen des Urogenitalsystems, des Stütz- und Bewegungsapparats sowie der Haut und Hautanhangsgebilde. Aktivitäten und Teilhabe sind in folgenden Bereichen zu überprüfen und zu beschreiben: Lernen und Wissensanwendung, Bewältigung allgemeiner Aufgaben und Anforderungen, Kommunikation und Mobilität einschließlich Tragen, Bewegen und Handhaben von Gegenständen, Selbstversorgung, häusliches Leben, interpersonelle Interaktionen und Beziehungen, Arbeit, Beschäftigung und Bildung, Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben.

Hinsichtlich Kontextfaktoren sind insbesondere sich auf die Teilhabe günstig oder ungünstig auswirkende Einflüsse folgender Bereiche zu überprüfen und zu beschreiben: Produkte, Ausrüstungen und Technologien, natürliche Umwelt einschließlich klimatischer Faktoren, vom Menschen beeinflusste Umweltfaktoren wie beispielsweise Lärm und Luftqualität, psychosozialer Bereich der Unterstützung und Beziehungen, Einstellungen einzelner Personen oder Personengruppen einschließlich gesellschaftlicher Einstellungen, Auswirkungen und Ansatzmöglichkeiten vorhandener Dienste und Systeme einschließlich gesetzlicher Grundlagen, Regeln und Konventionen (insbesondere auch Möglichkeiten des Gesundheitswesens und unterstützende Einrichtungen). Auch wenn für personbezogene Faktoren in der ICF keine Kodierungsmöglichkeiten vorgesehen sind, müssen diese im Einzelfall davon unabhängig erfasst werden.

6) Gemäß ICF umfassen mentale auch die psychischen Funktionen.

In der Prognosebeurteilung wird der weitere Verlauf der geschilderten Gesundheitsprobleme unter Berücksichtigung der kurativ-medizinischen Versorgung eingeschätzt. Dabei sind die Kontextfaktoren zu berücksichtigen.

Als Interventionsmöglichkeiten werden medizinische, berufliche, gesellschaftliche, private und speziell auf die Kontextfaktoren abzielende Interventionen aufgeführt, die geeignet erscheinen, die Prognose zu verbessern. Insbesondere sind hier Möglichkeiten der Prävention, der Kuration, der Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln, der unterschiedlichen Leistungsgruppen zur Teilhabe behinderter Menschen, der Pflege und den Möglichkeiten des Engagements in Selbsthilfegruppen zu berücksichtigen.

Zusammenfassend bilden die Epikrise und die sozialmedizinische Beurteilung auch die Grundlage für die Beantwortung der trägerspezifischen Fragestellungen (z.B. zur Rehabilitationsbedürftigkeit, Rehabilitationsfähigkeit und Rehabilitationsprognose). Der Sachverständige kann den betroffenen Menschen über die Ergebnisse seiner Untersuchung informieren. Der Auftraggeber soll informiert werden, welche Begutachtungsergebnisse bereits an den betroffenen Menschen mitgeteilt wurden. Mitteilungen dürfen keine Leistungen des zuständigen Rehabilitationsträgers präjudizieren.

5. Selbstauskunft

Ziele von strukturierten Selbstauskünften sind z.B. eine verstärkte Orientierung am behinderten oder von Behinderung bedrohten Menschen, eine Verbesserung des Informationsflusses, eine Erleichterung der Begutachtung oder in Verbindung mit sozialmedizinischen Unterlagen eine Vermeidung einer Begutachtung mit persönlicher Untersuchung, eine Optimierung der Auswahl der Leistung, eine Selbsteinschätzung der Leistungsfähigkeit einschließlich der Kontextfaktoren und eine Unterstützung des Verfahrens. Darüber hinaus dienen sie dem betroffenen Menschen zur besseren Vorbereitung auf und Einbindung in die Begutachtung.

Der Einsatz von Selbstauskunftsbögen wird gegenwärtig in verschiedenen Arbeitsgruppen trägerspezifisch und trägerübergreifend diskutiert. Die Erarbeitung eines einheitlichen Selbstauskunftsbogens für alle Rehabilitationsträger wird angestrebt.

6. In-Kraft-Treten

6.1 Diese Gemeinsame Empfehlung tritt am 1. Juli 2004 in Kraft.

6.2 Die Vereinbarungspartner und die anderen Rehabilitationsträger werden auf der Ebene der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation in angemessenen Zeitabständen unter Einbeziehung der Verbände behinderter Menschen einschließlich der Verbände der freien Wohlfahrtspflege, der Selbsthilfegruppen und der Interessenvertretungen behinderter Frauen sowie der für die Wahrnehmung der Interessen der ambulanten und stationären Rehabilitationseinrichtungen

gen auf Bundesebene maßgeblichen Spitzenverbände prüfen, ob die Vereinbarung aufgrund zwischenzeitlich gewonnener Erfahrungen verbessert oder wesentlich veränderten Verhältnissen angepasst werden muss. Für diesen Fall erklären die Vereinbarungspartner ihre Bereitschaft, unverzüglich an der Überarbeitung einer entsprechenden zu ändernden gemeinsamen Empfehlung mitzuwirken.

Anhang (Stand: 19. 2. 2004)

Der bio-psycho-soziale Ansatz in der Begutachtung

Das Konzept der Funktionalen Gesundheit der ICF⁷

Für die sozialmedizinische Beurteilung steht mit der „International Classification of Functioning, Disability and Health“⁸ (ICF) ein von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) entwickeltes Klassifikationssystem zur Verfügung, mit dem die „funktionale Gesundheit“ und deren Beeinträchtigungen abgebildet werden kann. Anhand der ICF, die eine Weiterentwicklung der ICIDH⁹ von 1980 darstellt, können Folgeerscheinungen von Krankheiten klassifiziert werden. Mit der Einbeziehung von umwelt- und personbezogenen Faktoren kann nunmehr der gesamte Lebenshintergrund einer Person berücksichtigt werden. Im SGB IX wurden bereits wesentliche Aspekte der ICF unter Berücksichtigung der in Deutschland anerkannten Besonderheiten aufgenommen.

Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Zuordnung einiger sozialmedizinisch geläufiger Begriffe zu den Kategorien der ICF noch Gegenstand der Fachdiskussion ist.

Die ICF ist eine Klassifikation wichtiger Aspekte der funktionalen Gesundheit. Danach gilt eine Person als funktional gesund, wenn – vor ihrem gesamten Lebenshintergrund

- ihre körperlichen Funktionen (einschließlich des mentalen Bereichs) und Körperstrukturen denen eines gesunden Menschen entsprechen,

7) Schuntermann, M. F.: Grundsatzpapier der Rentenversicherung zur Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO). In: DRV (Deutsche Rentenversicherung), Hrsg.: Verband Deutscher Rentenversicherungsträger, Frankfurt/Main, Heft 1-2/2003, S. 52-59,

Schuntermann, M. F.: Ausbildungsmaterialien zur ICF. Internetausgabe. www.vdr.de, Rubrik Rehabilitation, ICF (ICIDH-2)

8) Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit

9) International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (Internationale Klassifikation der Schädigungen, Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen)

- sie all das tut oder tun kann, was von einem Menschen ohne Gesundheitsproblem erwartet wird und
- sie ihr Dasein in allen Lebensbereichen, die ihr wichtig sind, in der Weise und dem Umfang entfalten kann, wie es von einem Menschen ohne Beeinträchtigungen der Körperfunktionen und Körperstrukturen oder der Aktivitäten erwartet wird.

Alle modernen Definitionen des Begriffs der Rehabilitation basieren auf der ICDH bzw. der ICF. Danach hat die Rehabilitation allgemein die Sicherung, Wiederherstellung oder Verbesserung der funktionalen Gesundheit bei gefährdeter oder beeinträchtigter Teilhabe an den verschiedenen Bereichen des Lebens in der Gesellschaft zum Gegenstand. Rehabilitation und Teilhabe umfasst einen ganzheitlichen Ansatz, der über das Erkennen, Behandeln und Heilen einer Krankheit hinaus die wechselseitigen Beziehungen zwischen den Gesundheitsproblemen einer Person – beschrieben in Form von Schädigungen der Körperfunktionen und Körperstrukturen, Beeinträchtigungen der Aktivitäten sowie der Teilhabe und ihren Kontextfaktoren – berücksichtigt, um den angestrebten Rehabilitationserfolg im Sinne der Teilhabe an Gesellschaft, Arbeit und Beruf zu erreichen.

Ein wichtiges Ziel der ICF ist, gemeinsame Begriffe für die Beschreibung der funktionalen Gesundheit und deren Beeinträchtigung zur Verfügung zu stellen, um die Kommunikation zwischen Fachleuten im Gesundheits- und Sozialwesen sowie den Menschen mit Beeinträchtigungen ihrer Funktionsfähigkeit zu verbessern.

Die ICF kann in Bezug auf Körperfunktionen und Körperstrukturen, Aktivitäten und Teilhabe sowohl defizit- als auch ressourcenorientiert verwendet werden. Dies ist für die sozialmedizinische Begutachtung wichtig.

Mit Hilfe der ICF können unter Berücksichtigung der Kontextfaktoren

- die Körperfunktionen und Körperstrukturen,
- die Aktivitäten unter den Aspekten der Leistung (Art und Umfang der Durchführung einer Aktivität unter den gegenwärtigen Umweltbedingungen der betrachteten Person) oder der Leistungsfähigkeit (Art und Umfang der Durchführung einer Aktivität unter Test-, Standard- oder Optimalbedingungen der betrachteten Person) und
- die Teilhabe

und deren Beeinträchtigungen beschrieben werden.

Die Teilhabe an Lebensbereichen kann durch Umweltfaktoren (z.B. Einstellungen, Werte und Überzeugungen von Menschen, politisches und Rechtssystem eines Landes, Art des Gesundheits- und Bildungswesens und der zur Verfügung stehenden Güter und Technologien) beeinträchtigt (Barrieren, z.B. fehlende Teilzeitarbeitsplätze) oder unterstützt (Förderfaktoren, z.B. soziale Unterstützung) werden. Neben den Umweltfaktoren sind personbezogene Faktoren die zweite Komponente der Kontextfaktoren. Sie sind zwar wegen der großen soziokultu-

rellen Unterschiedlichkeit in der ICF nicht klassifiziert, müssen jedoch im Gutachten berücksichtigt werden.

Eine Beeinträchtigung der funktionalen Gesundheit wird in der Regel durch eine – oft chronische – Krankheit hervorgerufen. Eine funktionale Problematik ist jedoch nicht gleichzusetzen mit Krankheit. Die betreffende Person muss nicht im engeren Sinn krank sein, kann aber andererseits funktional erheblich schwerwiegender beeinträchtigt sein als es die zugrunde liegende Krankheit erwarten lässt. In Abhängigkeit von der jeweiligen individuellen Situation besteht dann Interventionsbedarf. Als Beeinträchtigung der funktionalen Gesundheit (= „Behinderung“) wird nach der ICF die negative Wechselwirkung zwischen einer Person mit einem Gesundheitsproblem und ihren Kontextfaktoren auf ihre Körperfunktionen und Körperstrukturen, Aktivitäten oder Teilhabe bezeichnet. Dieser Behinderungsbegriff ist erheblich weiter gefasst als der des SGB IX.

Das in der folgenden Abbildung skizzierte Modell bietet eine Grundlage für die sozialmedizinische Begutachtung in den Teilbereichen des Gesundheitswesens und der sozialen Sicherung. Hierauf bauen die trägerspezifischen Besonderheiten in der Begutachtung auf.

Gesundheitsproblem einer Person

Krankheit (ICD-10)

Funktionale Problematik

(Funktionen/Strukturen,
Aktivitäten,
Teilhabe an Lebensbereichen)

Kontextfaktoren

(Umweltfaktoren und personbezogene Faktoren,
als Barrieren oder Förderfaktoren)

Prognose

(unter Berücksichtigung des Krankheitsbildes
auf allen drei Ebenen und der medizinischen
Versorgung)

Interventionsmöglichkeiten

(vorhanden, nicht vorhanden,
wenn vorhanden:
schlechte, mittlere, gute Erfolgsprognose)

Zur **funktionalen Problematik**: Hier werden die funktionalen Befunde und Symptome auf den Ebenen der Körperfunktionen und Körperstrukturen, der Aktivitäten und der Teilhabe sowie deren Beeinträchtigungen angegeben.

Zu den **Kontextfaktoren**: Die Kontextfaktoren haben praktisch immer einen Einfluss auf die funktionale Gesundheit einer Person. In der Begutachtung werden sie in Form von Faktoren, die sich negativ bzw. positiv auf die funktionale Gesundheit auswirken, berücksichtigt. Hierbei steht die Teilhabe im Vordergrund.

Zur **Prognose**: Prognostische Aussagen sind erforderlich zu einer fachlich begründeten Einschätzung über den Verlauf der funktionalen Problematik vor dem Hintergrund der Dynamik des Gesundheitsproblems. Hierbei sind die Kontextfaktoren, die Wechselwirkungen zwischen Gesundheitsproblem und funktionaler Problematik und mögliche Sekundärprozesse (z.B. Entstehung neuer Krankheiten infolge der funktionalen Problematik) zu berücksichtigen. In der Reha-Begutachtung ist es insbesondere erforderlich, sich den Verlauf zu vergegenwärtigen, der eintreten würde, wenn die weitere medizinische Versorgung auf kurative Maßnahmen beschränkt bliebe. Hieraus leitet sich ein Interventionsbedarf ab bzw. die Notwendigkeit zur Überprüfung der Interventionsmöglichkeiten.

Zu **Interventionsmöglichkeiten**: Unter Interventionsmöglichkeiten werden im Grundsatz Interventionen aller Art (medizinische, berufliche, gesellschaftliche, private, kontextbezogene) verstanden. Dabei ist vorrangig die Frage zu klären, ob es für die jeweilige funktionale Problematik vor dem Hintergrund der Prognose überhaupt Interventionsmöglichkeiten gibt oder nicht. Wenn es sie gibt, dann kann eventuell eine allgemeine Erfolgsprognose für die Intervention angegeben werden.

Rehabilitationsbedürftigkeit besteht demnach, wenn bei einer gesundheitlich bedingten drohenden oder bereits manifesten Beeinträchtigung der Teilhabe über die kurative Versorgung hinaus der mehrdimensionale und interdisziplinäre Ansatz der medizinischen Rehabilitation erforderlich ist. Dabei bezieht sich das gesundheitliche Problem auf die Schädigungen der Körperfunktionen und Körperstrukturen und die Beeinträchtigungen der Aktivitäten unter Berücksichtigung der Kontextfaktoren.

Gemeinsame Empfehlung zur Verbesserung der gegenseitigen Information und Kooperation aller beteiligten Akteure nach § 13 Abs. 2 Nr. 8 und 9 SGB IX vom 22. 3. 2004

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

Zu diesem Zweck vereinbaren

- die gesetzlichen Krankenkassen,
- die Bundesagentur für Arbeit,
- die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung,
- die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung,
- die Träger der Alterssicherung der Landwirte,
- die Träger der Kriegsopferversorgung und die Träger der Kriegsopferfürsorge im Rahmen des Rechts der sozialen Entschädigung bei Gesundheitsschäden sowie
- die Integrationsämter

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

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

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

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

§ 1 Leistungen

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

- zur medizinischen Rehabilitation nach § 26 SGB IX,
- zur Teilhabe am Arbeitsleben nach den §§ 33 und 34 SGB IX sowie
- nach § 102 Abs. 1 Nr. 3 SGB IX als begleitende Hilfen im Arbeitsleben.

§ 2 Einbindung aller Beteiligten/Transparenz/Zugänglichkeit

(1) Die Rehabilitationsträger nach § 6 Abs. 1 Nr. 1-5 SGB IX verpflichten sich, die Haus-Fach-, Betriebs- und Werksärzte/-ärztinnen sowohl bei der Einleitung als auch bei der Durchführung von Leistungen zur Teilhabe zu beteiligen. Hierzu ist es erforderlich, in Zusammenarbeit mit den entsprechenden Organisationen, z.B. Ärztekammer, Kassenärztliche Vereinigung, Berufsverbände der Ärzte etc., verbindliche Formen der Einbindung zu entwickeln.

(2) Darüber hinaus sind geeignete Verfahren und Strukturen zur Sicherstellung eines kontinuierlichen und verlässlichen Informationsaustauschs mit den in § 13 Abs. 2 Nr. 9 SGB IX genannten behinderten Beschäftigten, Arbeitgeber/innen sowie den in § 83 SGB IX genannten betrieblichen Vertretungen der Arbeitnehmer/innen zu etablieren.

(3) Mit Hilfe zweckentsprechender Instrumentarien ist die Abstimmung unter allen in § 13 Abs. 2 Nr. 8 und 9 SGB IX benannten Akteuren und ein reibungsloser Informationsfluss untereinander sicher zu stellen.

Bestehende gesetzliche Regelungen einer Anzeigepflicht nach SGB VII, IX u.a. bleiben davon unberührt.

(4) Bei den nach Abs. 1 und 2 zu entwickelnden Verfahren sind selbstverständlich die Belange der betroffenen Menschen zu berücksichtigen. In allen Phasen der Verfahren sind die Prinzipien der Selbstbestimmung, Vertraulichkeit und Verschwiegenheit zu wahren. Der zuständige Rehabilitationsträger ist dafür verantwortlich, dass die betroffenen Menschen einen/eine Ansprechpartner/-partnerin für die Phasen der Einleitung und Durchführung von Maßnahmen zur Teilhabe und bei der Nachsorge haben, der/die sie berät, unterstützt und begleitet.

(5) Den spezifischen Belangen von betroffenen Frauen ist Rechnung zu tragen.

§ 3 Zugangswege

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

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

§ 4 Einleitung und Ausführung von Maßnahmen zur Teilhabe durch einen Rehabilitationsträger

(1) Ergeben sich bei einem Rehabilitationsträger Anhaltspunkte für einen möglichen Teilhabebedarf, führt dieser umgehend eine entsprechende Prüfung im konkreten Fall durch. Ist daraufhin Teilhabebedarf anzunehmen, erfolgt in Abstimmung mit dem betroffenen Menschen und unter Beteiligung des/der behandelnden/verordnenden Arztes/Ärztin und/oder Betriebs-/Werksarzt/-ärztin und ggf. Suchtberatungsstellen die Abklärung des Teilhabebedarfs auch unter Berücksichtigung des arbeits- und berufsbezogenen Umfeldes. In diesen Fällen wird das Verfahren durch einen Antrag des/der Versicherten und einen durch den/die Betriebs-/Werksarzt/-ärztin bzw. behandelnden/verordnenden Arzt/Ärztin erstellten Befundbericht, ggf. mit Sozialbericht, eingeleitet.

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

Die Rehabilitationsträger stellen durch geeignete Verfahren bzw. Vereinbarungen sicher, dass die Rehabilitationseinrichtungen im Bedarfsfall während der medizinischen Rehabilitation Kontakt zum/zur behandelnden Arzt/Ärztin und zuständigen Betriebs-/Werksärztin und ggf. zu anderen Beteiligten aufnehmen, um die Teilhabe am Arbeitsleben zu sichern und zu fördern. Für die Prüfung eines wei-

tergehenden Bedarfs an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und ggf. die Einleitung von geeigneten Leistungen stehen die Beratungsdienste der Leistungsträger bereits während der medizinischen Rehabilitationsleistung zur Verfügung.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Für arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren und Berufskrankheiten wurden die Grundlagen für eine intensive Zusammenarbeit mit den Betriebs- und Werksärzten/-ärztinnen gelegt.¹⁰

(5) Ergeben sich bei der **Arbeitsverwaltung** in Beratungsgesprächen mit Arbeitnehmern/Arbeitnehmerinnen Hinweise auf gesundheitliche Einschränkungen, die Auswirkungen auf die weitere Berufsausübung haben können, werden unverzüglich die notwendigen Abklärungen durch den ärztlichen Dienst der Bundesagentur für Arbeit veranlasst. Dabei ist auch in Kooperation mit den behandelnden Ärzten/Ärztinnen, ggf. auch mit psychosozialen Beratungsstellen, sonstigen Leistungserbringern sowie – in Fällen mit noch gegebenem Arbeits-

10) Empfehlung der Spitzenverbände der Unfallversicherungsträger, des Verbandes Deutscher Betriebs- und Werksärzte und der Deutschen Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin über die Zusammenarbeit in Verfahren zur Feststellung einer Berufskrankheit einschließlich von Maßnahmen nach § 3 BKV vom 28. 2. 2002.

und Beschäftigungsverhältnis – mit dem/der zuständigen Betriebs- oder Werkarzt/-ärztin festzustellen, ob Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und/oder zur Teilhabe am Arbeitsleben erforderlich sind.

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

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

§ 5

Verfahren zur Bedarfserkennung von Leistungen zur Teilhabe auf der betrieblichen Ebene

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

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

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

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

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

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

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

(5) Soweit vorhanden knüpfen Rehabilitationsträger an bereits in den Betrieben und Regionen vorhandenen Organisationsstrukturen des betrieblichen Arbeits- und Gesundheitsschutzes und des betrieblichen Gesundheitswesens an und unterstützen die (Weiter-)Entwicklung von Strukturen und Instrumenten zur frühzeitigen Feststellung eines Rehabilitationsbedarfs sowie Einleitung von Leistungen zur Teilhabe in Kooperation mit allen in den Betrieben Beteiligten.

(6) Die Rehabilitationsträger stellen mit Einverständnis des betroffenen Menschen sicher, dass in Mittel- und Großbetrieben insbesondere die Schwerbehindertenvertretung, der Werksärztliche Dienst bzw. der/die Betriebsarzt/-ärztin und der Sozialdienst frühzeitig über das Antragsverfahren sowie alle Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben sowohl im Planungsstadium als auch in der Umsetzungsphase informiert und einbezogen werden, um möglichst frühzeitig ein betriebliches Teilhabemanagement zu ermöglichen. Der/die Betriebsarzt/-ärztin bindet dazu bestehende Organisationsstrukturen wie betriebliche Rehabilitationsteams, Gesundheitsbeauftragte oder Ombudsleute ein.

(7) In Kleinbetrieben sind Strukturen i. S. des vorstehenden Absatzes 6 meist nicht vorhanden, deshalb kommt hier der Kooperation zwischen Hausärzten/-ärztinnen und Betriebsärzten/-ärztinnen bei der Einleitung von Maßnahmen zur medizinischen Rehabilitation sowie zur Teilhabe am Arbeitsleben eine besondere Bedeutung zu. Die Rehabilitationsträger erfassen im Rahmen des Antragsverfahrens über die betroffene Person und den Arbeitgeber den zuständigen Betriebsarzt/Arbeitsmedizinischen Dienstleister und stellen bei Bedarf mit Zustimmung des betroffenen Menschen den Informationsweg zwischen behandelndem Arzt/Ärztin und dem/der Betriebsarzt/-ärztin her.

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

(8) Vorstehende Regelungen gelten für die Integrationsämter entsprechend.

§ 6 Datenschutz

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

§ 7 In-Kraft-Treten

(1) Diese Gemeinsame Empfehlung tritt am 1. März 2004 in Kraft.

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

Gemeinsame Empfehlung gem. § 13 Abs. 2 Nr. 2 SGB IX zur frühzeitigen Erkennung eines Bedarfs an Leistungen zur Teilhabe (Gemeinsame Empfehlung „Frühzeitige Bedarfserkennung“) vom 16. 12. 2004

Diese Gemeinsame Empfehlung regelt, unabhängig vom zuständigen Rehabilitationsträger, in welchen Fällen und in welcher Weise rehabilitationsbedürftigen Menschen notwendige Leistungen zur Teilhabe angeboten werden sollen. Ziel ist es, frühestmöglich einen Teilhabebedarf zu erkennen, insbesondere um eine durch Chronifizierung von Erkrankungen bedingte Behinderung zu verhindern und Leistungen zur Teilhabe einzuleiten. Durch frühzeitiges Erreichen der rehabilitationsbedürftigen Menschen können vorhandene Rehabilitationschancen sowie die Motivation zur Inanspruchnahme von Teilhabeleistungen optimal genutzt und unterstützt werden, um mit geeigneter Intervention einen größtmöglichen Erfolg zu erzielen. Dabei kommt der Selbstbestimmung der betroffenen Menschen und ihrer Mitwirkung eine besonders große Bedeutung zu.

Hierzu vereinbaren

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

die nachfolgende Gemeinsame Empfehlung.

§ 1

Grundsätze

(1) Damit rehabilitationsbedürftige Menschen die erforderlichen Leistungen zur Teilhabe so rechtzeitig wie möglich erhalten, ist es erforderlich, dass alle am Verfahren Beteiligten i. S. d. § 3 erste Anzeichen eines möglichen Bedarfs an Leistungen zur Teilhabe frühzeitig erkennen.

(2) Zur Unterstützung der Erkennung eines möglichen Bedarfs an Leistungen zur Teilhabe stellen die Rehabilitationsträger mit geeigneten Medien Informationen mit entsprechenden Hinweisen auf Hilfeangebote und weitere Beratungsmöglichkeiten zur Verfügung. Sie fördern die Entwicklung und den Einsatz von Leitlinien, Assessmentverfahren, strukturierten Befundberichten etc. durch Fachleute sowie von Screeningverfahren oder Selbstauskunftsbögen, die der Konkretisierung eines möglichen Teilhabebedarfs dienen.

(3) Leistungen zur Teilhabe sind für rehabilitationsbedürftige Menschen indiziert, wenn Rehabilitationsfähigkeit vorliegt und eine positive Rehabilitationsprognose festgestellt werden kann.

(4) Menschen gelten als rehabilitationsbedürftig, sobald aus gesundheitlichen Gründen eine drohende oder bereits manifeste Beeinträchtigung der Teilhabe den über die kurative Versorgung hinausgehenden mehrdimensionalen und interdisziplinären Ansatz der Rehabilitation erforderlich macht. Dabei bezieht sich das gesundheitliche Problem auf die Schädigung der Körperfunktionen und Körperstrukturen und die Beeinträchtigung der Aktivitäten unter Berücksichtigung der personbezogenen und Umweltfaktoren, einschließlich der Arbeitswelt.¹¹

§ 2

Anhaltspunkte für einen Bedarf an Leistungen zur Teilhabe

(1) Anhaltspunkte für einen Bedarf an Leistungen zur Teilhabe sind, neben den zugrunde liegenden gesundheitlichen Störungen¹² auf der Ebene der Schädigungen (Körperfunktionen und -strukturen), Beeinträchtigungen der Aktivitäten und der Teilhabe in den für die betroffenen Menschen wichtigen Lebensbereichen. Sie können sich

1. auf der Ebene der Aktivitäten z.B.:

- in der Fortbewegung, der allgemeinen körperlichen Beweglichkeit und Geschicklichkeit,
- im Verhalten,
- in der Kommunikation,
- in der Haushaltsführung und Kinderbetreuung,
- in der Bewältigung von psychischen und sozialen Belastungen,
- in der Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben;

und

2. auf der Ebene der Teilhabe z.B. in Einschränkungen der Möglichkeiten der:

- Bildung und Ausbildung,
- Selbstversorgung,
- Mobilität (Fortbewegung in der Umgebung, Reisen),
- Beschäftigung (Erwerbstätigkeit, Freizeit),
- Bewältigung familiärer Aufgaben,
- sozialen Integration oder
- ökonomischen Eigenständigkeit (in Bezug auf die Sicherung des Lebensunterhalts)

zeigen.

11) Beschreibung und Erläuterung der ICF s. Anhang der Gemeinsamen Empfehlung „Begutachtung“

12) Diagnosestellung nach ICD-10

(2) Werden Sozialleistungen wegen oder unter Berücksichtigung einer Behinderung oder drohenden Behinderung beantragt oder erbracht, prüft der Sozialleistungsträger, ob ein Bedarf an Leistungen zur Teilhabe gegeben ist (s. § 8 Abs. 1 SGB IX).

(3) Hinweise zum frühzeitigen Erkennen von Schädigungen und Beeinträchtigungen der Aktivitäten oder der Teilhabe können sich oft aus bereits vorliegenden Informationen ergeben. Solche Anhaltspunkte können sich zum Beispiel ergeben

- bei Beschäftigten, die innerhalb eines Jahres länger als sechs Wochen ununterbrochen oder wiederholt arbeitsunfähig sind,
- bei multimorbiden oder chronisch kranken Menschen jeden Alters,
- bei Menschen mit mehrfachen oder lang andauernden stationären Behandlungen wegen der selben Erkrankung insbesondere dann, wenn durch eine Chronifizierung der Erkrankung eine Behinderung oder eine Gefährdung oder Minderung der Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben droht,
- bei Menschen mit besonders belastenden Arbeits- und Lebensbedingungen,
- bei Menschen, die eine Rente wegen teilweiser oder voller Erwerbsminderung beziehen,
- bei Menschen, die bereits Leistungen zur Teilhabe erhalten oder erhalten haben, wenn sich eine Verschlimmerung anbahnt oder sich neue Aspekte für eine mögliche Verbesserung des Leistungs- und Teilhabevermögens ergeben,
- bei Menschen, bei denen der Gesundheitsschädigung vermutlich eine Abhängigkeit oder psychosomatische Reaktion zugrunde liegt,
- bei Menschen nach traumatischen Erlebnissen, insbesondere bei Eingriffen in die körperliche Unversehrtheit.

§ 3 Beteiligte

Für Leistungen zur Teilhabe ist grundsätzlich ein Antrag bzw. eine Einverständniserklärung des betroffenen Menschen erforderlich. Frühzeitige Anregungen hierzu können nicht nur von den Rehabilitationsträgern, sondern von unterschiedlichen Akteuren gegeben werden. Den betroffenen Menschen auf einen evtl. Bedarf an Leistungen zur Teilhabe hinweisen, ihn in seiner Motivation und Mitwirkung zur Inanspruchnahme und aktiven Teilnahme an Leistungen bestärken und unterstützen, sowie Hilfen bei der Antragstellung leisten, können insbesondere:

- niedergelassene Ärzte/Innen, Krankenhaus- und Klinikärzte/Innen, Werks- und Betriebsärzte/Innen,
- Psychotherapeuten/Innen und Psychologen/Innen,
- Physiotherapeuten/Innen und Angehörige anderer Gesundheitsberufe,
- soziale Beratungsdienste wie z.B. Suchtberatungsstellen oder sozialpsychiatrische Dienste, Ehe- und Familienberatungen, Schuldnerberatungen u.a.,

- betriebliche Akteure wie Schwerbehindertenvertretungen, Personal- und Betriebsräte und Vorgesetzte
- Pfleger/Innen, Betreuer/Innen und Sozialarbeiter/Innen,
- Lehrer/Innen, Jugendleiter/Innen und Erzieher/Innen,
- Einrichtungen der Leistungserbringer/Rehabilitationseinrichtungen,
- ehrenamtliche Dienste, Selbsthilfegruppen und -organisationen,
- Interessenverbände der Betroffenen,
- Beratungsdienste der Rehabilitationsträger, Integrationsämter und gemeinsame Servicestellen
- Im Auftrag von Sozialleistungsträgern oder Arbeitgebern tätige Gutachter/gutachterliche Dienste.

Daneben können Anregungen zur Antragstellung auch aus dem betrieblichen oder weiteren sozialen Umfeld kommen, z.B. von Mitarbeitern/Innen kirchlicher und anderer Einrichtungen, in der Pflege, Altenheimen und Tagesbetreuungsstätten.

§ 4

Aufgaben der Beteiligten

(1) Die betroffenen Menschen selbst oder ihre Angehörigen sollen in die Lage versetzt werden einen möglichen Hilfebedarf als erste zu erkennen um Hilfen einzufordern bzw. Beratungsdienste aufzusuchen. Hierzu dienen allgemeine Informationen und Aufklärung z.B. in Schulen, Betrieben, Behindertenverbänden und -vertretungen, Beratungsdiensten und Arztpraxen u.a. durch Informationsveranstaltungen und Materialien der Rehabilitationsträger mit entsprechenden Hinweisen auf Hilfeangebote. Zur Abklärung eines möglichen Bedarfs an Leistungen zur Teilhabe können sich die betroffenen Menschen an ihre behandelnde Ärztin/ihren behandelnden Arzt, den Betriebsarzt/die Betriebsärztin, Beratungsdienste (z.B. Suchtberatungsstellen, Kliniksozialdienste) oder einen Rehabilitationsträger bzw. eine gemeinsame Servicestelle wenden.

(2) Die Rehabilitationsträger und Integrationsämter prüfen nicht nur bei jedem Antrag auf Leistungen zur Teilhabe, sondern auch bei Anträgen auf andere Sozialleistungen die Rehabilitationsbedürftigkeit, wenn bei letzteren besondere Risikokonstellationen (vgl. § 2 Abs. 1-3) erkennbar sind. Vorhandene Instrumentarien zur Erkennung des Bedarfs an Leistungen zur Teilhabe sind weiterzuentwickeln und wo möglich trägerübergreifend zu vereinheitlichen. Die unter § 2 Abs. 3 beispielhaft beschriebenen Risikokonstellationen sind in diesem Zusammenhang ebenfalls zu vervollständigen und zu konkretisieren.

(3) Insbesondere niedergelassene (Fach-)Ärzte/Innen, sowie Ärzte/Innen in Krankenhäusern und Kliniken sind oft die ersten, die einen möglichen Bedarf an Leistungen zur Teilhabe erkennen können. Sie sollen die betroffenen Menschen über geeignete Leistungen zur Teilhabe beraten, bei Verdacht auf einen Bedarf an Leistungen zur Teilhabe bei der Antragstellung unterstützen oder eine Beratung veranlassen. Dies gilt auch für Betriebsärzte/Innen, Ärzte/Innen des öffentlichen Gesundheitsdienstes und Angehörige anderer Gesundheitsberufe oder

-institutionen, z.B. psychologische Psychotherapeuten/Innen, approbierte Psychologen/Innen, (Sucht-) Beratungsstellen.

(4) Wegen der Nähe zu den betroffenen Menschen sind Personen aus dem direkten sozialen Umfeld oft vor anderen in der Lage, drohende Beeinträchtigungen in den Aktivitäten und der Teilhabe der betroffenen Menschen zu erkennen. Bei minderjährigen bzw. nicht vollgeschäftsfähigen Personen sollen nach § 60 SGB IX Eltern, Vormünder, Pfleger und Betreuer, diese ggf. einer gemeinsamen Servicestelle oder sonstigen Beratungsstelle für Rehabilitation oder einem Arzt/einer Ärztin zur Beratung über geeignete Leistungen zur Teilhabe vorstellen. Nach § 61 SGB IX sollen sich Lehrer/Innen, Sozialarbeiter/Innen, Jugendleiter/Innen und Erzieher/Innen, die bei Ausübung ihres Berufes einen Verdacht auf einen möglichen Bedarf an Leistungen zur Teilhabe für ihre Schüler und zu betreuenden Kinder und Jugendlichen haben, mit deren Erziehungsberechtigten in Verbindung setzen und auf die gemeinsamen Servicestellen, sonstige Beratungsstellen für Rehabilitation oder eine Ärztin / einen Arzt zur Beratung über geeignete Leistungen zur Teilhabe hinweisen. Diese Personengruppen müssen daher in die Lage versetzt werden, auf mögliche Hilfe- und Beratungsdienste hinzuweisen.

(5) Personen aus dem betrieblichen Umfeld (Vorgesetzte, Schwerbehindertenvertretungen, Betriebs- und Personalräte, Arbeitskollegen/Innen, Mitarbeiter/Innen) sollten Veränderungen, die sie im Verhalten sowie als Beeinträchtigungen in den Aktivitäten und der Teilhabe bei den betroffenen Menschen wahrnehmen, nicht ignorieren, sondern ggf. diese Menschen auf Hilfsangebote und Beratungsdienste hinweisen. Eine besondere Verpflichtung für den Arbeitgeber ergibt sich aus § 84 SGB IX. Beim Abgleich von betrieblichen Anforderungen und individuellem Gesundheitszustand erkennen Werks- und Betriebsärzte/Innen häufig frühzeitig einen Bedarf an Leistungen zur Teilhabe. Diese sowie betriebliche soziale Dienste helfen den betroffenen Menschen bei der Antragstellung auf Leistungen zur Teilhabe und der Kontaktaufnahme zum (zuständigen) Rehabilitationsträger oder der gemeinsamen Servicestelle. Im übrigen wird auf die Gemeinsame Empfehlung zur Verbesserung der gegenseitigen Information und Kooperation aller beteiligten Akteure verwiesen.

§ 5

In-Kraft-Treten

(1) Diese Gemeinsame Empfehlung tritt am 1. April 2005 in Kraft.

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

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“) vom 16. 12. 2004

Die Rehabilitationsträger sind verantwortlich, dass Prävention entsprechend dem in § 3 SGB IX genannten Ziel geleistet wird, indem sie darauf hinwirken, dass der Eintritt einer Behinderung einschließlich einer chronischen Krankheit vermieden wird. Dieses Ziel erfordert ein abgestimmtes Vorgehen und die Zusammenarbeit der Rehabilitationsträger.

Die Rehabilitationsträger vereinbaren geeignete Maßnahmen nach § 3 SGB IX, um den Eintritt einer Behinderung zu vermeiden, sowie Regelungen zur statistischen Erfassung der Anzahl, des Umfangs und der Wirkungen dieser Maßnahmen.

Zu diesem Zweck vereinbaren

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

die nachfolgende Gemeinsame Empfehlung.

I. Allgemeiner Teil: „Prävention nach § 3 SGB IX“

§ 1

Konzeptioneller Bezugsrahmen der ICF

(1) Der Prävention im Sinne des SGB IX liegt das Denkmodell der ICF (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit) zugrunde. Im Sinne der ICF ist Behinderung vor allem eine Beeinträchtigung der Teilhabe, nicht mehr nur ein personbezogenes Merkmal, sondern entsteht aus dem ungünstigen Zusammenwirken von gesundheitlichen Problemen einer Person und ihrem Lebensumfeld. Mit der ICF besteht die Möglichkeit, Krankheits-

folgen und Behinderung nicht nur unter dem Aspekt der damit verbundenen Defizite zu beschreiben, sondern auch die (noch) vorhandenen Ressourcen einer Person einzubeziehen.

(2) Gesundheitsgefahren können von allen Lebensbedingungen als auch von den individuellen Verhaltensweisen jedes Einzelnen ausgehen. Dabei können je nach Lebensphase (Kindheit und Jugend, Erwachsenenalter, Alter) unterschiedliche Lebensrisiken im Vordergrund stehen.

(3) Eine besondere Bedeutung kommt in diesem Zusammenhang den Kontextfaktoren zu. Kontextfaktoren stellen den gesamten Lebenshintergrund einer Person dar und umfassen alle Umweltfaktoren und personbezogenen Faktoren, die für die Gesundheit einer Person von Bedeutung sind, und in Wechselwirkung mit allen Komponenten der ICF stehen (Körperfunktionen und Körperstrukturen, Aktivitäten und Teilhabe).

(4) In Bezug auf Beeinträchtigungen der Teilhabe ist unter Prävention auch die möglichst frühzeitige Anpassung von Kontextfaktoren zur Erhaltung der Teilhabe, insbesondere des Arbeitsplatzes oder des häuslichen Umfeldes zu sehen (z. B. Erfassung und Stärkung von Hilfpotenzialen, stufenweise Wiedereingliederung, Umgestaltung der Arbeitsbedingungen oder der Wohnung).

§ 2

Prävention im Sinne des SGB IX

(1) Nach § 3 SGB IX ist Prävention ein Grundprinzip, das im Zusammenhang mit allen Leistungen zur Teilhabe zu beachten ist. § 3 SGB IX verpflichtet demnach die Rehabilitationsträger im Rahmen ihrer Aufgabenstellung darauf hinzuwirken, dass der Eintritt einer Behinderung einschließlich chronischer Krankheiten vermieden wird bzw. dass eine Verschlimmerung einer bereits bestehenden Behinderung verhindert wird.

(2) Prävention nach dem SGB IX steht somit in einem konkreten Bezug zu Behinderungen einschließlich chronischer Krankheiten. Nach dem Grundsatz der möglichst frühzeitigen Intervention (§ 4 Abs. 1 SGB IX) soll Prävention im Sinne von § 3 SGB IX bewirken, nicht nur den Eintritt einer Behinderung, sondern auch die Chronifizierung von Krankheiten als eine mögliche Vorstufe von Behinderungen zu vermeiden.

(3) Prävention soll dazu beitragen, bereits im Frühstadium sich abzeichnende Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe zu erkennen. Sie hat zum Ziel, das Fortschreiten gesundheitsbeeinträchtigender Prozesse, die zu Chronifizierung und Behinderung führen können, zu verringern, aufzuhalten bzw. zu verhindern sowie gesundheitsgefährdende Belastungen abzubauen und Ressourcen zu stärken.

(4) In diesem Sinne sind auch Maßnahmen nach § 84 Abs. 2 SGB IX sowie nach §§ 55 ff. SGB IX und für minderjährige bzw. nicht voll geschäftsfähige Personen nach § 60 SGB IX gemeint.

§ 3 Zielgruppen

(1) Prävention im Sinne des SGB IX schließt alle Lebensbereiche und Altersgruppen ein. Die Gemeinsame Empfehlung „Prävention“ zielt dabei auf besondere Risikogruppen, wie z.B. Erwerbspersonen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen oder besonders belastenden Arbeitsbedingungen, nicht erwerbstätige Frauen und Männer, Kinder oder ältere Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen oder ungünstigen sozialen Kontextfaktoren, die den Eintritt einer Behinderung oder die Chronifizierung einer Krankheit begünstigen können.

(2) Um diese Risikogruppen mit besonderer gesundheitlicher Gefährdung mit geeigneten Maßnahmen zu erreichen, wird der Setting-Ansatz* gewählt. Dieser ist geeignet, um den einzelnen betroffenen Menschen in dem Lebensbereich, in dem er einen wesentlichen Teil seines Tages verbringt, zu einem gesundheitsförderlichen Verhalten zu motivieren und zugleich gesundheitsgefährdende Lebensbedingen zu begrenzen.

(3) Je nach Setting werden unterschiedliche Lebensbereiche durch gezielte Maßnahmen angesprochen. Im Vordergrund stehen dabei Bereiche, von denen spezifische gesundheitliche Risiken ausgehen, die zu Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe führen können.

(4) Im Rahmen dieser Gemeinsamen Empfehlung „Prävention“ wird unter trägerübergreifenden Gesichtspunkten der Schwerpunkt zunächst auf Erwerbspersonen und ihre gesundheitlichen Risiken gelegt, die insbesondere im betrieblichen Kontext als Setting zu Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe führen können.

(5) Die Rehabilitationsträger verpflichten sich im Rahmen der Gemeinsamen Empfehlung „Prävention nach § 3 SGB IX“ in besonderen Teilen zu unterschiedlichen Settings analoge Konzeptionen zu entwickeln, in denen auf die jeweiligen spezifischen Risiken und Präventionspotenziale Bezug genommen wird, soweit dem nicht gesetzliche Regelungen entgegenstehen.

II. Besonderer Teil: „Prävention im Erwerbsleben“

§ 4 Identifikation des Präventionsbedarfs in der Arbeitswelt

(1) Beeinträchtigungen der Körperfunktionen und Körperstrukturen (einschließlich psychischer Funktionen), der Aktivitäten und der Teilhabe sowie besondere Gefährdungen durch Arbeitsbedingungen und verhaltensbedingte Risiken sind frühzeitig zu identifizieren.

(2) Die Rehabilitationsträger unterstützen in Abstimmung untereinander und mit den anderen Beteiligten die Fortentwicklung, Verbreitung und Nutzung bestehen-

*) Nach dem Setting-Ansatz werden Menschen in ihren jeweiligen Lebensumfeldern angesprochen (z. B. Schule, Familie, Betrieb).

der Instrumente und Frühwarnsysteme, die Prognosen über die Entstehung und den Verlauf chronischer Erkrankungen und Behinderungen ermöglichen, z. B.

- Screening-Verfahren (z.B. Fragebögen)
- work ability index (WAI)*
- Gefährdungsbeurteilung
- Gesundheitsberichte
- Assessment-Instrumente
- arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen
- Sozialversicherungsdaten
- Integrationsvereinbarungen gem. § 83 SGB IX.

(3) Dabei sind geschlechtsspezifische Unterschiede in der Häufigkeitsverteilung sowie frühe Symptome von Krankheiten zu berücksichtigen.

(4) Die Rehabilitationsträger und Integrationsämter unterstützen die Betriebe, mit Hilfe der vorgenannten Instrumente, gesundheitliche Risiken, Risikofaktoren und Gesundheitspotenziale der Beschäftigten zu ermitteln.

§ 5

Präventionskonzept und -maßnahmen

(1) Präventionsmaßnahmen zielen zum einen auf eine Verhältnismodifikation, indem durch die Veränderung der gesellschaftlichen Rahmenbedingungen Gesundheitsrisiken, die von den Lebens- und Arbeitsbedingungen ausgehen und im arbeitsweltlichen Kontext manifest werden, vermindert bzw. beseitigt werden.

(2) Zum anderen zielen Präventionsmaßnahmen auf eine Verhaltensmodifikation und Verbesserung der gesundheitlichen Situation, die bei einzelnen Erwerbspersonen bzw. Gruppen von Erwerbspersonen ansetzt, die besondere gesundheitliche Problemlagen aufweisen.

(3) Die Rehabilitationsträger verpflichten sich, Präventionskonzepte und Präventionsmaßnahmen gemeinsam unter Einbeziehung der Erfahrungen behinderter und chronisch kranker Menschen zu entwickeln und einzusetzen, die sowohl auf eine Verhältnismodifikation als auch auf eine Verhaltensmodifikation abzielen. Bereits bestehende und geplante Präventionskonzepte sollen zusammengetragen und untereinander ausgetauscht werden. „Good-practice“-Ansätze sollen nach trägerübergreifender Abstimmung verallgemeinert werden.

(4) Auf der Basis der Ergebnisse der Analyse nach § 4 entwickeln die Rehabilitationsträger und Integrationsämter in Zusammenarbeit mit den weiteren Beteiligten ein Vorgehenskonzept, das gezielte Präventionsmaßnahmen im Sinne des SGB IX beinhaltet und Zuständigkeiten für die Umsetzung der Maßnahmen festlegt.

* Weitere Informationen zum WAI über die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (www.baua.de).

§ 6

Koordination und Vernetzung

(1) Rehabilitationsträger werden aktiv, wenn sie Anhaltspunkte über die Erfordernis möglicher Präventionsmaßnahmen im Sinne des SGB IX haben. Durch Absprachen zwischen Rehabilitationsträgern und betriebsinternen und -externen Partnern (z.B. Arbeitgeber, Betriebs- und Personalräte, Schwerbehindertenvertretung, Betriebs-, Haus- oder Fachärzte, arbeitsmedizinische und sicherheitstechnische Dienste, Sozialdienste, Betroffenenverbände und andere Beteiligte) wird geklärt, welche Vorgehenskonzepte und konkreten Maßnahmen geeignet sind, Behinderungen und drohende Chronifizierungen zu vermeiden.

(2) Um die jeweiligen Maßnahmen der Prävention für bestimmte Risikogruppen von Erwerbspersonen zielgerichtet, unverzüglich und ohne Zugangshemmnisse erbringen zu können, bedarf es eines umfassenden Informations- und Kooperationsnetzes aller Beteiligten. Austauschmöglichkeiten und Koordinierungsgremien sollen genutzt werden, z.B. regional, branchen- oder betriebsbezogen.

§ 7

Betriebliches Eingliederungsmanagement

(1) Die Arbeitgeber sind nach § 84 Abs. 2 SGB IX verpflichtet, ein betriebliches Eingliederungsmanagement einzuführen, um Beschäftigten, die länger als sechs Wochen im Jahr arbeitsunfähig sind, Möglichkeiten zu eröffnen, wie die Arbeitsunfähigkeit möglichst überwunden werden und mit welchen Leistungen oder Hilfen erneuter Arbeitsunfähigkeit vorgebeugt oder der Arbeitsplatz erhalten werden kann.

(2) Kommen Leistungen zur Teilhabe oder begleitende Hilfen im Arbeitsleben in Betracht, werden vom Arbeitgeber die örtlichen Gemeinsamen Servicestellen oder bei schwerbehinderten Beschäftigten das Integrationsamt hinzugezogen. Die Rehabilitationsträger bzw. die Integrationsämter wirken darauf hin, dass die erforderlichen Leistungen unverzüglich beantragt werden und stellen sicher, dass hierüber innerhalb der Frist des § 14 Abs. 2 Satz 2 SGB IX entschieden wird.

(3) Die Rehabilitationsträger und Integrationsämter unterstützen die Arbeitgeber bei dem betrieblichen Eingliederungsmanagement. Die Vorgehenskonzepte nach § 6 können Bestandteil des betrieblichen Eingliederungsmanagements sein.

(4) Die Rehabilitationsträger und die Integrationsämter prüfen – auch unter Berücksichtigung der zur Verfügung stehenden Finanzmittel –, ob durch Prämien oder einen Bonus Arbeitgeber gefördert werden können, die ein betriebliches Eingliederungsmanagement einführen (§ 84 Abs. 4 SGB IX). Hierzu stimmen sie sich gemeinsam über Voraussetzungen sowie Art und Umfang der Förderung ab.

§ 8

Serviceangebote

(1) Die Rehabilitationsträger wirken darauf hin, dass durch entsprechende Serviceangebote insbesondere die Arbeitgeber über Möglichkeiten der Prävention nach dem SGB IX informiert werden und zur Umsetzung in ihren Betrieben angeregt werden.

(2) Die Rehabilitationsträger als Serviceanbieter entwickeln abgestimmte Strategien, um Arbeitgeber und Arbeitnehmer gezielt anzusprechen. Hierzu zählen z. B.

- die Rolle des Impulsgebers und Initiators
- Konzeptentwicklung und Beratungsfunktion
- Moderation von Projektgruppen und Arbeitskreisen
- Projektmanagement
- Durchführung einzelner Bausteine innerhalb eines komplexen Programms
- Dokumentation und Bewertung
- Information der Beschäftigten.

(3) Diese Service-Angebote können die Rehabilitationsträger direkt oder durch ihre örtlichen Gemeinsamen Servicestellen erbringen.

(4) Die Integrationsämter unterstützen Arbeitgeber und Arbeitnehmer z.B. über die von ihnen beauftragten Integrationsfachdienste.

§ 9

Motivierung der Erwerbspersonen

(1) Für den längerfristigen Erfolg von Präventionsmaßnahmen spielt die Motivation der beteiligten Erwerbspersonen, gesund und arbeitsfähig zu bleiben/zu werden, eine zentrale Rolle. Gezielte Ansprachen durch die Rehabilitationsträger und Integrationsämter sowie durch betriebsinterne und externe Partner nach § 6 Abs. 1 sollen gerade die Erwerbspersonen mit hohen gesundheitlichen Risiken motivieren.

(2) Die Erwerbspersonen sind in die Planung von Präventionsmaßnahmen aktiv einzubeziehen und ihre Eigenverantwortung ist zu fördern. Dabei können auch Selbsthilfegruppen und Selbsthilfeorganisationen chronisch kranker und behinderter Menschen sowie Selbsthilfekontaktstellen eine wichtige unterstützende Funktion ausüben.

§ 10

Qualitätssicherung und Dokumentation

(1) Die Rehabilitationsträger verpflichten sich, unter Beteiligung der Leistungserbringer und Betroffenenverbände Ziele und Qualitätsstandards für Präventionsmaßnahmen festzulegen und im Rahmen der Qualitätssicherung nach § 20 Abs. 1 SGB IX zu überprüfen.

(2) Leistungserbringer von Präventionsmaßnahmen sind in Planung, Koordination und Kooperation einzubeziehen und werden verpflichtet, adäquate Qualitätsstandards vorzuhalten, umzusetzen und gegenüber den Rehabilitationsträgern zu dokumentieren.

(3) Auf der Grundlage dieser Dokumentation erstellen die Rehabilitationsträger und Integrationsämter nach gemeinsamen Kriterien Statistiken über die Anzahl, den Umfang und die Wirkungen der jeweiligen Präventionsmaßnahmen. Diese Statistiken können für eine zentrale Auswertung zur Verfügung gestellt werden.

(4) Die Rehabilitationsträger und Integrationsämter evaluieren die auf der Grundlage dieser Gemeinsamen Empfehlung eingesetzten Präventionskonzepte im Hinblick auf ihre Wirkung, ihren Nutzen für die Leistungsberechtigten sowie hinsichtlich ihrer Kosten. Sie fördern die Forschung auf diesem Gebiet und unterstützen die Weiterentwicklung von Präventionsmaßnahmen durch wissenschaftliche Begleitforschungen.

§ 11 Datenschutz

Der Schutz der personenbezogenen Daten einschließlich der Sozialdaten ist zu gewährleisten.

§ 12 In-Kraft-Treten

(1) Diese Gemeinsame Empfehlung tritt am 1. April 2005 in Kraft.

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

Gemeinsame Empfehlung Qualitätssicherung nach § 20 Abs. 1 SGB IX vom 27. 3. 2003

Die Rehabilitationsträger wirken auf bedarfsgerechte, zielgerichtete und an den individuellen Bedürfnissen der Leistungsberechtigten ausgerichtete qualifizierte Leistungen zur Teilhabe hin und stellen sie durch geeignete Leistungserbringer sicher. Dabei wird ein umfassender und interdisziplinärer Rehabilitationsansatz zu Grunde gelegt, der somatische, psychische und soziale Dimensionen und ihre Folgen berücksichtigt. Verfahren zur Qualitätssicherung und zum Qualitätsmanagement stellen dabei zentrale Elemente einer effektiven und effizienten Leistungserbringung dar. Die damit einhergehende Transparenz trägt entscheidend zur kontinuierlichen Verbesserung der Qualität der Leistungen bei.

Zu diesem Zweck vereinbaren

- die gesetzlichen Krankenkassen,
- die Bundesagentur für Arbeit,
- die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung,
- die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung,
- die Träger der Alterssicherung der Landwirte,
- die Träger der Kriegsopferversorgung und die Träger der Kriegsopferfürsorge im Rahmen des Rechts der sozialen Entschädigung bei Gesundheitsschäden

gemäß § 20 Abs. 1 SGB IX folgende Gemeinsame Empfehlung zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der Leistungen, insbesondere zur barrierefreien Leistungserbringung, sowie für die Durchführung vergleichender Qualitätsanalysen als Grundlage für ein effektives Qualitätsmanagement der Leistungserbringer.

§ 1

Zielgruppe und Leistungen

1. Zielgruppe für Leistungen zur Teilhabe sind Leistungsberechtigte im Sinne der §§ 1 und 2 SGB IX.
2. Leistungen zur Teilhabe im Sinne dieser Gemeinsamen Empfehlung sind die notwendigen Sozialleistungen nach den §§ 26, 33 und 55 SGB IX. Der Leistungsberechtigte mit seinen Bedürfnissen ist in den Mittelpunkt der Bemühungen zu stellen.

§ 2

Definition von Qualität

Qualität von Leistungen zur Teilhabe bedeutet eine wirksame und bedarfsgerechte, am Krankheitsfolgenmodell der WHO (ICF) orientierte fachlich qualifizierte, aber auch wirtschaftliche Leistungserbringung.

§ 3

Grundsätze der Qualitätssicherung

1. Qualitätssicherung bei Leistungen zur Teilhabe hat zum Ziel, eine am Bedarf der Leistungsberechtigten orientierte, unter den jeweiligen gesetzlichen Rahmenbedingungen bestmögliche Qualität zu gewährleisten. Dazu dienen die systematische und kontinuierliche Prüfung, Bewertung, Förderung und Verbesserung der Qualität.
2. Die Rehabilitationsträger verpflichten sich zu einer kontinuierlichen Qualitätssicherung und -optimierung der Leistungen. Hierzu dienen sowohl externe Maßnahmen der Rehabilitationsträger als auch interne Maßnahmen der Leistungserbringer einschließlich der Implementierung eines Qualitätsmanagementsystems.

● *Externe und interne Qualitätssicherung*

3. Externe Qualitätssicherung soll vor allem die Einhaltung und die (Weiter-)Entwicklung der Qualitätsstandards gewährleisten. Durch vergleichende Qualitätsanalysen werden den Leistungserbringern Rückmeldungen als Grundlage für die interne Qualitätsentwicklung zur Verfügung gestellt. Hierfür sind valide Kriterien für die Vergleichbarkeit der Einrichtungen sowie geeignete Parameter zur Bildung vergleichbarer Gruppen von Leistungsberechtigten erforderlich.
4. Interne Qualitätssicherung dient der Sicherung einer kontinuierlichen hohen Qualität der Erbringung von Leistungen. Damit ist die einrichtungsinterne kontinuierliche Problemerkennung und Verbesserung von Leistungen ebenso verbunden wie die Weiterentwicklung von Strukturen und Prozessen mit dem Ziel der Steigerung der Ergebnisqualität. Voraussetzung für eine effektive interne Qualitätssicherung ist die Einführung eines systematischen Qualitätsmanagements in den Einrichtungen. Die Wahl der hier verwendeten Methoden und Verfahren obliegt den Leistungserbringern.
5. Durch das gezielte Zusammenwirken von vergleichenden Qualitätsanalysen und internem Qualitätsmanagement soll die Ergebnisqualität der Leistungen zur Teilhabe für die Leistungsberechtigten nachweisbar verbessert und die Wirksamkeit der Leistungserbringung erhöht werden.

● *Transparenz*

6. Qualitätssicherung soll die Strukturen, Prozesse und Ergebnisse der Leistungserbringung transparent machen. Voraussetzung hierfür ist, dass den Rehabilitationsträgern einrichtungsbezogene Qualitätsdaten zur Verfügung gestellt und dem Leistungsberechtigten Qualitätsergebnisse in geeigneter Form zugänglich gemacht werden. Ebenso sind den in der Einrichtung an der Leistungserbringung Beteiligten die Qualitätsergebnisse zur Kenntnis zu geben. Auf diese Weise dient die Transparenz der Verbesserung der Informations- und Entscheidungslage der im Wesentlichen Beteiligten und der kontinuierlichen Verbesserung der Qualität der Leistungen. Bei der Weitergabe von Informationen ist der Rahmen des rechtlich Zulässigen zu berücksichtigen.

● *Bewertung aus Sicht der Leistungsberechtigten*

7. Die wahrgenommene Qualität von Leistungen zur Teilhabe und deren Bewertung aus Sicht der Leistungsberechtigten ist ein wesentliches Merkmal von Qualitätssicherung. Die systematische Befragung der Leistungsberechtigten bildet eine wichtige Grundlage für die Berücksichtigung ihrer Belange.

● *Zusammenarbeit mit den Leistungserbringern*

8. Qualitätssicherung ist ein gemeinsames Anliegen der Leistungserbringer und der Rehabilitationsträger. Eine verständnis- und vertrauensvolle Zusammenarbeit bei der Festlegung der Bedingungen, Ziele, Inhalte und der Auswertung der Ergebnisse leistet einen wichtigen Beitrag dazu. Die mit der Qualitätssicherung verbundenen Belastungen und Aufwände sollen durch den weit gehenden rehabilitations-trägerübergreifenden Einsatz geeigneter Verfahren verringert werden.

§ 4

Dimensionen der Qualitätssicherung

1. Voraussetzung für eine systematische und nachvollziehbare Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität ist die Operationalisierung des Qualitätsbegriffs. Dieser lässt sich einteilen in die Dimensionen Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität.

2. Die Rehabilitationsträger verpflichten sich, Verfahren zu entwickeln, die die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität einbeziehen und Vergleiche ermöglichen, um so einen qualitätsorientierten Wettbewerb anzustoßen.

● *Strukturqualität*

3. Strukturqualität benennt die Rahmenbedingungen, die notwendig sind, um die vereinbarte Leistung zur Teilhabe erbringen zu können. Zu den Strukturmerkmalen zählen insbesondere:

- Vorhandensein eines Konzeptes,
- räumliche und sächliche Ausstattung,
- personelle Ausstattung,
- Leistungsangebote,
- Qualifikation, Aus-, Fort- und Weiterbildung der Mitarbeiter,
- Einbindung in Versorgungsstrukturen einschließlich der Selbsthilfe,
- interne Vernetzung (z.B. regelmäßige Teambesprechungen).

● *Prozessqualität*

4. Prozessqualität bezieht sich auf die Planung, Strukturierung und den Ablauf der Leistungserbringung sowie die Beurteilung der sachgerechten Durchführung.

Insbesondere werden hierunter erfasst:

- interdisziplinäre Feststellung des individuellen Rehabilitations-, Förder- bzw. Hilfebedarfs,
 - Vereinbarung individueller Rehabilitationsziele mit den Leistungsberechtigten,
 - Erstellung und Fortschreibung eines Rehabilitations-/Teilhabepplans unter genauen Angaben der jeweiligen Leistungen zur Teilhabe,
 - sachgerechte Durchführung der Leistung,
 - Dokumentation und Bewertung des Verlaufs,
 - interdisziplinäre Zusammenarbeit in den Einrichtungen sowie einrichtungsübergreifend,
 - Kooperation mit den vor- und nachbehandelnden Einrichtungen, Diensten und der Selbsthilfe.
- *Ergebnisqualität*
5. Ergebnisqualität bezieht sich darauf, in welchem Ausmaß die mit der Leistung angestrebten individuellen und generellen Ziele erreicht werden.

§ 5

Verfahren der externen Qualitätssicherung

1. Grundlage für einen kontinuierlichen Qualitätssicherungsprozess sind fachlich anerkannte Verfahren zur routinemäßigen Erfassung der Qualität der Leistungserbringung. So können Veränderungen in Abläufen und Ergebnissen aufgezeigt und damit frühzeitig Hinweise auf Verbesserungspotenziale gegeben werden.
2. Die Rehabilitationsträger wirken darauf hin, dass die jeweiligen Leistungserbringer standardisierte Dokumentationen für alle Qualitätsdimensionen einsetzen.

Die Dokumentation muss alle notwendigen Informationen enthalten, um eine Überprüfung der einzelnen Leistungsschritte und der Ergebnisse anhand einheitlicher Verfahren (z.B. das sog. „Peer-Review-Verfahren“) zu ermöglichen.

Die Dokumentation muss darüber hinaus auch Aussagen darüber enthalten, ob und in welchem Rahmen die Leistungserbringung zügig und nahtlos durchgeführt werden konnte und inwieweit Vernetzungen mit anderen Leistungserbringern bestehen, um Übergänge zu organisieren und weitere Maßnahmen einzuleiten.
3. Die Ergebnisse werden von den Rehabilitationsträgern oder durch von ihnen Beauftragte routinemäßig ausgewertet, strukturiert zusammengefasst und kommuniziert.

● *Strukturqualität*

4. Zur Erfassung und Sicherstellung der Strukturqualität erstellen die Rehabilitationsträger gegebenenfalls unter Beteiligung der Leistungserbringer Kriterienkataloge zur Ausstattung, zu Methoden und Verfahren sowie zu konzeptionellen Merkmalen der Einrichtungen.

Die Strukturkriterien werden in regelmäßigen Abständen anhand standardisierter Erhebungsbögen bei den Leistungserbringern abgefragt.

● *Prozessqualität*

5. Die Rehabilitationsträger legen gegebenenfalls unter Beteiligung der Leistungserbringer die Indikatoren und Kriterien fest, mit denen die Leistungserbringer die verschiedenen Merkmale der Prozessqualität erfassen, beschreiben und dokumentieren.

Die Leistungserbringer erfassen hierbei im Rahmen der einrichtungswissenschaftlichen Dokumentation insbesondere:

- die konkrete, operationalisierbare Leistungs- und Maßnahmeplanung bei Leistungsbeginn,
- die individuellen und generalisiert angewandten Leistungsmerkmale,
- den Prozess und dessen Auswertung sowie resultierende Anpassungs- und Beendigungskonsequenzen während des Leistungsverlaufs,
- die Beendigung einer Leistung oder Maßnahme sowie nachfolgende Leistungserfordernisse,
- bei vorzeitiger Beendigung einer Maßnahme die hierfür maßgeblichen Gründe.

Die Leistungsberechtigten werden hinsichtlich der Leistungsbedingungen, Leistungsausführung und ihrer Beteiligung befragt. Die Rehabilitationsträger oder von ihnen Beauftragte werten mittels geeigneter Verfahren die vorliegende Prozessdokumentation und die Befragung der Leistungsberechtigten aus.

● *Ergebnisqualität*

6. Im Zentrum der Qualitätssicherung steht die Ergebnisqualität. Hierzu vereinbaren die Rehabilitationsträger gegebenenfalls unter Beteiligung der Leistungserbringer einheitliche Kriterien, mit denen sie das Ergebnis einer Leistung ermitteln und bewerten.

Hier sind vor allem Verfahren zur Einschätzung von Beteiligten, z.B. Ärzten, Therapeuten, Fachpersonal, Leistungsberechtigten (während und/oder nach einer Maßnahme), sowie zur Beurteilung der Zielerreichung anhand der Berichte erforderlich. Wichtig sind dabei Verfahren, die Veränderungen im Rehabilitationsstatus und der Lebensqualität der Leistungsberechtigten zu unterschiedlichen Messzeitpunkten aufzeigen.

Von Relevanz für die Bewertung sind hierbei insbesondere:

- Soll-Ist-Vergleiche,

- Leistungs- oder Maßnahmedauer, Komplikationen, Maßnahmeabbrüche etc.,
 - Einschätzung z.B. durch Arzt, Therapeut, Berater, Fachpersonal,
 - Einschätzung der Leistungsberechtigten oder deren Vertrauenspersonen zur Veränderung der Lebensqualität und Nachhaltigkeit von Effekten,
 - Nachbefragungen hinsichtlich Integration in Arbeit, Beruf und Gesellschaft.
7. Zur Überprüfung der Angaben der Leistungserbringer zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität führen die Rehabilitationsträger oder von ihnen Beauftragte stichprobenartige Untersuchungen, ggf. auch Visitationen durch.

§ 6

Vergleichende Qualitätsanalyse

1. Die Rehabilitationsträger oder von ihnen Beauftragte führen auf Grundlage der routinemäßig erhobenen Daten zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität vergleichende Qualitätsanalysen durch, um
- den Einrichtungen eine Standortbestimmung im Vergleich zu anderen Einrichtungen zu ermöglichen,
 - den Leistungserbringern eine detaillierte Rückmeldung als „Input“ für das interne Qualitätsmanagement zu geben.

Die Verfahren der vergleichenden Qualitätsanalyse sind den Leistungserbringern transparent zu machen.

2. Methodische Voraussetzung vergleichender Qualitätsanalysen ist, dass die einbezogenen Einrichtungen auch vergleichbar sind. Dabei sind die Merkmale (Prädiktoren) zu berücksichtigen, die einen systematischen Einfluss auf den Erfolg einer Maßnahme haben, jedoch von den Einrichtungen und Diensten nicht beeinflusst werden können.

§ 7

Auswertung und Rückmeldung an Leistungserbringer

1. Die Rehabilitationsträger oder von ihnen Beauftragte werten die Daten zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität der einzelnen Einrichtungen aus und melden diese Ergebnisse sowie die der vergleichenden Qualitätsanalyse zurück.
2. Auf der Grundlage der zusammengetragenen Daten können die Rehabilitationsträger Qualitätsprofile erstellen, die eine differenzierte Beschreibung der Einrichtungen sowie deren Leistungen ermöglichen.
3. Die Leistungserbringer können die Ergebnisse der Qualitätssicherung veröffentlichen.

§ 8 Barrierefreiheit

Die Rehabilitationsträger verpflichten sich, dass Leistungen zur Teilhabe in ausreichendem Maße barrierefrei (Zugang und Kommunikation) zur Verfügung stehen. Im Übrigen wird auf die Gleichstellungsgesetze des Bundes und der Länder sowie sonstige gesetzliche und untergesetzliche Normierungen verwiesen.

§ 9 Evaluation und Weiterentwicklung

1. Die Rehabilitationsträger verpflichten sich, derzeitige und geplante Verfahren der Qualitätssicherung einer Evaluation im Hinblick auf ihre Wirksamkeit, ihren Nutzen für die Leistungsberechtigten sowie hinsichtlich ihrer Kosten zu unterziehen. Die Verfahren der Qualitätssicherung müssen entsprechend den Evaluationsergebnissen oder sich verändernden Bedingungen angepasst werden.
2. Die Rehabilitationsträger stellen sicher, dass die Einrichtungen nicht mehrfach externen Qualitätssicherungsmaßnahmen unterzogen werden, und vereinheitlichen unter Berücksichtigung der jeweiligen trägerspezifischen Gegebenheiten die bereits eingeführten Verfahren.

§ 10 Datenschutz

Der Schutz der personenbezogenen Daten und der Sozialdaten sowie das Recht auf informationelle Selbstbestimmung sind zu gewährleisten.

§ 11 In-Kraft-Treten

1. Diese Gemeinsame Empfehlung tritt am 1. Juli 2003 in Kraft.
2. Die Vereinbarungspartner teilen der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation im Abstand von 2 Jahren ihre Erfahrungen mit der Gemeinsamen Empfehlung mit.
3. Die Vereinbarungspartner und die anderen Rehabilitationsträger werden auf der Ebene der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation in angemessenen Zeitabständen unter Einbeziehung der Verbände behinderter Menschen einschließlich der Verbände der Freien Wohlfahrtspflege, der Selbsthilfegruppen und der Interessenvertretungen behinderter Frauen sowie der für die Wahrnehmung der Interessen der ambulanten und stationären Rehabilitationseinrichtungen auf Bundesebene maßgeblichen Spitzenverbände prüfen, ob diese Empfehlung auf Grund zwischenzeitlich gewonnener Erfahrungen und eingetretener Entwicklungen verbessert oder wesentlich veränderten Verhältnissen angepasst werden muss. Für diesen Fall erklären die Vereinbarungspartner ihre Bereitschaft, unverzüglich an der Überarbeitung einer entsprechend zu ändernden gemeinsamen Empfehlung mitzuwirken.

Gemeinsame Empfehlung nach § 113 Abs. 2 SGB IX zur Inanspruchnahme der Integrationsfachdienste durch die Rehabilitationsträger zur Zusammenarbeit und zur Finanzierung der Kosten, die dem Integrationsfachdienst bei der Wahrnehmung der Aufgaben der Rehabilitationsträger entstehen (Gemeinsame Empfehlung „Integrationsfachdienste“) vom 16. 12. 2004

Die Integrationsfachdienste (IFD) stellen ein Beratungs- und Betreuungsangebot zur Unterstützung der Arbeitgeber und Arbeitnehmer bereit, das neben die schon vorhandenen Leistungen und eigenen Unterstützungsangebote der Vereinbarungspartner zur Teilhabe am Arbeitsleben tritt.

Hierbei werden die IFD leistungsträgerübergreifend tätig. Die Beschäftigungssituation behinderter Menschen soll durch einen niederschweligen Zugang zum IFD und durch dessen Aktivitäten im Rahmen der Prävention (§§ 3 und 84 SGB IX) nachhaltig verbessert werden. Ziel dieser Gemeinsamen Empfehlung ist die Schaffung einheitlicher und verbindlicher Kriterien zur Beauftragung, Verantwortung und Steuerung sowie zur Finanzierung und bedarfsgerechten Ausstattung der IFD.

Hierzu vereinbart die Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen mit

- der Bundesagentur für Arbeit,
- den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung,
- den Trägern der gesetzlichen Rentenversicherung und
- den Trägern der Kriegsopferversorgung und der Kriegsopferfürsorge im Rahmen des Rechts der sozialen Entschädigung bei Gesundheitsschäden

auf der Grundlage des § 113 Abs. 2 i. V. m. § 17 Abs. 1 Nr. 2 SGB IX nachfolgende Gemeinsame Empfehlung.

Nicht Gegenstand dieser Vereinbarung ist die Nutzung der IFD für schwerbehinderte Menschen im Rahmen der Aufgaben nach §§ 104 Abs. 1 Nr. 1 bis 3 und 110 Abs. 2 Nr. 1 a und 1 b SGB IX.

§ 1

Rechtsgrundlage

(1) IFD sind Dienste Dritter, die nach § 109 SGB IX bei der Durchführung von Maßnahmen zur Teilhabe am Arbeitsleben für von Behinderung bedrohte, behinderte und schwerbehinderte Menschen beteiligt werden. Sie können nach § 33 Abs. 6 SGB IX von den Rehabilitationsträgern im Rahmen ihrer jeweiligen Aufgabenstellung beauftragt werden.

(2) Die Strukturverantwortung liegt beim Integrationsamt. Dieses legt Näheres zur Beauftragung, Zusammenarbeit, fachlichen Leitung, Aufsicht sowie zur Dokumentation, Qualitätssicherung und Ergebnisbeobachtung nach einem auf Bundesebene entwickelten Mustervertrag fest. Das Integrationsamt schließt mit dem Träger des IFD einen Grundvertrag. Die Verträge sollen im Interesse finanzieller Planungssicherheit auf eine Dauer von mindestens drei Jahren abgeschlossen werden. Die Verantwortung für die Ausführung der Dienstleistung des IFD bleibt nach § 111 Abs. 1 Satz 2 SGB IX bei dem für den Einzelfall zuständigen Leistungsträger (Fallverantwortung). Die Verantwortung des IFD-Trägers nach § 112 SGB IX bleibt davon unberührt.

(3) Die Integrationsämter wirken nach § 111 Abs. 5 SGB IX darauf hin, dass die berufsbegleitenden und psychosozialen Dienste bei den von ihnen beauftragten IFD konzentriert werden. Alle Aufgabenbereiche werden im IFD zu einem Leistungsträger übergreifenden Dienstleistungsangebot für arbeitssuchende und beschäftigte schwerbehinderte und behinderte Menschen, deren Arbeitgeber und deren sonstige Ansprechpartner zusammengefasst. In der Regel soll in jedem Bezirk der Agenturen für Arbeit nur ein, alle Aufgabenbereiche und Zielgruppen umfassender IFD vorgehalten werden. Abweichende Regelungen sind auf Länderebene möglich.

§ 2

Zielgruppen und Aufgaben der IFD

(1) Die IFD beraten, begleiten und unterstützen nach § 109 Abs. 2-4 SGB IX arbeitssuchende und beschäftigte, besonders betroffene behinderte, schwerbehinderte oder von Behinderung bedrohte Menschen mit dem Ziel, diese auf geeignete Arbeitsplätze auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zu vermitteln, Arbeitsverhältnisse zu sichern und damit die Teilhabe am Arbeitsleben nachhaltig zu ermöglichen.

(2) Die IFD stehen in Zusammenarbeit mit den Rehabilitationsträgern und Integrationsämtern als Ansprechpartner den Arbeitgebern zur Verfügung, um diese zu beraten, über die erforderlichen Leistungen zu informieren, den Leistungsbedarf zu klären und bei der Beantragung zu unterstützen (§ 110 Abs. 2 Nr. 5 bis 8 SGB IX).

(3) Die IFD beraten Einrichtungen und Dienste der schulischen Bildung, der Krankenbehandlung und medizinischen Rehabilitation, der Erbringer von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie deren Klientel und unterstützen frühzeitig bei Übergängen zum allgemeinen Arbeitsmarkt (§ 111 Abs. 3 SGB IX).

(4) Die IFD unterstützen die Auftraggeber durch qualifizierte Einschätzungen der Neigungen, der Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit, der Motivation und Leistungsbereitschaft der Klienten des IFD sowie des Förderbedarfs in Bezug auf notwendige Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch. Die IFD liefern mit fachdienstlichen Stellungnahmen entsprechende Entscheidungshilfen.

§ 3

Aufbau, Ausstattung und Entwicklung

(1) Die Integrationsämter sorgen im Rahmen ihrer Strukturverantwortung dafür, dass das komplette Dienstleistungsangebot nach § 110 SGB IX für alle Personengruppen nach § 109 SGB IX sowie unter Einhaltung der fachlichen Anforderungen nach § 112 SGB IX im Sinne des § 17 Abs. 1 Nr. 2 SGB IX für alle Vereinbarungspartner vorgehalten werden kann.

(2) Im Interesse der Planungssicherheit und bedarfsgerechten Ausstattung der IFD können regional Beauftragungskontingente zwischen Integrationsamt bzw. Integrationsfachdiensten und Rehabilitationsträgern vereinbart werden. Die Rehabilitationsträger beobachten die Entwicklung der Bedarfe und werden die IFD entsprechend beauftragen.

§ 4

Beauftragung

(1) Arbeitgeber sowie behinderte oder von Behinderung bedrohte Menschen sollen frühzeitig und unbürokratisch Beratung und Hilfestellung erhalten. Dies gilt insbesondere für Übergänge aus Maßnahmen der Krankenbehandlung bzw. der medizinischen Rehabilitation zum allgemeinen Arbeitsmarkt im Sinne des § 11 SGB IX sowie für entsprechende Übergänge aus schulischen Maßnahmen und aus Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben.

(2) Nimmt ein behinderter, schwerbehinderter oder von Behinderung bzw. Schwerbehinderung bedrohter Mensch, ein Arbeitgeber oder eine sonstige Stelle (z.B. Klinik, Arzt, Rehabilitationseinrichtung oder Schule bzw. Werkstatt für behinderte Menschen) unmittelbar Kontakt mit dem IFD auf, erfolgt zunächst eine fachdienstliche Vorabklärung des Anliegens, der Zuständigkeit und der Kooperationsmöglichkeiten.

Eine qualifizierte Beratung sowie Integrationsbegleitung des behinderten, schwerbehinderten oder von Behinderung bzw. Schwerbehinderung bedrohten Menschen ist nur mit einem Einzelfallauftrag des Integrationsamtes oder des Trägers der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben möglich. Näheres zu Art, Umfang und Dauer der Unterstützungsleistung im Einzelfall legen die jeweiligen Auftraggeber in Abstimmung mit dem IFD fest. Die Auftraggeber bleiben für die Ausführung der Leistung verantwortlich. Das zuständige Integrationsamt erhält eine Mitteilung über den Auftrag.

(3) Die Regelungen über die Vorleistungen nach § 102 Abs. 6 Satz 3 und 4 SGB IX bleiben unberührt. Der vermutlich zuständige Leistungsträger ist umgehend zu unterrichten.

§ 5

Finanzierung

(1) Die IFD werden für die Zielgruppe der schwerbehinderten Menschen durch die Integrationsämter flächen- und bedarfsdeckend eingerichtet, ausgestattet und nach einheitlichen Kriterien leistungsabhängig finanziert.

(2) Die Nutzung der IFD durch die Integrationsämter für schwerbehinderte Menschen wird aus Mitteln der Ausgleichsabgabe finanziert. Die Inanspruchnahme der IFD durch die Rehabilitationsträger nach § 33 Abs. 6 Nr. 8 SGB IX wird dem Integrationsfachdienst pro Einzelfall vergütet. Die Vergütung für den Bereich Berufsbegleitung orientiert sich an den durchschnittlichen Fallkosten pro Monat. Für den Bereich Vermittlung wird eine erfolgsabhängige Vergütung gezahlt.

(3) Für die Rehabilitationsträger gilt:

(a) Im Bereich der Berufsbegleitung beträgt die Kostenerstattung im ersten Monat 500,00 €. Ab dem zweiten Beauftragungsmonat wird eine Pauschale in Höhe von 250,00 € pro Monat vergütet. Bei einer mehr als fünfmonatigen Beauftragung beträgt die Vergütungspauschale ab dem ersten Monat 250,00 €.

(b) Für den Bereich Vermittlung wird ein monatlicher Grundbetrag in Höhe von 180,00 € vergütet. Bei Abschluss eines Arbeitsvertrages und Aufnahme der Beschäftigung wird zusätzlich eine einmalige Erfolgsprämie in Höhe von 500,00 € gezahlt. Nach erfolgreichem Ablauf der Probezeit wird eine Wiedereingliederungsprämie in Höhe von einmalig 700,00 € gezahlt.

(c) Für die isolierte Inanspruchnahme besonderer Leistungen, z.B. Einholen einer Stellungnahme bei speziellen Behinderungsarten wie Schwerhörigkeit, Blindheit pp., gilt eine Vergütung von 180,00 € als vereinbart, sofern nicht im Einzelfall vor Inanspruchnahme eine abweichende Regelung getroffen wird.

Die vereinbarte Vergütung wird zum Ende des Beauftragungszeitraumes fällig. Sofern Umsatzsteuerpflicht nachgewiesen ist, gelten die vorstehenden Beträge als Nettobeträge. Die Wiederaufnahme bereits abgeschlossener Fälle erfolgt nur mit Zustimmung des Leistungsträgers.

(4) Zwischen Integrationsamt, Integrationsfachdienst und Rehabilitationsträger können abweichende regionale Regelungen über die Zahlungsmodalitäten getroffen werden.

(5) Zur Vermeidung der Erstattung eines Aussteuerungsbetrages nach § 46 Abs. 4 SGB II können die Agenturen für Arbeit mit dem Integrationsfachdienst abweichend von Abs. 3 b, Satz 2 u. 3, höhere Vergütungen vereinbaren.

§ 6

Zusammenarbeit im Landeskoordinierungsausschuss und in den Koordinierungsausschüssen

(1) Die Beteiligten auf Landesebene können sich im Rahmen des Landeskoordinierungsausschusses treffen, um alle Fragen zur landesweiten Umsetzung der gemeinsamen Empfehlung und zur Entwicklung der IFD zu behandeln. Dies umfasst Fragen zur bedarfsorientierten Beauftragung, zur Zielgruppenpräsenz, zur personellen Ausstattung mit entsprechender behinderungsspezifischer Fachkompetenz, zur Ergebnisbewertung, zur Zielerreichung, zum Förderrecht und zur gemeinsamen Öffentlichkeitsarbeit. Das Integrationsamt als strukturver-

antwortlicher Auftraggeber lädt ein. Die Verbände behinderter Menschen einerseits sowie die Integrationsfachdienste andererseits über deren Vertretungen sind durch jeweils eine(n) Vertreter(in) zu beteiligen.

(2) Des Weiteren kann zur regionalen Abstimmung und Kooperation mit den Auftraggebern und Beteiligten pro IFD ein örtlicher Koordinierungsausschuss eingerichtet werden.

Dieser begleitet insbesondere:

- die Umsetzung der Gemeinsamen Empfehlung vor Ort,
- die einheitliche Ausführung von Leistungen zur Teilhabe (insbesondere bei Komplexleistungen),
- die Auslastung des IFD,
- die Sicherung des niederschweligen Zugangs zum IFD und
- die Beurteilung der Ergebnisse und der Zielerreichung.

§ 7

Dokumentation, Berichtswesen und Statistik

(1) Die Falldokumentation soll nach einheitlichen Kriterien erfolgen. Die Integrationsämter führen ein einheitliches Dokumentationssystem bei allen IFD ein.

(2) Der IFD dokumentiert alle wesentlichen Inhalte seiner Tätigkeit und erfasst die notwendigen personenbezogenen Daten der behinderten Menschen, für die er tätig wird. Ebenso erfasst er die Betriebe und sonstigen Kooperationspartner, mit denen er zusammenarbeitet. Zur Beauftragung im Einzelfall sind Betreuungsmittelungen, Zwischen- und Abschlussberichte erforderlich.

(3) Daneben berichtet der IFD jährlich über seine Arbeit zusammenfassend. Dabei erläutert er aus seiner Sicht das Arbeitsergebnis zielgruppenspezifisch sowie nach Geschlechtern getrennt und beschreibt die Entwicklung der regionalen Zusammenarbeit nach § 114 SGB IX.

§ 8

Qualitätssicherung

(1) Für die Qualitätssicherung gilt die Gemeinsame Empfehlung nach § 20 SGB IX in der jeweils gültigen Fassung.

(2) Ein verbindliches System für Qualitätsmanagement und -sicherung wird auf der Grundlage eines von der BIH entwickelten Qualitätssystems weiterentwickelt. Es regelt verbindliche Vorgaben für die Arbeit der beauftragten Dienste zur Struktur-, Prozeß- und Ergebnisqualität, zum Berichtswesen, zum Dokumentationsverfahren und zur Überprüfung der Qualität der Leistungserbringung.

§ 9 Datenschutz

(1) Die IFD sind nach §§ 35 SGB I, 130 SGB IX verpflichtet, die datenschutzrechtlichen Bestimmungen einzuhalten. Dabei sind insbesondere nur Daten zu erheben, die für die Teilhabe am Arbeitsleben der Betroffenen erforderlich sind. Persönliche und medizinische Daten von behinderten Menschen dürfen ohne deren Einwilligung nicht von den IFD gegenüber Personen oder Institutionen, die nicht unmittelbar an dem Eingliederungsprozess beteiligt sind, bekannt gegeben werden. Auf die Voraussetzungen des § 76 SGB X wird besonders hingewiesen.

Die IFD verpflichten sich, die zu betreuenden behinderten Menschen darüber zu informieren, welche personenbezogenen Daten erhoben und verarbeitet werden.

(2) Die Nutzer der IFD nach § 2 sind zur Beauftragung und zum Sozialdatenschutz durch die IFD zu Beginn der Zusammenarbeit aufzuklären. Ein entsprechendes Merkblatt zur Beauftragung und zum Sozialdatenschutz ist auszuhändigen. Der Erhalt und die Erläuterung dieses Merkblattes ist von den Nutzern nach § 2 Abs. 1 zu bestätigen und vom IFD entsprechend zu dokumentieren.

(3) Die IFD haben die Betriebs- und Geschäftsdaten von Rehabilitationsträgern und Unternehmen, die im Rahmen der Aufgabenerledigung bekannt werden, geheim zu halten.

(4) Der Träger haftet für seine Mitarbeiter und Beauftragten hinsichtlich der Einhaltung der datenschutzrechtlichen Vorschriften. Die Mitarbeiter sind über ihre Pflichten nach §§ 67 ff SGB X zu belehren. Die erfolgte Belehrung der Mitarbeiter des IFD über ihre Pflichten ist zu dokumentieren.

§ 10 In-Kraft-Treten

(1) Die Gemeinsame Empfehlung tritt am 1. April 2005 in Kraft.

(2) Die Vereinbarungspartner werden auf Ebene der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation in angemessenen Zeitabständen unter Einbeziehung der Verbände behinderter Menschen einschließlich der Verbände der freien Wohlfahrtspflege, der Selbsthilfegruppen und der Interessenvertretung behinderter Frauen sowie der für die Wahrnehmung der Interessen der ambulanten und stationären Rehabilitationseinrichtungen auf Bundesebene maßgeblichen Spitzenverbände prüfen, ob die Vereinbarung aufgrund zwischenzeitlich gewonnener Erfahrungen verbessert oder wesentlich veränderten Verhältnissen angepasst werden muss. Für diesen Fall erklären die Vereinbarungspartner ihre Bereitschaft, unverzüglich an der Überarbeitung einer entsprechenden zu ändernden gemeinsamen Empfehlung mitzuwirken.

Gemeinsame Empfehlung zur Förderung der Selbsthilfe gemäß § 13 Abs. 2 Nr. 6 SGB IX vom 22. 3. 2004

Die Selbsthilfe ist ein wichtiger Bestandteil des Gesundheitssystems. Gerade bei der Aufgabe, behinderten oder von Behinderung bedrohten Menschen eine gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu ermöglichen und hier insbesondere die Bedürfnisse behinderter oder von Behinderung bedrohter Frauen und Kinder nachdrücklich einzubringen (vgl. § 1 SGB IX), ist die Selbsthilfe ein bedeutender Wirkungsfaktor. Sie ergänzt nicht nur die Maßnahmen zur Rehabilitation und Teilhabe der Leistungsträger, sondern schließt eine Lücke zwischen den Angeboten von Leistungserbringern und Institutionen und den Bedürfnissen der unmittelbar betroffenen chronisch kranken und behinderten Menschen. Charakteristikum und wesentlicher Vorzug der Selbsthilfe ist ihre Betroffenenkompetenz, die Akzeptanz bei den Adressaten schafft und niedrigschwellige Beratungs- und Hilfestrukturen ermöglicht. Diese spezifische Fachkompetenz, die auf der Kenntnis der Lebenssituation von kranken, behinderten oder von Behinderung bedrohten Menschen aufgrund unmittelbarer, eigener Erfahrung beruht, ermöglicht es, bedarfsgerechte und perspektivisch sinnvolle Hilfen zur Teilhabe zu ermitteln und einzuleiten – und damit langfristig einen Rehabilitationserfolg abzusichern. Für die besonderen Lebenslagen behinderter oder von Behinderung bedrohter Frauen und Kinder sind spezifische Beratungs- und Unterstützungsangebote der Selbsthilfe unverzichtbar und grundsätzlich zu fördern.

Die Förderung der Selbsthilfe ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, an der sich sowohl die öffentliche Hand als auch die Sozialleistungsträger durch Unterstützung von Projekten und Selbsthilfestrukturen beteiligen sollen.

Die Vereinbarungspartner unterstützen die Aktivitäten der Selbsthilfe zur Prävention, Rehabilitation, Früherkennung und Bewältigung von Krankheiten und Behinderungen vorrangig durch finanzielle Hilfen. Die Vereinbarungspartner streben an, ihre Unterstützungsleistung barrierefrei zur Verfügung zu stellen. Auch die Selbsthilfe strebt eine größtmögliche Barrierefreiheit ihrer Angebote an.

Zu diesem Zweck vereinbaren

- die gesetzlichen Krankenkassen,
- die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung und
- die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung

die nachstehende Gemeinsame Empfehlung gemäß § 13 Abs. 2, Nr. 6 SGB IX.

Die im Folgenden beschriebenen Empfehlungen sollen der einheitlichen Rechtsanwendung und Transparenz der Förderung dienen, für alle Beteiligten das Verfahren erleichtern und durch abgestimmte Entscheidungsstrukturen zu einer besseren Planungssicherheit für die Selbsthilfe beitragen. Eine flächendeckende und bedarfsgerechte Verteilung der Fördermittel für die jeweiligen Ebenen

(Regional, Land, Bund) und Bereiche (Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen) der Selbsthilfe wird angestrebt.

Die Vereinbarungspartner und die Vertreter der Selbsthilfe begleiten die Umsetzung dieser Empfehlung.

§ 1 Rechtsgrundlagen

Nach § 29 SGB IX sollen die Rehabilitationsträger Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen nach einheitlichen Grundsätzen fördern. Diese Vorschrift begründet keine allgemeine Leistungspflicht. Die Leistungsvoraussetzungen sind vielmehr in den jeweiligen Leistungsgesetzen der Rehabilitationsträger geregelt (vgl. § 7 SGB IX). Dies ist für die gesetzlichen Krankenkassen § 20 Abs. 4 SGB V, für die gesetzliche Rentenversicherung gilt § 31 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 und Abs. 3 SGB VI.

Die gesetzlichen Krankenkassen fördern demnach die gesundheitsbezogenen Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen auf Basis der „Gemeinsamen und einheitlichen Grundsätze der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Förderung der Selbsthilfe gemäß § 20 Abs. 4 SGB V“ vom 10. März 2000.

Durch die Rentenversicherungsträger können als sonstige Leistungen Zuwendungen für Einrichtungen erbracht werden, die auf dem Gebiet der Rehabilitation forschen oder die Rehabilitation fördern. Bezogen auf den Bereich der Selbsthilfe bedeutet dies, dass von der Rentenversicherung eine Zuwendung nur dann erbracht werden darf, wenn das Vorhaben, für das eine finanzielle Förderung beantragt wird, einen engen Bezug zur Rehabilitation der Rentenversicherung aufweist. Ziel der Rehabilitation der Rentenversicherung ist es, gesundheitlich beeinträchtigte Versicherte wieder in das Erwerbsleben zu integrieren. Förderungsfähig sind daher nur solche Vorhaben, welche unmittelbar diesen gesetzlichen Versorgungsauftrag der Rentenversicherung betreffen. Zuwendungen werden im Rahmen der Zuwendungsrichtlinien der Rentenversicherung erbracht. Die Aufwendungen für Zuwendungen durch die gesetzliche Rentenversicherung sind wie die anderen sonstigen Leistungen von den zur Verfügung stehenden Haushaltsmitteln abhängig.

Die Vorschriften der gesetzlichen Unfallversicherung (SGB VII), der Jugendhilfe (SGB VIII), das Bundessozialhilfegesetz (BSHG) sowie das Bundesversorgungsgesetz (BVG) enthalten keine expliziten Hinweise zur Förderung der Selbsthilfe. Es ist jedoch nicht ausgeschlossen, dass einzelnen Versicherten nach § 39 Abs. 1 SGB VII die Teilnahme an Angeboten der Selbsthilfe ermöglicht werden kann.

§ 2 Empfänger der Förderung

Die Förderung der Selbsthilfe durch die Vereinbarungspartner betrifft:

- **Selbsthilfegruppen**

Selbsthilfegruppen sind freiwillige Zusammenschlüsse von Menschen auf örtlicher/regionaler Ebene, deren Aktivitäten sich auf die gemeinsame Bewältigung von Krankheiten und Behinderungen richten, von denen sie – entweder selbst oder als Angehörige – betroffen sind. Ihre Arbeit ist nicht auf materielle Gewinnerzielung ausgerichtet. Ziel ist die Verbesserung der persönlichen Lebensqualität und die Überwindung der mit vielen Behinderungen und chronischen Krankheiten einhergehenden Isolation und gesellschaftlichen Ausgrenzung. Sie wirken im regionalen Bereich in ihr soziales und politisches Umfeld hinein.

In der regelmäßigen Gruppenarbeit geben sie Hilfestellung und sind Gesprächspartner für ihre Mitglieder und nach außen. In Abgrenzung zu anderen Formen des bürgerschaftlichen Engagements richtet sich die Arbeit von Selbsthilfegruppen vor allem auf ihre Mitglieder und ist geprägt von gegenseitiger Unterstützung und Erfahrungsaustausch. Selbsthilfegruppen werden nicht von professionellen Helfern (z.B. ÄrztInnen, TherapeutInnen, anderen Medizin- oder Sozialberufen) geleitet; manche ziehen jedoch gelegentlich Experten zu bestimmten Fragestellungen hinzu.

- **Selbsthilfeorganisationen**

Vielfach haben sich Selbsthilfegruppen in Selbsthilfeorganisationen (Verbänden) zusammengeschlossen. Hierbei handelt es sich um Organisationen mit überregionaler Interessenvertretung, meist größeren Mitgliederzahlen, teilweise mit hauptamtlichem Personal, bestimmten Rechtsformen (zumeist eingetragener Verein), stärkeren Kontakten zu Behörden, Sozialleistungsträgern, Trägern der freien Wohlfahrtspflege, Leistungserbringern usw. Sie untergliedern sich im Allgemeinen auf Bundes-, Landes- und Ortsebene.

Als Aufgaben der Selbsthilfeorganisationen sind beispielhaft zu nennen: Interessenvertretung im gesundheits- und sozialpolitischen Bereich, Herausgabe von Medien zur Information und Unterstützung der betroffenen Menschen sowie der ihnen angeschlossenen Untergliederungen, Durchführung von Lehrgängen, Seminaren, Konferenzen und Fachtagungen. Neben Dienstleistungen für die eigenen Mitglieder erbringen sie Beratungs- und Informationsleistungen für Dritte.

- **Selbsthilfekontaktstellen**

Selbsthilfekontaktstellen sind örtlich oder regional arbeitende professionelle Beratungseinrichtungen mit hauptamtlichem Personal. Sie stellen bereichs-, themen- und indikationsgruppenübergreifend Dienstleistungsangebote bereit zur methodischen Anleitung, Unterstützung und Stabilisierung von Selbsthilfegruppen. Sie unterstützen aktiv bei der Gruppengründung und bieten infrastrukturelle Hilfen wie z.B. Räume, Beratung oder supervisorische Begleitung in

schwierigen Gruppensituationen oder bei Problemen an. Eine Hauptzielgruppe von Selbsthilfekontaktstellen sind Bürger, die noch nicht Teilnehmer bzw. Mitglieder von Selbsthilfegruppen sind, sondern sich informieren und beraten lassen möchten. Selbsthilfekontaktstellen stärken die Kooperation und Zusammenarbeit von Selbsthilfegruppen und Professionellen, vermitteln Kontakte und Kooperationspartner und fördern die Vernetzung der Angebote in der Region. Sie sind Agenturen zur Stärkung der Motivation, Eigenverantwortung und gegenseitigen freiwilligen Hilfe. Sie nehmen eine Wegweiserfunktion im System der gesundheitlichen und sozialen Dienstleistungsangebote wahr und verbessern die soziale Infrastruktur.

§ 3

Voraussetzungen der Förderung

(1) Die Vereinbarungspartner fördern nach Maßgabe des § 1 gesundheitsbezogene Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen, die sich die Prävention (Sekundärprävention) und/oder die Rehabilitation (Tertiärprävention) bei chronischen Erkrankungen und Behinderungen zum Ziel gesetzt haben. Eine Förderung setzt die Bereitschaft der Selbsthilfe zur partnerschaftlichen Zusammenarbeit mit den Vereinbarungspartnern voraus. Die Selbsthilfearbeit ist neutral auszurichten, z.B. parteipolitisch oder kommerziell ausgerichtete Aktivitäten werden nicht gefördert. Eine Förderung setzt voraus, dass die Selbsthilfe dafür Sorge trägt, dass ihre inhaltliche Arbeit durch Wirtschaftsunternehmen nicht beeinflusst wird.

Entsprechend der unterschiedlichen Zielsetzungen, Arbeitsfelder und organisatorischen Ebenen ergeben sich, ergänzend zu den unterschiedlichen gesetzlichen Fördergrundlagen, zum Teil unterschiedliche Fördervoraussetzungen:

Selbsthilfegruppen:

- grundsätzliche Offenheit für neue Mitglieder,
- Interessenwahrnehmung und -vertretung durch betroffene Menschen,
- verlässliche/kontinuierliche Gruppenarbeit.

Selbsthilfeorganisationen:

- grundsätzliche Offenheit für neue Mitglieder,
- Interessenwahrnehmung der von chronischer Krankheit und Behinderung betroffenen Menschen,
- verlässliche, kontinuierliche Verbandsarbeit mit geregelter Verantwortlichkeit und überprüfbarer Kassenführung,
- fachliche und organisatorische Unterstützung der örtlichen/regionalen Selbsthilfegruppen.
- Vorhandensein örtlicher/regionaler Selbsthilfegruppen

Die Eigenart oder der geringe Verbreitungsgrad einer chronischen Erkrankung oder Behinderung bzw. das Selbstverständnis oder die Zielgruppe einer Organi-

sation führt teilweise dazu, dass keine Untergliederungen in Form von Landes- bzw. regionaler Selbsthilfestrukturen ausgebildet sind. Dies ist bei der Prüfung der Voraussetzungen zu berücksichtigen.

Selbsthilfekontaktstellen:

- bereichs-, themen- und indikationsgruppenübergreifende Arbeit,
- hauptamtliches Fachpersonal,
- Erreichbarkeit durch regelmäßige Öffnungs- bzw. Sprechzeiten,
- Dokumentation der örtlichen/regionalen Selbsthilfegruppen bzw. Interessenwünsche,
- aktive Mitarbeit in der jeweiligen Landesarbeitsgemeinschaft der Selbsthilfekontaktstellen und Kooperation mit den Landeskoordinierungsstellen (so weit vorhanden),
- Bestehen bzw. Vorlaufzeit von mindestens einem Jahr (Ausnahmen sind mit Begründung möglich),
- Vorliegen eines Finanzierungskonzeptes.

(2) Nicht gefördert werden Wohlfahrts- und Sozialverbände, Fördervereine und Arbeitsgruppen bzw. Arbeitskreise der Selbsthilfeorganisationen, Patientenstellen und Verbraucherverbände, Berufs- und Fachverbände, Kuratorien, Landesarbeitsgemeinschaften für Gesundheit, Koordinationsstellen für Selbsthilfegruppen und Ärzte der Kassenärztlichen Vereinigungen sowie alle Aktivitäten der Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen, die nicht gesundheitsbezogen sind.

§ 4

Formen und Inhalte der Förderung

Die zweckgebundene Förderung der Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen erfolgt durch finanzielle Zuschüsse in Form projektbezogener und/oder pauschaler Zuwendungen. Daneben ist eine ideelle, strukturelle und sächliche Förderung z.B. in Form von Dienst- oder Sachleistungen durch die Vereinbarungspartner möglich.

Die finanzielle Förderung kann sich auf gezielte, zeitlich begrenzte Vorhaben und Aktionen von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen richten. Sie kann auch für die finanzielle Unterstützung der gesundheitsbezogenen Arbeit von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen in Form pauschaler Zuschüsse in Betracht kommen.

Durch die ideelle Förderung unterstützen die Vereinbarungspartner die Selbsthilfe z.B. durch Wertschätzung, Kooperation und partnerschaftliche Zusammenarbeit, Hinweise bzw. Verweis auf Selbsthilfegruppen und deren Arbeit.

Die Vereinbarungspartner können die Selbsthilfe strukturell und sächlich unterstützen, indem sie ihre Institutionsmöglichkeiten zur Verfügung stellen (z.B. Räu-

me, Büroinfrastruktur, Kopien, Druck von Faltblättern, Hilfestellung bei sozialrechtlichen Fragen und sonstigen Problemstellungen, Vorträge im Rahmen von Veranstaltungen).

Für eine finanzielle Förderung der Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen kommen insbesondere in Betracht:

- Information, Aufklärung und Beratung der betroffenen Menschen, ihrer Angehörigen oder weiterer Interessierter,
- Qualifizierungsmaßnahmen, die im Zusammenhang mit originären Selbsthilfearbeit stehen, insbesondere für die in der Selbsthilfe ehrenamtlich tätigen Menschen,
- Öffentlichkeitsarbeit und Durchführung von Veranstaltungen und Aktionen (z. B. Broschüren, Informationsmedien, Seminare, Selbsthilfetage, Fachtagungen),
- Zuschüsse zur Deckung sonstiger Ausgaben der Selbsthilfe, z.B. für Raumnutzung, Büromaterial, Telefongebühren,
- Projektförderung einschließlich anteiliger Personal- und Sachkosten.

§ 5

Umfang der Förderung

Die finanzielle Förderung der Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen durch die Rehabilitationsträger erfolgt bedarfsbezogen und angemessen.

Ausgangspunkt der Förderung ist der Bedarf der Antrag stellenden Selbsthilfegruppe, -organisation oder -kontaktstelle. Dieser Bedarf ist inhaltlich zu benennen und transparent zu machen.

Bei der Vergabe der Fördermittel ist eine ausgewogene Verteilung sowie eine bedarfsgerechte Aufteilung auf die verschiedenen Förderebenen anzustreben.

Eine Vollfinanzierung der gesamten Selbsthilfearbeit und -strukturen ist nicht möglich. Den Grundsätzen der Wirtschaftlichkeit, Sparsamkeit, Eigenverantwortung und Solidarität ist Rechnung zu tragen.

§ 6

Förderverfahren

Die Vereinbarungspartner verfolgen mit diesen Empfehlungen das Ziel, gemeinsam mit den Vertretern der Selbsthilfe die Selbsthilfeförderung und inhaltliche Zusammenarbeit als Gemeinschaftsaufgabe weiter zu entwickeln. Hierzu empfiehlt sich unter Nutzung bestehender Strukturen die Einrichtung von Arbeitskreisen der Rehabilitationsträger auf allen Ebenen. Die Vertreter der Selbsthilfe und ggf. andere Förderer, z.B. die öffentliche Hand, sind zu beteiligen. Näheres zum Aufgabenprofil der Arbeitskreise regeln deren Mitglieder in einer gemeinsamen Geschäftsordnung bzw. Kooperationsvereinbarung.

Ziel der Arbeitskreise auf den jeweiligen Förderebenen soll es sein, einvernehmliche Lösungen für die Förderpraxis zu entwickeln (z.B. Abstimmung über gemeinsame Antragsformulare, Antragsfristen) und diese transparent zu machen. Die Arbeitskreise werden als wesentliches Element zur Umsetzung der mit diesen Empfehlungen verbundenen Intentionen angesehen.

§ 7 Dokumentation

Zur Verbesserung der Transparenz der Selbsthilfeförderung empfehlen die Vereinbarungspartner und die Vertreter der Selbsthilfe die Dokumentation der Förderung und der Vergabepaxis unter Berücksichtigung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen. Näheres dazu regeln die Partner in den o. a. Arbeitskreisen.

§ 8 In-Kraft-Treten

(1) Diese Gemeinsame Empfehlung tritt am 1. Juli 2004 in Kraft.

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

Gemeinsame Empfehlung nach § 13 Abs. 2 Nr. 10 SGB IX über die Zusammenarbeit mit Sozialdiensten und vergleichbaren Stellen (Gemeinsame Empfehlung „Sozialdienste“)

(Stand: 08.11.2005)

Behinderte und von Behinderung bedrohte Menschen haben rechtlich einen Anspruch auf Beratung und Hilfe. Sozialdienste und vergleichbare Stellen (nachfolgend Sozialdienste) sind neben gemeinsamen Servicestellen und weiteren Auskunft- und Beratungsstellen der Rehabilitationsträger wichtige Ansprechpartner und Dienstleister im Zusammenhang mit Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, zur Teilhabe am Arbeitsleben und zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft. Zur Zusammenarbeit der Rehabilitationsträger mit den Sozialdiensten vereinbaren

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

die nachfolgende Gemeinsame Empfehlung.

§ 1 Grundsätze

(1) Sozialdienste arbeiten beratend nach umfassendem ganzheitlichem Ansatz. Ziel ihrer Arbeit ist es, durch Information, gezielte Intervention und Unterstützung dem betroffenen Menschen die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu ermöglichen.

(2) In Sozialdiensten arbeiten qualifizierte, fachlich ausgebildete Mitarbeiter/innen, die über fundierte Kenntnisse und einschlägige Erfahrungen im Bereich der Rehabilitation und Teilhabe, des Sozialrechts sowie über Beratungskompetenz verfügen. Der Sozialdienst hat eine Organisationsstruktur und verfügt über ein definiertes Aufgabenspektrum.

(3) Die Sozialdienste sind auf Grund ihrer interdisziplinären Perspektive und ihrer ganzheitlichen Arbeitsweise Kooperationspartner für die Rehabilitationsträger und alle anderen am Rehabilitations- und Teilhabeprozess Beteiligten.

§ 2

Aufgaben von Sozialdiensten

(1) Sozialdienste informieren und beraten kranke, von Behinderung bedrohte und behinderte Menschen und ihre Angehörigen in sozialen, persönlichen, finanziellen und sozialrechtlichen Fragen. Sie leisten auf Wunsch des betroffenen Menschen Unterstützung im umfassenden Sinne insbesondere in der Bewältigung der Folgen der Krankheit und Behinderung sowie der Eingliederung und geben Auskunft z.B. über adäquate Rehabilitationsmöglichkeiten und den Weg ihrer Beantragung. Sozialdienste regen Leistungen zur Teilhabe an und leiten diese in Abstimmung mit dem Rehabilitationsträger ggf. ein.

(2) Sozialdienste erarbeiten mit dem betroffenen Menschen Perspektiven, indem sie beraten, Informationen bereitstellen und zeitnah den betroffenen Menschen unterstützen, die Rehabilitations-/Teilhabemöglichkeiten zu erschließen. Dabei arbeiten Sozialdienste eng mit allen am Rehabilitationsgeschehen Beteiligten zusammen (z.B. Rehabilitationsträgern, behandelnden Ärzten, Leistungserbringern, Selbsthilfegruppen, Angehörigen) und organisieren auch weitergehende Maßnahmen (z.B. Einleitung/Vermittlung von häuslicher Versorgung, ambulanter oder stationärer Pflege, Kurzzeitpflege, Betreutem Wohnen sowie Kontakte zu Selbsthilfegruppen).

(3) Gesetzlich festgelegte Aufgaben von Sozialdiensten (z.B. in Werkstätten für behinderte Menschen) werden durch diese Gemeinsame Empfehlung nicht verändert.

§ 3

Sozialdienste mit unterschiedlichen Schwerpunkten

(1) Je nach Schwerpunkt gehört es zum Aufgabenspektrum der Sozialdienste, Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft auf Wunsch des betroffenen Menschen anzuregen und ggf. zu koordinieren.

(2) Sozialdienste im Bereich der medizinischen Rehabilitation sind z.B. Krankenhaussozialdienste, Sozialdienste in ambulanten und stationären Rehabilitationseinrichtungen sowie Beratungsstellen im Gesundheitswesen (z.B. Beratungsstellen für behinderte und chronisch kranke Menschen, Krebsberatungsstellen, Suchtberatungsstellen, Sozialpädiatrische Zentren oder Sozialpsychiatrische Dienste). Sozialdienste sollen – sofern erforderlich – schon während der Krankenhausbehandlung und der Ausführung der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation Perspektiven zur Teilhabe am Arbeitsleben thematisieren.

(3) Sozialdienste im Bereich der Teilhabe am Arbeitsleben sind z.B. in Werkstätten für behinderte Menschen, Phase II- Einrichtungen, Berufsbildungswerken, Berufsförderungswerken und bei anderen Erbringern von rehabilitationsspezifischen Leistungen tätig. Sie bieten Beratung und Informationen für betroffene Menschen bei unterschiedlichen Problemstellungen. Sozialdienstliche Aufgaben werden auch von den Integrationsfachdiensten wahrgenommen.

(4) Sozialdienste im Bereich der Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft sind indikations- und zielgruppenspezifische Beratungsstellen, die insbesondere von Kirchen, Kommunen, Wohlfahrtsverbänden oder Trägern der freien Jugendhilfe getragen werden oder diesen angeschlossen sind. Sozialdienste unterstützen den betroffenen Menschen und seine Angehörigen in der sozialen und gesellschaftlichen Integration.

§ 4

Koordination durch Sozialdienste

(1) Der Sozialdienst unterstützt den betroffenen Menschen bei einer zeitnahen Antragstellung von Teilhabeleistungen beim zuständigen Rehabilitationsträger. Darüber hinaus regt der Sozialdienst unter Berücksichtigung der individuellen Situation bei Bedarf die Erstellung oder Anpassung des Teilhabeplans an.

(2) Sozialdienste vermitteln bei Bedarf zwischen den Rehabilitationsträgern und dem betroffenen Menschen. Dabei kann die Einholung einer Bewilligung für die geplante Maßnahme zum Aufgabenspektrum der Sozialdienste gehören.

§ 5

Kooperation mit Sozialdiensten

(1) Die Rehabilitationsträger verstehen die Arbeit der Sozialdienste als wichtiges Element zur Umsetzung des Rechts behinderter Menschen auf umfassende Teilhabe.

(2) Die Rehabilitationsträger bieten gemeinsam, in der Regel über die gemeinsamen Servicestellen, einen kontinuierlichen Erfahrungsaustausch auf regionaler Ebene an. Diese Gesprächsforen haben das Ziel, die Zusammenarbeit der Rehabilitationsträger mit den Sozialdiensten zu pflegen und weiter zu entwickeln.

(3) Auf Wunsch des betroffenen Menschen beteiligen die Rehabilitationsträger den Sozialdienst an der Erstellung des Teilhabeplans und dessen Umsetzung, insbesondere an den aktuell erforderlichen und realisierbaren Maßnahmen bei Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, zur Teilhabe am Arbeitsleben und zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft.

(4) Bestehen Regelungen über die Zusammenarbeit zwischen den Rehabilitationsträgern, Leistungserbringern und Sozialdiensten, bleiben diese unberührt.

§ 6

Datenschutz

Der Schutz der personenbezogenen Daten einschließlich der Sozialdaten ist zu gewährleisten.

§ 7 **In-Kraft-Treten**

(1) Diese Gemeinsame Empfehlung tritt am 01. März 2006¹³ in Kraft.

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

13) voraussichtlich, da das Zustimmungsverfahren noch nicht abgeschlossen ist