



Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation

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

Jahresbericht 2007 über die Erfahrungen der Rehabilitationsträger mit den Gemeinsamen Empfehlungen nach § 13 Abs. 8 SGB IX

Inhalt

Vorbemerkungen

1. Erfahrungen der Rehabilitationsträger mit der Gemeinsamen Empfehlung „Einheitlichkeit/Nahtlosigkeit“ nach § 12 Abs. 1 Nr. 1 - 3 i.V.m. § 13 Abs. 1, Abs. 2 Nr. 5 SGB IX

im Einzelnen zu folgenden Fragestellungen:

- 1.1 Hat die Gemeinsame Empfehlung nach Ihrer Kenntnis in der Praxis Bedeutung erlangt?
- 1.2 Hat die Gemeinsame Empfehlung zur Verbesserung im Verfahren der Zusammenarbeit geführt?
- 1.3 Hat es Probleme bei der Umsetzung/Anwendung der Gemeinsamen Empfehlung gegeben?
- 1.4 Besteht aus Ihrer Sicht Bedarf für eine Anpassung/Verbesserung der Gemeinsamen Empfehlung oder auch gesetzlicher Änderungsbedarf?
- 1.5 Können Abgrenzungsfragen der Rehabilitationsträger mit den vorhandenen Instrumentarien einvernehmlich geklärt werden oder besteht Bedarf, weitere entsprechende Verfahren oder Absprachen festzulegen?

2. Erfahrungen der Rehabilitationsträger mit der Gemeinsamen Empfehlung „Teilhabeplan“ nach § 13 Abs. 2 Nr. 3 SGB IX

im Einzelnen zu folgenden Fragestellungen:

- 2.1 Hat die Gemeinsame Empfehlung nach Ihrer Kenntnis in der Praxis Bedeutung erlangt?
- 2.2 Hat die Gemeinsame Empfehlung zur Verbesserung im Verfahren der Zusammenarbeit geführt?
- 2.3 Hat es Probleme bei der Umsetzung/Anwendung der Gemeinsamen Empfehlung gegeben?
- 2.4 Besteht aus Ihrer Sicht Bedarf für eine Anpassung/Verbesserung der Gemeinsamen Empfehlung oder auch gesetzlicher Änderungsbedarf?
- 2.5 Sind die Vorarbeiten zur Überarbeitung der Vordrucke in den jeweiligen Trägerbereichen abgeschlossen und inwieweit finden die Vordrucke Anwendung?

3. Erfahrungen der Rehabilitationsträger mit der Gemeinsamen Empfehlung „Zuständigkeitsklärung“ nach § 14 SGB IX

im Einzelnen zu folgenden Fragestellungen:

- 3.1 Hat die Gemeinsame Empfehlung nach Ihrer Kenntnis in der Praxis Bedeutung erlangt?
- 3.2 Hat die Gemeinsame Empfehlung zur Verbesserung im Verfahren der Zusammenarbeit geführt?
- 3.3 Hat es Probleme bei der Umsetzung/Anwendung der Gemeinsamen Empfehlung gegeben?
- 3.4 Besteht aus Ihrer Sicht Bedarf für eine Anpassung/Verbesserung der Gemeinsamen Empfehlung oder auch gesetzlicher Änderungsbedarf?
- 3.5 Inwieweit können die Fristen des § 14 SGB IX – insbesondere bei der Erforderlichkeit eines Gutachtens – eingehalten werden?

4. Erfahrungen der Rehabilitationsträger mit der Gemeinsamen Empfehlung „Begutachtung“ nach § 13 Abs. 1 i.V.m. § 12 Abs. 1 Nr. 4 SGB IX

im Einzelnen zu folgenden Fragestellungen:

- 4.1 Hat die Gemeinsame Empfehlung nach Ihrer Kenntnis in der Praxis Bedeutung erlangt?
- 4.2 Hat die Gemeinsame Empfehlung zur Verbesserung im Verfahren der Zusammenarbeit geführt?
- 4.3 Hat es Probleme bei der Umsetzung/Anwendung der Gemeinsamen Empfehlung gegeben?
- 4.4 Besteht aus Ihrer Sicht Bedarf für eine Anpassung/Verbesserung der Gemeinsamen Empfehlung oder auch gesetzlicher Änderungsbedarf?
- 4.5 Konnten durch eine umfassende trägerübergreifende Bedarfsermittlung unnötige Mehrfachbegutachtungen vermieden werden?

5. Erfahrungen der Rehabilitationsträger mit der Gemeinsamen Empfehlung „Verbesserung der gegenseitigen Information und Kooperation aller beteiligten Akteure“ nach § 13 Abs. 2 Nr. 8 und 9 SGB IX

im Einzelnen zu folgenden Fragestellungen:

- 5.1 Hat die Gemeinsame Empfehlung nach Ihrer Kenntnis in der Praxis Bedeutung erlangt?
- 5.2 Hat die Gemeinsame Empfehlung zur Verbesserung im Verfahren der Zusammenarbeit geführt?
- 5.3 Hat es Probleme bei der Umsetzung/Anwendung der Gemeinsamen Empfehlung gegeben?

- 5.4 Besteht aus Ihrer Sicht Bedarf für eine Anpassung/Verbesserung der Gemeinsamen Empfehlung oder auch gesetzlicher Änderungsbedarf?
- 5.5 Wurden entsprechende Verfahren nach § 2 Abs. 1 und 2 der Gemeinsamen Empfehlung entwickelt und in den gemeinsamen Servicestellen etabliert? Wurden zielgruppenspezifische Informationsmaterialien nach § 5 Abs. 2 entwickelt, und über welche regionalen Strukturen wurden diese weitergegeben?

6. Erfahrungen der Rehabilitationsträger mit der Gemeinsamen Empfehlung „Frühzeitige Bedarfserkennung“ nach § 13 Abs. 2 Nr. 2 SGB IX

im Einzelnen zu folgenden Fragestellungen:

- 6.1 Hat die Gemeinsame Empfehlung nach Ihrer Kenntnis in der Praxis Bedeutung erlangt?
- 6.2 Hat die Gemeinsame Empfehlung zur Verbesserung im Verfahren der Zusammenarbeit geführt?
- 6.3 Hat es Probleme bei der Umsetzung/Anwendung der Gemeinsamen Empfehlung gegeben?
- 6.4 Besteht aus Ihrer Sicht Bedarf für eine Anpassung/Verbesserung der Gemeinsamen Empfehlung oder auch gesetzlicher Änderungsbedarf?
- 6.5 Wurden in Ihrem Bereich entsprechend § 1 Abs. 2 und § 4 Abs. 1 der Gemeinsamen Empfehlung „Frühzeitige Bedarfserkennung“ zielgruppenspezifische Informationsmaterialien entwickelt bzw. Informationsveranstaltungen durchgeführt, welche die in der Gemeinsamen Empfehlung genannten Beteiligten befähigen, frühzeitig Anzeichen für einen möglichen Bedarf an Teilhabeleistungen erkennen zu können?

7. Erfahrungen der Rehabilitationsträger mit der Gemeinsamen Empfehlung „Prävention“ nach §§ 12 Abs. 1 Nr. 5, 13 Abs. 2 Nr. 1 SGB IX („Prävention nach § 3 SGB IX“)

im Einzelnen zu folgenden Fragestellungen:

- 7.1 Hat die Gemeinsame Empfehlung nach Ihrer Kenntnis in der Praxis Bedeutung erlangt?
- 7.2 Hat die Gemeinsame Empfehlung zur Verbesserung im Verfahren der Zusammenarbeit geführt?
- 7.3 Hat es Probleme bei der Umsetzung/Anwendung der Gemeinsamen Empfehlung gegeben?

- 7.4 Besteht aus Ihrer Sicht Bedarf für eine Anpassung/Verbesserung der Gemeinsamen Empfehlung oder auch gesetzlicher Änderungsbedarf?
- 7.5 Haben die Rehabilitationsträger Serviceangebote nach § 8 der Gemeinsamen Empfehlung entwickelt, um Arbeitgeber und Arbeitnehmer gezielt anzusprechen und insbesondere die Arbeitgeber über Möglichkeiten der Prävention nach dem SGB IX zu informieren und zur Umsetzung in ihren Betrieben anzuregen?
- 8. Erfahrungen der Rehabilitationsträger mit der Gemeinsamen Empfehlung „Qualitätssicherung“ nach § 20 Abs. 1 SGB IX**
im Einzelnen zu folgenden Fragestellungen:
- 8.1 Hat die Gemeinsame Empfehlung nach Ihrer Kenntnis in der Praxis Bedeutung erlangt?
- 8.2 Hat die Gemeinsame Empfehlung zur Verbesserung im Verfahren der Zusammenarbeit geführt?
- 8.3 Hat es Probleme bei der Umsetzung/Anwendung der Gemeinsamen Empfehlung gegeben?
- 8.4 Besteht aus Ihrer Sicht Bedarf für eine Anpassung/Verbesserung der Gemeinsamen Empfehlung oder auch gesetzlicher Änderungsbedarf?
- 8.5 Konnten die Qualitätssicherungsmaßnahmen der Rehabilitationsträger – unter Berücksichtigung der jeweiligen trägerspezifischen Gegebenheiten – weiter vereinheitlicht werden?
- 9. Erfahrungen der Rehabilitationsträger mit der Gemeinsamen Empfehlung „Integrationsfachdienste“ nach § 113 Abs. 2 SGB IX**
im Einzelnen zu folgenden Fragestellungen:
- 9.1 Hat die Gemeinsame Empfehlung nach Ihrer Kenntnis in der Praxis Bedeutung erlangt?
- 9.2 Hat die Gemeinsame Empfehlung zur Verbesserung im Verfahren der Zusammenarbeit geführt?
- 9.3 Hat es Probleme bei der Umsetzung/Anwendung der Gemeinsamen Empfehlung gegeben?
- 9.4 Besteht aus Ihrer Sicht Bedarf für eine Anpassung/Verbesserung der Gemeinsamen Empfehlung oder auch gesetzlicher Änderungsbedarf?
- 9.5 Wie viele Teilnehmer werden aus ihrem Trägerbereich den Integrationsfachdiensten zugewiesen? Gibt es Vereinbarungen über Zuweisungskriterien?

10. Erfahrungen der Rehabilitationsträger mit der Gemeinsamen Empfehlung "Förderung der Selbsthilfe" nach § 13 Abs. 2 Nr. 6 SGB IX

im Einzelnen zu folgenden Fragestellungen:

- 10.1 Hat die Gemeinsame Empfehlung nach Ihrer Kenntnis in der Praxis Bedeutung erlangt?
- 10.2 Hat die Gemeinsame Empfehlung zur Verbesserung im Verfahren der Zusammenarbeit geführt?
- 10.3 Hat es Probleme bei der Umsetzung/Anwendung der Gemeinsamen Empfehlung gegeben?
- 10.4 Besteht aus Ihrer Sicht Bedarf für eine Anpassung/Verbesserung der Gemeinsamen Empfehlung oder auch gesetzlicher Änderungsbedarf?
- 10.5 Wie ist der Stand der Umsetzung bei der Einrichtung von Arbeitskreisen der Rehabilitationsträger und welche Impulse haben sich daraus für die Weiterführung der inhaltlichen Auseinandersetzung ergeben?

11. Erfahrungen der Rehabilitationsträger mit der Gemeinsamen Empfehlung "Sozialdienste" nach § 13 Abs. 2 Nr. 10 SGB IX

im Einzelnen zu folgenden Fragestellungen:

- 11.1 Hat die Gemeinsame Empfehlung nach Ihrer Kenntnis in der Praxis Bedeutung erlangt?
- 11.2 Hat die Gemeinsame Empfehlung zur Verbesserung im Verfahren der Zusammenarbeit geführt?
- 11.3 Hat es Probleme bei der Umsetzung/Anwendung der Gemeinsamen Empfehlung gegeben?
- 11.4 Besteht aus Ihrer Sicht Bedarf für eine Anpassung/Verbesserung der Gemeinsamen Empfehlung oder auch gesetzlicher Änderungsbedarf?
- 11.5 Findet ein kontinuierlicher Erfahrungsaustausch (§ 5) zwischen den Rehabilitationsträgern und den Sozialdiensten statt?

Vorbemerkungen

Nach § 13 Absatz 8 SGB IX teilen die Rehabilitationsträger der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) jährlich ihre Erfahrungen mit den Gemeinsamen Empfehlungen mit. Dabei berichten die Träger der Renten-, Kranken- und Unfallversicherung sowie der Alterssicherung der Landwirte über ihre Spitzenverbände. Die BAR stellt dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales und den Ländern eine Zusammenfassung zur Verfügung.

Der Ausschuss „Gemeinsame Empfehlungen“ der BAR hat in seiner 7. Sitzung am 26. August 2003 beschlossen, den Begriff „jährlich“ als „zum Jahresende“ auszulegen. Der erste Erfahrungsbericht soll nicht vor Ablauf eines Jahres seit Inkrafttreten einer Gemeinsamen Empfehlung abgegeben werden.

Der Jahresbericht 2007 enthält neben den Folgeberichten zu den Gemeinsamen Empfehlungen „Einheitlichkeit/Nahtlosigkeit“, „Teilhabeplan“, „Zuständigkeitsklärung“, „Begutachtung“, „Verbesserung der gegenseitigen Information und Kooperation der beteiligten Akteure“, „Frühzeitige Bedarfserkennung“, „Prävention“, „Qualitätssicherung“ „Integrationsfachdienste“ sowie „Förderung der Selbsthilfe“ erstmals die jährlichen Mitteilungen über die Erfahrungen mit der Gemeinsamen Empfehlung „Sozialdienste“.

Folgende Rehabilitationsträger bzw. deren Spitzenverbände haben nach einer entsprechenden Anfrage der BAR Rückmeldungen zu ihren Erfahrungen mit den Gemeinsamen Empfehlungen gegeben:

- AOK-Bundesverband (AOK-BV),
- BKK Bundesverband (BKK BV),
- IKK-Bundesverband (IKK-BV),
- Verband der Angestellten-Krankenkassen/Arbeiter-Ersatzkassen-Verband (VdAK/AEV),
- See-Krankenkasse
- Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See – Abteilung Krankenversicherung

- Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV Bund),
- Bundesagentur für Arbeit (BA),
- Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV),
- Spitzenverbände der landwirtschaftlichen Sozialversicherung,
- Städte über den Deutschen Städtetag,
- Landkreise über den Deutschen Landkreistag,
- Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe (BAGüS),
- Bundesarbeitsgemeinschaft der Landesjugendämter,
- Bundesländer als Träger der Kriegsopferversorgung und -fürsorge,
- Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen (BIH).

Die BAR hat die einzelnen Mitteilungen der Rehabilitationsträger zusammengefasst und aufbereitet.

1. Erfahrungen der Rehabilitationsträger mit der **Gemeinsamen Empfehlung** „**Einheitlichkeit/Nahtlosigkeit**“ nach § 12 Abs. 1 Nr. 1 - 3 i.V.m. § 13 Abs. 1, Abs. 2 Nr. 5 SGB IX

Die Gemeinsame Empfehlung über die nahtlose, zügige und einheitliche Erbringung von Leistungen zur Teilhabe nach § 12 Abs. 1 Nr. 1 - 3 i.V.m. § 13 Abs. 1, Abs. 2 Nr. 5 SGB IX (Gemeinsame Empfehlung „Einheitlichkeit/Nahtlosigkeit“) ist am 1. April 2004 in Kraft getreten.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass die Gemeinsame Empfehlung „Einheitlichkeit/Nahtlosigkeit“ aus Sicht der Mehrheit der Rehabilitationsträger als übergreifende Empfehlung Bedeutung in der Praxis erlangt und zum Teil zu einer Verbesserung im Verfahren der Zusammenarbeit geführt hat. Die Bedeutung der Empfehlung ist insbesondere darin zu sehen, dass sie als „Querschnittsempfehlung“ Bezüge zu anderen gemeinsamen Empfehlungen (z.B. Teilhabeplan, Zuständigkeitsklärung) bzw. bereits bestehenden Vereinbarungen sowie vorhandenen oder noch folgenden Absprachen herstellt bzw. diese einbezieht.

1.1 Hat die Gemeinsame Empfehlung nach Ihrer Kenntnis in der Praxis Bedeutung erlangt?

Die **Spitzenverbände der Krankenkassen** bejahen überwiegend die Bedeutung der Gemeinsamen Empfehlung in der Praxis.

Die **See-Krankenkasse** führt ergänzend aus, dass durch die Gemeinsame Empfehlung der zeitnahe Informationsaustausch über einen Bedarf von Leistungen zur Teilhabe besser sichergestellt worden sei.

Der **VdAK/AEV** weist ergänzend darauf hin, dass die Gemeinsame Empfehlung insofern Wirkung/Bedeutung erlangt habe, als zu den einzelnen Themenbereichen (z.B. Teilhabeplan, Zuständigkeitsklärung) eigene Empfehlungen erstellt wurden.

Nach Einschätzung des **AOK-Bundesverbandes** kann nur von begrenzter Wirkung ausgegangen werden.

Laut Mitteilung der **Spitzenverbände der landwirtschaftlichen Sozialversicherung** ist die Bedeutung der Gemeinsamen Empfehlung in der Praxis zu bejahen.

Von der **Abteilung Krankenversicherung der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See** wird die Bedeutung der Gemeinsamen Empfehlung in der Praxis verneint.

Im Bereich der **Deutschen Rentenversicherung** hat die Gemeinsame Empfehlung überwiegend partielle Bedeutung erlangt. Als Beispiele zur Verbesserung der einheitlichen und nahtlosen Leistungserbringung werden aus ihrem Bereich gemeinsame Verfahrensabsprachen mit den Krankenkassen, z.B. zur Anschlussrehabilitation und zum AU-Management oder zur Verwendung gemeinsamer Vordrucke bei der Schnelleinweisung, genannt. Bei schwierigen Fällen fänden gemeinsame Fallbesprechungen statt (z.B. bei Rehabilitanden mit psychischen Störungen). Die Zusammenarbeit zwischen den Integrationsfachdiensten und den Trägern sei insbesondere in Landeskoordinierungsausschüssen verbessert worden. Auch das Zusammenwirken im Rahmen der integrierten Versorgung sei als gutes Beispiel anzuführen. Ebenso habe die Zusammenarbeit im Bereich der Nachsorge auf der Grundlage des BAR-Praxisleitfadens vorangebracht werden können. Schon vor Inkrafttreten der Gemeinsamen Empfehlung habe es jedoch gute Regelungen zur Zusammenarbeit zwischen den Rehabilitationsträgern gegeben. Außerdem erfolge im Regelfall die Antragstellung beim zuständigen Rehabilitationsträger. Da die Rentenversicherung zuständiger Träger für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben ist, sei die Einheitlichkeit und Nahtlosigkeit der Leistungserbringung, insbesondere auch über die Verstärkung der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation, gegeben.

Aus Sicht der **Bundesagentur für Arbeit** hat die Gemeinsame Empfehlung in der Praxis zum Teil Bedeutung erlangt. Die Forderung nach einer zügigen und nahtlosen Leistungserbringung beim Übergang könne oft nicht realisiert werden. Die Umsetzung des § 6a SGB IX und die fallbezogene Einbeziehung der Arbeitsgemein-

schaft bzw. des zuständigen kommunalen Trägers müssten in der Gemeinsamen Empfehlung deutlicher formuliert werden.

Die **Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV)** stellt fest, dass die Gemeinsame Empfehlung nur begrenzte bzw. geringe Praxisrelevanz erlangt hat. Angesichts des in der GUV geltenden Grundsatzes „alles aus einer Hand“ komme der Empfehlung in diesem Bereich kaum eine Bedeutung zu. Bei einem Bedarf für mehrere Leistungsarten im Sinne des § 5 SGB IX werde die Nahtlosigkeit der Rehabilitation insbesondere durch Berufshelfer, Reha-Manager und über den Besuchsdienst in Krankenhäusern gewährleistet.

Der **Deutsche Städtetag** teilt mit, dass nach seinem Kenntnisstand keine Erfahrungen in den Mitgliedsstädten vorhanden seien, so dass auch kein Bericht erstattet werden könne.

Auch der **Deutsche Landkreistag** berichtet wie im Vorjahr, dass nach seiner Kenntnis bisher kein Landkreis in der Funktion als örtlicher Träger der Sozialhilfe und örtlicher Träger der öffentlichen Jugendhilfe einer Gemeinsamen Empfehlung beigetreten sei. Er führt dies darauf zurück, dass der praktische Nutzen der Gemeinsamen Empfehlungen generell für die Landkreise nach wie vor sehr gering sei; insofern verweist er auf die Ausführungen in den Vorjahren.

Die **Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe** verneint nach wie vor die Bedeutung der Gemeinsamen Empfehlung in der Praxis.

Die **Bundesarbeitsgemeinschaft der Landesjugendämter** teilt mit, dass die Gemeinsamen Empfehlungen, somit auch die Gemeinsame Empfehlung Einheitlichkeit/Nahtlosigkeit, bisher auf Ebene der Landesjugendämter kaum bekannt seien und dementsprechend in der Praxis der Landesjugendämter keine Bedeutung erlangt haben.

Das Votum der Bundesländer als **Träger der Kriegsopferversorgung und -fürsorge** ist sehr uneinheitlich; ein Großteil der Länder verneint nach wie vor eine Bedeutung, einige Länder hingegen bejahen durchaus (zumindest zum Teil) die Be-

deutung der Gemeinsamen Empfehlung in der Praxis. Die meisten Länder sehen allerdings nach wie vor nur einen sehr eingeschränkten Anwendungsbereich für die Gemeinsame Empfehlung. Von dieser seien überwiegend die Sozialversicherungsträger sowie die Integrationsämter betroffen.

Auch die Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen schätzen nach Mitteilung der **Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen** die praktische Bedeutung der Gemeinsamen Empfehlung unterschiedlich ein. Von 40 % wird sie als zum Teil gegeben angesehen, weitere 40 % verneinen sie, 20 % bejahen eine Bedeutung der Gemeinsamen Empfehlung in der Praxis. Bejaht wird diese u.a. von der Hauptfürsorgestelle beim **Landesamt für Gesundheit und Soziales Berlin**, das außerdem anmerkt, dass das Ziel der möglichst vollständigen und dauerhaften Eingliederung, insbesondere in das Arbeitsleben, nach der vorliegenden Verfahrensabsprache „über die Gewährung von Leistungen der Begleitenden Hilfe im Arbeitsleben etc.“ gewährleistet werden könne. Das Integrationsamt beim **Sächsischen Landesamt für Familie und Soziales** z.B. sieht eine teilweise Bedeutung der Gemeinsamen Empfehlung und bemerkt weiter, dass verschiedene Dienstanweisungen oder Leistungskataloge mitunter die Einheitlichkeit beschränken. Die Bedeutung der Servicestellen sei kaum wahrnehmbar. Das Integrationsamt versuche im Interesse der schwerbehinderten Menschen auf Nahtlosigkeit hinzuwirken.

1.2 Hat die Gemeinsame Empfehlung zur Verbesserung im Verfahren der Zusammenarbeit geführt?

Die **Spitzenverbände der Krankenkassen** sind überwiegend der Meinung, dass die Gemeinsame Empfehlung (zumindest teilweise) zur Verbesserung im Verfahren der Zusammenarbeit geführt hat.

Nicht geteilt wird diese Einschätzung von der **Abteilung Krankenversicherung der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See**. Diese verneint eine Verbesserung im Verfahren der Zusammenarbeit.

Nach Auffassung des **IKK-Bundesverbandes** hat die Gemeinsame Empfehlung teilweise zu einer weiteren Verbesserung der Zusammenarbeit und Verkürzung des Rehabilitationsprozesses beitragen können. Im Bereich der Teilhabe am Arbeitsleben gestalte sich die Zusammenarbeit mit den Agenturen für Arbeit zum Teil allerdings schwierig.

Auch nach Einschätzung des **AOK-Bundesverbandes** hat die Gemeinsame Empfehlung zumindest zum Teil zur Verbesserung im Verfahren der Zusammenarbeit geführt. Insbesondere die Zusammenarbeit und der Informationsaustausch mit Rentenversicherungsträgern (z.B. Absprachen bei Trägerwechsel) hätten sich durch die Empfehlung etwas verbessert. Gleiches berichtet der **BKK Bundesverband** von einzelnen Betriebskrankenkassen. Einwände aufgrund von Datenschutzvorschriften ständen laut **AOK-Bundesverband** einer noch intensiveren Zusammenarbeit allerdings entgegen.

Die **Spitzenverbände der landwirtschaftlichen Sozialversicherung** teilen mit, dass die Gemeinsame Empfehlung im Außenverhältnis zu Rehabilitationsträgern außerhalb der LSV zur Verbesserung im Verfahren der Zusammenarbeit geführt habe. Im Innenverhältnis der LSV bestünden aufgrund der besonderen trägerübergreifenden Organisation der LSV-Träger keine Schnittstellenprobleme.

Im Bereich der **Deutschen Rentenversicherung** hat die Gemeinsame Empfehlung zum Teil zu Verbesserungen im Verfahren der Zusammenarbeit geführt. Die Gemeinsame Empfehlung habe die Rehabilitationsträger bestärkt, die einheitliche und nahtlose Leistungserbringung als eigenes Unternehmensziel weiter zu verfolgen und umzusetzen. Auch sei aus dem Bereich der gesetzlichen Rentenversicherung ausgeführt worden, dass unter der Zielrichtung der Gemeinsamen Empfehlung z.B. die Rahmenvereinbarung über den Rehabilitationssport und das Funktionstraining abgeschlossen worden sei, die bewirke, dass die Träger ergänzende Leistungen nach einheitlichen Grundsätzen erbringen.

Aus Sicht der **Bundesagentur für Arbeit** hat die Gemeinsame Empfehlung zum Teil zur Verbesserung der Zusammenarbeit beigetragen.

Eine Verbesserung im Verfahren der Zusammenarbeit wird von der **Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung** überwiegend verneint. Insbesondere erscheine eine Verbesserung der Kooperation mit den Trägern der Arbeitsverwaltung vor Ort nach wie vor als wünschenswert.

Die **Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen** beurteilen die Frage, ob die Gemeinsame Empfehlung zur Verbesserung im Verfahren der Zusammenarbeit geführt habe, unterschiedlich: Von 20 % wird die Frage bejaht, von 50 % verneint, weitere 30 % bejahen eine teilweise Verbesserung.

Nach Aussage der **Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe** hat die Gemeinsame Empfehlung nicht zu einer Verbesserung im Verfahren geführt.

Die Bundesländer als **Träger der Kriegsopferversorgung und -fürsorge** verneinen diese Frage.

1.3 Hat es Probleme bei der Umsetzung/Anwendung der Gemeinsamen Empfehlung gegeben?

Nach Aussagen der **Spitzenverbände der Krankenkassen**, der **Spitzenverbände der landwirtschaftlichen Sozialversicherung**, der **Deutschen Rentenversicherung**, der **Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung** und der **Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen** bestehen bei der Umsetzung/Anwendung der Gemeinsamen Empfehlung entweder überhaupt keine oder jedenfalls überwiegend keine Probleme.

Auch nach Mitteilung der **Bundesagentur für Arbeit** bestehen keine Umsetzungs-/Anwendungsprobleme. Aus dem Bezirk einer Regionaldirektion werde darauf hingewiesen, dass der Verfahrensabschluss unterschiedlich erfolge. Probleme träten auf, wenn weitere Leistungen erforderlich werden. Es fehle eine Regelung, zu welchem Zeitpunkt ein Reha-Verfahren durch dauerhafte Eingliederung abzuschließen sei.

Hinsichtlich der Umsetzung der Gemeinsamen Empfehlung weist der **IKK-Bundesverband** darauf hin, dass noch weitergehende Absprachen auf der Landesebene zwischen den beteiligten Rehabilitationsträgern erforderlich seien. Gravierende Umsetzungsprobleme seien von den Innungskrankenkassen jedoch nicht mitgeteilt worden.

Der **AOK-Bundesverband** berichtet von Umsetzungs-/Anwendungsproblemen aufgrund datenschutzrechtlicher Auslegungen/Grenzen (z.B. Weiterleitung des Entlassungsberichts, Anregungen des Reha-Arztes über weitere notwendige Maßnahmen/Nachsorge). Laut Mitteilung des **BKK Bundesverbandes** werde aus seinem Bereich berichtet, dass einzelne Rehabilitationsträger (Sachbearbeiter?) die Empfehlung ausschließlich „im eigenen Interesse“ auslegten.

Die **Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe** sieht die Probleme der Umsetzung nach wie vor darin, dass die Empfehlung häufig von den vorrangig zuständigen Rehabilitationsträgern in der medizinischen Rehabilitation nicht beachtet werde.

Die **Bundesländer als Träger der Kriegsopferversorgung und -fürsorge** teilen mit, dass es bei der Umsetzung/Anwendung der Gemeinsamen Empfehlung keine Probleme gäbe oder solche ihnen zumindest nicht für den Bereich der Kriegsopferversorgung und -fürsorge bekannt seien.

1.4 Besteht aus Ihrer Sicht Bedarf für eine Anpassung/Verbesserung der Gemeinsamen Empfehlung oder auch gesetzlicher Änderungsbedarf?

Von Seiten der **Deutschen Rentenversicherung** wird die Frage verneint.

Aus Sicht der **Spitzenverbände der Krankenkassen** und **Spitzenverbände der landwirtschaftlichen Sozialversicherung** besteht (jedenfalls ganz überwiegend) kein Anpassungs-/Verbesserungsbedarf.

Der **AOK-Bundesverband** sieht einen gesetzlichen Änderungs-/Klärungsbedarf zur Sicherung des gesundheitlichen/rehabilitativen Schutzes von Betroffenen (Vorrang der Interessen des Betroffenen/Selbstbestimmung vor generellem Datenschutz), zumindest soweit Betroffene sich mit der Weitergabe von Informationen ausdrücklich einverstanden erklären. Eine Datenschutzerklärung für Betroffene könnte im Rahmen der Gemeinsamen Empfehlung abgestimmt werden.

Einzelne Betriebskrankenkassen reklamieren laut **BKK Bundesverband** einen Anpassungs-/Änderungsbedarf in Bezug auf genauere Definitionen, insbesondere zu den „entsprechenden Verfahren“ nach § 9 Abs. 1 der Gemeinsamen Empfehlung.

Die **Bundesagentur für Arbeit** bejaht einen Anpassungs- bzw. Verbesserungsbedarf hinsichtlich Zuständigkeiten im Zusammenhang mit den Berufsgenossenschaften: Werde z.B. Rente gewährt, erfolge eine Zurückverweisung der BG mit Hinweis auf Prüfung des Kausalzusammenhangs.

Die **Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung** hält eine Anpassung/Verbesserung der Gemeinsamen Empfehlung für nicht erforderlich.

Auch die **Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen** sieht keinen entsprechenden Bedarf.

Die **Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe** sieht nach wie vor die Notwendigkeit, die gesetzlichen Vorschriften zur Zusammenarbeit (§ 10 SGB IX) enger zu fassen und bei Verstoß Sanktionen, ähnlich wie in § 14 SGB IX, dagegen vorzusehen. So könnte der leistende Rehabilitationsträger so lange leistungspflichtig bleiben, bis er die nach § 10 SGB IX notwendige Koordinierung mit den weiteren bzw. in der Folge zuständigen Rehabilitationsträgern durchgeführt hat.

Die Bundesländer als **Träger der Kriegsopferversorgung und -fürsorge**, von denen eine Antwort vorliegt, verneinen die Frage nach einem Anpassungs-/ Verbesserungs- oder auch gesetzlichen Änderungsbedarf.

1.5 Können Abgrenzungsfragen der Rehabilitationsträger mit den vorhandenen Instrumentarien einvernehmlich geklärt werden oder besteht Bedarf, weitere entsprechende Verfahren oder Absprachen festzulegen?

Nach Mitteilung der **Bundesagentur für Arbeit** können Abgrenzungsfragen überwiegend einvernehmlich geklärt werden.

Auch die **Spitzenverbände der Krankenkassen** sind der Meinung, dass die Abgrenzungsfragen (weitgehend) einvernehmlich geklärt werden können.

Nach Auffassung des **AOK-Bundesverbandes** besteht Bedarf für Verfahren/Absprachen bei erforderlichen nachgehenden Leistungen nach einer Reha-Maßnahme, insbesondere bei der stufenweisen Wiedereingliederung.

Alle anderen Rehabilitationsträger erachten einen Bedarf für weitere entsprechende Verfahren oder Absprachen zur Regelung von Abgrenzungsfragen als nicht erforderlich. Für den Bereich der **Kriegsopferversorgung/-fürsorge** weist das **Landesamt für Soziales und Versorgung Brandenburg** z.B. darauf hin, dass der Bereich KOV/KOF generell bei Abgrenzungsfragen mit den jeweiligen Rehabilitationsträgern eine einvernehmliche Klärung herbeiführe.

Von der ganz überwiegenden Mehrheit (80 %) der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen wird nach Mitteilung der **Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen** bejaht, dass Abgrenzungsfragen der Rehabilitationsträger mit den vorhandenen Instrumentarien einvernehmlich geklärt werden können.

2 Erfahrungen der Rehabilitationsträger mit der **Gemeinsamen Empfehlung „Teilhabeplan“** nach § 13 Abs. 2 Nr. 3 SGB IX

Die Gemeinsame Empfehlung „Teilhabeplan“ nach § 13 Abs. 2 Nr. 3 SGB IX ist am 1. Dezember 2004 in Kraft getreten.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass die Rehabilitationsträger die Bedeutung der Gemeinsamen Empfehlung „Teilhabeplan“ insgesamt eher verhalten bewerten. Es wird beispielsweise über eine geringe Bedeutung und Anwendung der Gemeinsamen Empfehlung „Teilhabeplan“ in der Praxis berichtet. Bisher wird das Instrument des Teilhabeplans nur punktuell eingesetzt. Es ist davon auszugehen, dass die Bedeutung der Gemeinsamen Empfehlung „Teilhabeplan“ noch zunehmen wird.

2.1 Hat die Gemeinsame Empfehlung nach Ihrer Kenntnis in der Praxis Bedeutung erlangt?

Die Bedeutung der Gemeinsamen Empfehlung „Teilhabeplan“ für die Praxis wird von den **Spitzenverbände der Krankenkassen** als eher gering eingeschätzt.

Der **AOK-Bundesverband** berichtet, dass der generelle Nutzen des Teilhabeplans nach wie vor unterschiedlich bewertet und der Teilhabeplan daher auch nur begrenzt eingesetzt werde. Bedeutung habe der Teilhabeplan insbesondere bei der Versorgung von Patienten mit psychischen Erkrankungen und bei der Rehabilitation von Suchtpatienten erlangt. Da nicht in jedem Fall der hohe Aufwand des Verfahrens gerechtfertigt sei, sollte der Teilhabeplan nur gezielt und bei Bedarf eingesetzt werden. Insbesondere wenn nur zwei Träger beteiligt sind, seien Fallkonferenzen und verkürzte Verfahren ausreichend.

Der **BKK Bundesverband** spricht der Gemeinsamen Empfehlung „Teilhabeplan“ weiterhin eher geringe Bedeutung in der Praxis zu.

Der **IKK-Bundesverband** teilt mit, dass die Gemeinsame Empfehlung „Teilhabeplan“ noch geringe Praxisrelevanz habe, vor allem vor dem Hintergrund, dass auf Länderebene weitere Umsetzungsgespräche notwendig seien, um konkrete Ergebnisse zu erzielen.

Da im Bereich der Ersatzkassen kaum Erfahrungen mit der Gemeinsamen Empfehlung „Teilhabeplan“ vorliegen würden, sieht der **VdAK/AEV** keine Praxisrelevanz gegeben. Dies begründet der VdAK/AEV damit, dass bei der überwiegenden Zahl der Maßnahmen der GKV nach einer medizinischen Rehabilitation in der Regel keine Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben bzw. am Leben in der Gemeinschaft angezeigt seien. Im Einzelfall kämen ergänzende Leistungen nach § 43 SGB V oder Maßnahmen der Krankenbehandlung in Betracht, die durch die jeweilige Ersatzkasse ohne Teilhabeplan nahtlos erbracht würden.

Für die **Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See – Abteilung Krankenversicherung** und die **See-Krankenkasse** hat die Gemeinsame Empfehlung „Teilhabeplan“ keine Bedeutung in der Praxis erlangt.

In der Verwaltungspraxis der **Deutschen Rentenversicherung** hat die Gemeinsame Empfehlung „Teilhabeplan“ nach wie vor kaum Relevanz. Im Bereich der Rentenversicherung gäbe es kaum Fälle, an denen mehrere Träger beteiligt seien und sich ein Teilhabeplan anbieten würde. Da die Träger der Rentenversicherung sowohl Leistungen der medizinischen Rehabilitation als auch Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erbringen, sei für diese beiden Bereiche eine nahtlose Leistungserbringung durch einen Träger gegeben. Hierüber würde auch eine gute Dokumentation erstellt. Für das Instrument des Teilhabeplans im Bereich der Rentenversicherung wird deshalb nur in seltenen Fällen Bedarf gesehen.

Die **Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV)** berichtet von einer teilweisen Bedeutung für die Praxis. Angesichts des unfallversicherungsrechtlichen Prinzips „alles aus einer Hand“ komme die Erstellung eines Teilhabeplans kaum in Betracht, denn trägerübergreifende Fallgestaltungen kämen selten vor. Im Bedarfsfall – insbesondere bei schweren Fallgestaltungen mit einem mehrschichtigen Re-

ha-Bedarf – könne ein mit dem Versicherten abgestimmter Teilhabeplan die individuelle Fallplanung im Rahmen des Reha-Managements wirkungsvoll unterstützen.

Die **Spitzenverbände der landwirtschaftlichen Sozialversicherung** berichten von einer teilweisen Praxisrelevanz der Gemeinsamen Empfehlung „Teilhabeplan“. Innerhalb der LSV sei der auf Ebene der BAR entwickelte Teilhabeplan bundesweit einheitlich umgesetzt worden. Da im Bereich der landwirtschaftlichen Unfallversicherung die Leistungen nach dem Grundsatz „alles aus einer Hand“ erbracht werden, spiele die Gemeinsame Empfehlung „Teilhabeplan“ praktisch keine Rolle. Aus Sicht der **Bundesagentur für Arbeit** hat die Gemeinsame Empfehlung „Teilhabeplan“ inzwischen Bedeutung in der Praxis erlangt.

Der **Deutsche Städtetag** kann über keine praktischen Erfahrungen berichten.

Der **Deutsche Landkreistag** bezeichnet den praktischen Nutzen der Gemeinsamen Empfehlung „Teilhabeplan“ für die Landkreise als sehr gering.

Die **Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe** sieht in der Gemeinsamen Empfehlung „Teilhabeplan“ keine Bedeutung für die Träger der Sozialhilfe. Die Vorschriften des SGB XII, nämlich die Verpflichtung zur Erstellung eines Gesamtplanes, bzw. die Qualitätsvorschriften im Vertragsrecht nach §§ 75 ff. SGB XII würden die Gemeinsame Empfehlung „Teilhabeplan“ überlagern; daher fände diese keine unmittelbare Anwendung.

Die **Bundesarbeitsgemeinschaft der Landesjugendämter** teilt mit, dass die Gemeinsame Empfehlung „Teilhabeplan“ in der Praxis der Landesjugendämter keine Bedeutung erlangt habe.

Die **Bundesländer als Träger der Kriegsopferversorgung und -fürsorge** verneinen größtenteils die praktische Bedeutung der Gemeinsamen Empfehlung „Teilhabeplan“. Das Landesamt für Gesundheit und Soziales Berlin teilt mit, dass die Kriegsopferfürsorge die Leistungen aus einer Hand erbringt und daher nur geringer bzw. kein Abstimmungsbedarf mit anderen Trägern über den Verlauf einer Teilhabemaßnahme gesehen werde.

Die **Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen** gibt an, dass die Gemeinsame Empfehlung „Teilhabeplan“ in der Praxis teilweise Bedeutung erlangt hat. Die Hauptfürsorgestelle des Sächsischen Landesamtes für Familie und Soziales berichtet, dass für den Bereich der Teilhabe am Arbeitsleben Teilhabepläne erstellt würden.

2.2 Hat die Gemeinsame Empfehlung zur Verbesserung im Verfahren der Zusammenarbeit geführt?

Die **Spitzenverbände der Krankenkassen** nehmen überwiegend keine Verbesserung in der Zusammenarbeit durch die Gemeinsame Empfehlung „Teilhabeplan“ wahr. Der **BKK Bundesverband** sieht eine partielle Verbesserung, da die Zusammenarbeit und der Informationsfluss verbessert würde, wo der Teilhabeplan zum Einsatz kommt.

Die **Spitzenverbände der landwirtschaftlichen Sozialversicherung** teilen eine teilweise Verbesserung im Verfahren der Zusammenarbeit mit. Die Umsetzung würde innerhalb der Träger der landwirtschaftlichen Sozialversicherung problemlos erfolgen, andere Rehabilitationsträger würden zum Teil die Zusammenarbeit beim Erstellen des Teilhabeplans verweigern.

Aus dem Bereich der **Deutschen Rentenversicherung** wird berichtet, dass die Gemeinsame Empfehlung „Teilhabeplan“ überwiegend keine Verbesserung im Verfahren der Zusammenarbeit erbracht hat.

Die **Bundesagentur für Arbeit** dagegen bejaht die Frage nach einer Verbesserung der Zusammenarbeit durch die Gemeinsame Empfehlung.

Die **Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung** sieht überwiegend keine Verbesserung im Verfahren der Zusammenarbeit durch die Gemeinsame Empfehlung „Teilhabeplan“.

Die **Bundesländer als Träger der Kriegsopferversorgung und -fürsorge** verneinen größtenteils die Frage nach einer Verbesserung im Verfahren der Zusammenarbeit. Nur das Niedersächsische Landesamt für Soziales, Jugend und Familie bejaht die Frage.

Die **Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen** berichtet, dass zu 70 % keine Verbesserung festgestellt und zu 30 % eine Verbesserung im Verfahren der Zusammenarbeit verzeichnet werden kann.

2.3 Hat es Probleme bei der Umsetzung/Anwendung der Gemeinsamen Empfehlung gegeben?

Die **Spitzenverbände der Krankenkassen** sehen keine Probleme bei der Umsetzung/Anwendung der Gemeinsamen Empfehlung „Teilhabeplan“, allerdings auch aufgrund fehlender Praxisrelevanz.

Die **Spitzenverbände der landwirtschaftlichen Sozialversicherung** hingegen berichten von Problemen bei der Umsetzung und Anwendung der Gemeinsamen Empfehlung „Teilhabeplan“.

Die **Deutsche Rentenversicherung**, die **Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung**, ebenso die **Bundesagentur für Arbeit** sehen keine Probleme in der Umsetzung der Gemeinsamen Empfehlung „Teilhabeplan“.

Auch aus Sicht der **Bundesländer als Träger der Kriegsopferversorgung und -fürsorge** bestehen keine Probleme in der Umsetzung/Anwendung der Gemeinsamen Empfehlung, unter anderem auch weil keine praktischen Erfahrungen vorliegen.

Laut **Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen** hat es keine Probleme bei der Umsetzung/Anwendung der Gemeinsamen Empfehlung gegeben.

2.4 Besteht aus Ihrer Sicht Bedarf für eine Anpassung/Verbesserung der Gemeinsamen Empfehlung oder auch gesetzlicher Änderungsbedarf?

Ein Bedarf für eine Anpassung/Verbesserung der Gemeinsamen Empfehlung wird bisher von keinem der befragten Rehabilitationsträger gesehen.

Der **AOK-Bundesverband** schlägt vor, dass in die Gemeinsame Empfehlung „Teilhabeplan“ auch Alternativen mit gleicher Zielsetzung, z.B. Fallkonferenzen oder verkürzte Verfahren (siehe auch unter 2.1) aufgenommen werden könnten.

2.5 Sind die Vorarbeiten zur Übertragung der Vordrucke in den jeweiligen Trägerbereichen abgeschlossen und inwieweit finden die Vordrucke Anwendung?

Der **AOK-Bundesverband** berichtet, dass in seinem Trägerbereich die Vordrucke teilweise übertragen wurden und bei Bedarf genutzt werden. Teilweise würden sich die Vordrucke auch noch in der Abstimmung befinden.

Beim **BKK Bundesverband** sind die Vorarbeiten zur Übertragung der Vordrucke in den eigenen Trägerbereich abgeschlossen und die Vordrucke finden Anwendung.

Der **IKK-Bundesverband** berichtet, dass der Vordruck „Teilhabeplan“ vereinzelt vor Ort übertragen wurde und dort auch zum Einsatz kommt.

Beim **VdAK/AEV, der See-Krankenversicherung** und der **Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See – Abteilung Krankenversicherung** sind die Vorarbeiten zur Übertragung der Vordrucke noch nicht abgeschlossen.

Die **Spitzenverbände der landwirtschaftlichen Sozialversicherung** teilen mit, dass die Vorarbeiten abgeschlossen seien und die Verwendung der Teilhabepläne mittlerweile im Routineeinsatz der Träger der landwirtschaftlichen Sozialversicherung implementiert sei.

Im Bereich der **Deutschen Rentenversicherung** wurden die Vorarbeiten zur Übertragung der Vordrucke in den eigenen Trägerbereichen abgeschlossen. Die Vordrucke fänden jedoch überwiegend keine Anwendung. Denn im Bereich der Rentenversicherung gäbe es kaum Fälle, in denen für einen Teilhabeplan Bedarf gesehen wird, da die Nahtlosigkeit bereits auf anderem Weg erreicht wird. So werde z.B. die Einleitung von weiteren medizinischen Leistungen (z.B. Rehabilitations-Sport) im Anschluss an eine medizinische Leistung zur Rehabilitation von den meisten Reha-Einrichtungen in Abstimmung mit den Rehabilitanden direkt veranlasst. Sofern sich die Notwendigkeit von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben ergebe, werde das weitere Vorgehen in der Regel bereits während der Durchführung der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation in einem Beratungsgespräch mit dem Rehabilitanden abgestimmt. Im Rahmen der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben werde ein Reha-Plan (interner Vordruck) gemeinsam mit den Rehabilitanden erstellt.

Laut **Bundesagentur für Arbeit** sind die Vorarbeiten zur Übertragung der Vordrucke in den eigenen Trägerbereich noch nicht abgeschlossen. Die Abstimmung mit anderen Trägern fände zum Teil auch formlos statt, die inhaltlich weitgehend den Empfehlungen entspreche.

Die **Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV)** teilt ebenfalls mit, dass die Vorarbeiten zur Übertragung der Vordrucke in ihrem Trägerbereich noch nicht abgeschlossen sind. Auf Ebene der DGUV wird derzeit eine Überarbeitung des BAR-Teilhabeplans, insbesondere eine Anpassung an die Sprache und die Vorgaben der ICF, diskutiert. Eine anschließende trägerübergreifende Abstimmung hierzu sei vorgesehen. Weiter wird berichtet, dass, soweit ein Teilhabeplan von den Unfallversicherungsträgern erstellt wird, die auf Ebene der BAR erstellten Vordrucke oder eigene Formulare Anwendung finden würden. Die Erarbeitung und Aufnahme eines bundeseinheitlichen Vordrucks in den Formbestandtext sei aber noch vorgesehen.

Bei den **Bundesländern als Träger der Kriegsopferversorgung und -fürsorge** sind die Vorarbeiten zur Übertragung der Vordrucke größtenteils, insbesondere aufgrund der geringen praktischen Bedeutung, noch nicht abgeschlossen. Lediglich das Landesversorgungsamt Sachsen und das Niedersächsische Landesamt für Soziales, Jugend und Familie bejahen die Frage nach dem Abschluss entsprechender

Vorarbeiten. In Niedersachsen würden die Vordrucke, falls erforderlich, angewendet; in der Regel reichten formlose Abstimmungen aus.

Die ***Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen*** meldet, dass die Vorarbeiten zur Übertragung der Vordrucke in den eigenen Trägerbereich teilweise abgeschlossen seien und die Vordrucke Anwendung fänden.

3 Erfahrungen der Rehabilitationsträger mit der **Gemeinsamen Empfehlung** „**Zuständigkeitsklärung**“ nach § 14 SGB IX

Die Gemeinsame Empfehlung über die Ausgestaltung des in § 14 SGB IX bestimmten Verfahrens (Gemeinsame Empfehlung zur Zuständigkeitsklärung) ist am 1. Mai 2003 in Kraft getreten. Sie gilt in der Fassung vom 8. November 2005.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass die Gemeinsame Empfehlung „Zuständigkeitsklärung“ aus Sicht der Mehrheit der Rehabilitationsträger als übergreifende Empfehlung große Bedeutung in der Praxis erlangt und zu einer Verbesserung im Verfahren der Zusammenarbeit sowie zu einer Beschleunigung des Antrags- und Bewilligungsverfahrens geführt hat. Die Fristen nach § 14 SGB IX werden inzwischen überwiegend eingehalten. Als problematisch erweist sich nach wie vor die Einhaltung der Fristen des § 14 SGB IX bei der Erforderlichkeit eines externen Gutachtens.

3.1 Hat die Gemeinsame Empfehlung nach Ihrer Kenntnis in der Praxis Bedeutung erlangt?

Die **Spitzenverbände der Krankenkassen** vertreten einheitlich die Meinung, dass die Gemeinsame Empfehlung in der Praxis von Bedeutung ist. Der **AOK-Bundesverband**, der **BKK Bundesverband** und der **IKK-Bundesverband** halten die Empfehlung „Zuständigkeitsklärung“ nach wie vor für die Gemeinsame Empfehlung mit der größten Praxisbedeutung.

Die **Spitzenverbände der landwirtschaftlichen Sozialversicherung** teilen mit, dass die Gemeinsame Empfehlung „Zuständigkeitsklärung“ zum Teil zur Verbesserung im Verfahren der Zusammenarbeit geführt habe. Bei der Zuständigkeitsklärung mit anderen Rehabilitationsträgern (außerhalb der landwirtschaftlichen Sozialversicherung) habe die Gemeinsame Empfehlung zu einer deutlichen Beschleunigung des Antrags- und Bewilligungsverfahrens geführt.

Auch im Bereich der **Deutschen Rentenversicherung** hat die Gemeinsame Empfehlung in der Praxis Bedeutung erlangt. Die Gemeinsame Empfehlung „Zuständigkeitsklärung“ bilde eine gemeinsame Verständigungsplattform zwischen den Trägern und werde als Erläuterung zu den gesetzlichen Regelungen angesehen. Dadurch werde die Feststellung des zuständigen Trägers erleichtert.

Die **Bundesagentur für Arbeit** bestätigt die Bedeutung der Gemeinsamen Empfehlung „Zuständigkeitsklärung“ in der Praxis.

Die **Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung** teilt mit, dass die Gemeinsame Empfehlung „Zuständigkeitsklärung“ nach fast einhelliger Einschätzung der Berufsgenossenschaften in der Praxis Bedeutung erlangt hat, sich positiv auf das Verfahren der Zuständigkeitsklärung auswirkt und eine beschleunigte Leistungserbringung bewirkt hat.

Der **Deutsche Landkreistag** teilt mit, dass nach dessen Einschätzung der praktische Nutzen der Gemeinsamen Empfehlungen generell für die Landkreise sehr gering und bislang auch kein Landkreis einer der Gemeinsamen Empfehlungen beigetreten sei. Auch dem **Deutschen Städtetag** wurden keine Erfahrungen mit den Gemeinsamen Empfehlungen berichtet.

Die **Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe** bejaht die praktische Bedeutung der Gemeinsamen Empfehlung „Zuständigkeitsklärung“.

Nach Einschätzung der **Bundesarbeitsgemeinschaft der Landesjugendämter** haben die Gemeinsamen Empfehlungen, somit auch die Gemeinsame Empfehlung Zuständigkeitsklärung, bei den Landesjugendämtern einen sehr geringen Bekanntheitsgrad.

Die Rückmeldungen von zahlreichen **Bundesländern als Träger der Kriegsopferversorgung und -fürsorge** zeigen, dass fast alle Bundesländer der Gemeinsamen Empfehlung „Zuständigkeitsklärung“ eine Bedeutung zusprechen.

Auch seitens der **Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen** wird bestätigt, dass die Gemeinsame Empfehlung in der Praxis Bedeutung erlangt habe.

3.2 Hat die Gemeinsame Empfehlung zur Verbesserung im Verfahren der Zusammenarbeit geführt?

Nach Einschätzung der **Spitzenverbände der Krankenkassen** hat die Gemeinsame Empfehlung „Zuständigkeitsklärung“ zur Verbesserung im Verfahren der Zusammenarbeit sowie zur Beschleunigung des Antrags- und Bewilligungsverfahrens geführt und somit schnellere Entscheidungen im Interesse der Betroffenen ermöglicht.

Der **AOK-Bundesverband** teilt mit, dass ein Landesverband eine Verlängerung der Verfahrensdauer und eine Häufung der Kostenstreitigkeiten gemeldet habe.

Der **VdAK/AEV** erwähnt insbesondere die Verbesserung der Zusammenarbeit mit der Deutschen Rentenversicherung.

Nach Meinung der **Spitzenverbände der landwirtschaftlichen Sozialversicherung** hat die Gemeinsame Empfehlung zu einer deutlichen Beschleunigung des Antrags- und Bewilligungsverfahrens im Verhältnis zu Rehabilitationsträgern außerhalb der LSV beigetragen.

Im Bereich der **Deutschen Rentenversicherung** hat die Gemeinsame Empfehlung zu mehr Sicherheit in der Rechtsanwendung und zur kürzeren Verfahrensbearbeitung geführt. Auf ihrer Basis habe die Zusammenarbeit zwischen Renten-, Kranken-, Arbeitslosen- und Unfallversicherung verbessert werden können.

Auch die **Bundesagentur für Arbeit** ist der Ansicht, dass die Gemeinsame Empfehlung die Zusammenarbeit verbessert habe.

Die **Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung** berichtet, dass die Gemeinsame Empfehlung teilweise zu einer nennenswerten Verbesserung in der Zusammenarbeit der Rehabilitationsträger beitrage. Sie enthalte eindeutige Vorgaben zum Feststellungsverfahren bei unklarer oder streitiger Zuständigkeit und trage so zur beschleunigten Zuständigkeitsklärung bei. Die Empfehlung fördere somit die rasche Leistungserbringung zu Gunsten des Versicherten.

Die **Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe** verneint eine durch die Gemeinsame Empfehlung bedingte Verbesserung im Verfahren der Zusammenarbeit unter Hinweis auf eine weiter vorhandene Vielzahl ungeklärter Sachverhalte in Einzelfällen, die nicht alle in der Gemeinsamen Empfehlung vollständig geregelt werden können.

Nach den meisten Einschätzungen der **Bundesländer als Träger der Kriegsopferversorgung und -fürsorge** lässt sich feststellen, dass die Gemeinsame Empfehlung zu einer Verbesserung der Zusammenarbeit geführt habe, insbesondere mit den Krankenkassen und den Agenturen für Arbeit.

Auch nach Aussage der **Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen** hat die Gemeinsame Empfehlung zur Verbesserung im Verfahren der Zusammenarbeit geführt. Dies betreffe auch den offenen Umgang hinsichtlich des Informationsaustausches.

3.3 Hat es Probleme bei der Umsetzung/Anwendung der Gemeinsamen Empfehlung gegeben?

Der **AOK-Bundesverband** mahnt an, dass die gesetzlich verankerte Mitwirkung der Jugend- und Sozialämter über diese Empfehlung nicht bzw. kaum erreicht wird. Zudem bestünden bei der Anwendung der §§ 14 SGB IX und 102 ff. SGB X Unklarheiten, die scheinbar nur sozialgerichtlich zu klären seien. Als Probleme in der Zusammenarbeit mit den Trägern der Rentenversicherung werden insbesondere genannt: Weiterleitung von Anträgen auf Teilhabe innerhalb der Trägerschaft der DRV und danach nochmals an die Krankenkassen, Beginn der 14-Tage-Frist bei An-

schluss-Rehabilitation, Umwandlung von Reha-Anträgen in einen Rentenantrag, wenn Weiterleitung wegen fehlender Reha-Prognose, Eintritt von Ausschluss-Tatbeständen der Rentenversicherung nach Reha-Bewilligung bzw. Reha-Antritt erfolgt.

Vom **VdAK/AEV** wird berichtet, dass vereinzelt Unstimmigkeiten bei der Definition von „Gefährdung der Erwerbsfähigkeit“ und „drohende Minderung der Erwerbsfähigkeit in absehbarer Zeit“ bestehen. Diesbezügliche Stellungnahmen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung und des Ärztlichen Dienstes der Rentenversicherung unterschieden sich häufig und würden gegenseitig nicht anerkannt. Zudem wird mitgeteilt, dass neue Zuständigkeiten bei der Deutschen Rentenversicherung die klare Zuordnung erschwert haben.

Nach Äußerung des **BKK Bundesverband** ist es vereinzelt zu Problemen bei der Anwendung gekommen. Hierbei kam es zu der Weiterleitung von Anträgen, obwohl die Zuständigkeit des „erstangegangenen Trägers“ offensichtlich war, bzw. zur Weiterleitung trotz Fristablaufs.

Der **IKK-Bundesverband** informiert darüber, dass bei einigen Innungskrankenkassen nach wie vor Probleme bestehen bei der Anwendung der Empfehlung für den Bereich der stationären Heilbehandlung für Kinder und der Nach- und Festigungskuren wegen Geschwulsterkrankungen (vgl. § 31 SGB VI). Bei der Regulierung von Erstattungsansprüchen komme es vereinzelt zu Problemen, weil falsche Rechtsvorschriften herangezogen würden. Abstimmungsprobleme bestünden auch bei der Einleitung und Durchführung der Stufenweisen Wiedereingliederung sowie der Durchführung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation für Versicherte, die sich in Altersteilzeit befinden.

Die **Abteilung Krankenversicherung der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See** und die **See-Krankenkasse** sehen keine Probleme bei der Umsetzung der Gemeinsamen Empfehlung.

Von den **Spitzenverbänden der landwirtschaftlichen Sozialversicherung** wurden Umsetzungs-/Anwendungsprobleme nicht beobachtet.

Aus dem Bereich der **Deutschen Rentenversicherung** wird mitgeteilt, manche Krankenkassen würden nicht akzeptieren, dass bei Weiterleitung eines Antrages von einem rechtlich selbständigen Träger zu einem zweiten rechtlich selbständigen Träger *innerhalb* eines Sozialleistungsbereiches Letzterer als zweitangegangener Träger anzusehen ist. Bei Nichtzuständigkeit dieses zweiten Trägers würden diese Krankenkassen Erstattungsansprüche ausschließen, da sie die Weiterleitung innerhalb eines Sozialleistungsbereichs als Bearbeitung durch *einen* Träger ansehen würden. Außerdem würden vom erstattungspflichtigen Träger oft nicht alle notwendigen Aufwendungen erstattet (z.B. UV- und RV-Beiträge). Mehrere Erstattungsklagen bzw. Berufungsverfahren seien daher zurzeit anhängig.

Umsetzungs- bzw. Anwendungsprobleme bestehen nach Feststellung der **Bundesagentur für Arbeit (BA)** nicht. Aus einer Regional-Direktion werde allerdings berichtet, dass die DRV die Rechtsauffassung vertrete, dass bei Beantragung von Einzelleistungen erneut eine Prüfung nach § 14 SGB IX und die Einhaltung der genannten Fristen erforderlich sei, obwohl über den Globalantrag auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) bereits entschieden und die Zuständigkeit festgestellt worden sei. Die BA erachtet es daher als wünschenswert, eine eindeutige Aussage zum Globalantrag zu treffen, um Interpretationen auf der Sachbearbeiterbene auszuschließen. Zudem haben Agenturen darauf hingewiesen, dass die DRV (insbesondere die DRV Berlin) Anträge auf LTA im Anschluss an eine medizinische Rehabilitation des Rentenversicherungsträgers an die Agenturen weiterleiten würden. Rückfragen würden mit dem Hinweis auf die Regelungen „zweitangegangener Träger“ (Leistungsverpflichtung und Erstattungsanspruch) abgewiesen.

Laut der **Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung** wird aus ihrem Bereich kaum noch von Problemen bei der Umsetzung der Gemeinsamen Empfehlung berichtet. Nur in Einzelfällen komme es noch vor, dass Anträge von anderen Trägern unzureichend geprüft und vorschnell an den UV-Träger weitergeleitet werden.

Nach Aussage der **Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe** werden die einzelnen Probleme durch die Rechtsprechung zu § 14 SGB IX anschaulich dokumentiert.

Von den **Bundesländern als Träger der Kriegsopferversorgung und -fürsorge** werden in der Regel keine Probleme bei der Umsetzung der Gemeinsamen Empfehlung genannt. Vereinzelt würden Anträge zu früh – vor Klärung der Ursache der Behinderung – an den KOF-Träger weitergeleitet.

Aus Sicht der **Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen** werden bei ca. 10% der angefragten Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen Probleme bei der Umsetzung der Gemeinsamen Empfehlung genannt. In Einzelfällen komme es zu einer Weiterleitung des Antrags nach Fristablauf, oder es komme zu einer falschen Weiterleitung an ein Integrationsamt ohne dessen Zuständigkeit. Auch die Arbeitsagenturen würden sich in Einzelfällen nicht an das Verfahren halten.

3.4 Besteht aus Ihrer Sicht Bedarf für eine Anpassung/Verbesserung der Gemeinsamen Empfehlung oder auch gesetzlicher Änderungsbedarf?

Ein Anpassungs- bzw. Änderungsbedarf wird seitens der **gesetzlichen Krankenversicherung** überwiegend nicht gesehen.

Der **AOK-Bundesverband** hält eine Ergänzung der Gemeinsamen Empfehlung hinsichtlich der von ihm in Ziffer 3.3 genannten Probleme für wünschenswert. Die Mitwirkung der Sozial- und Jugendämter sollte gesetzlich geregelt werden.

Der **BKK Bundesverband** schlägt vor, Konsequenzen für solche Fälle zu regeln, in denen der Antrag trotz Ablauf der Frist weitergeleitet wird. Zudem sollte die Verbindlichkeit einer sachgerechten Zuständigkeitsprüfung herausgestellt werden.

Nach Auffassung des **IKK-Bundesverbandes** lassen sich die im Zuständigkeitsklärungsverfahren auftretenden Probleme nicht durch eine Überarbeitung der Gemeinsamen Empfehlung ausräumen.

Seitens der **Spitzenverbände der landwirtschaftlichen Sozialversicherung** wird ein Anpassungs-/Verbesserungsbedarf nicht gesehen.

Aus dem Bereich der **Deutschen Rentenversicherung** wird eine Klarstellung zu den Erstattungsansprüchen für erforderlich gehalten. So bestehen z.B. auch Unklarheiten hinsichtlich der Anwendung von Erstattungsregelungen in den Fällen, in denen der erstangegangene Träger seine Zuständigkeit zutreffend festgestellt und geleistet hat, wegen eines späteren Hinzutritts eines Ausschlussgrundes aber unzuständig wird (z.B. Stellung eines Altersrentenantrages während des Verfahrens). Nach Abschluss der zurzeit hierzu anhängigen Verfahren könnte dann ggf. die Gemeinsame Empfehlung entsprechend ergänzt werden.

Einen Anpassungs-/Verbesserungs- oder gesetzlichen Änderungsbedarf sieht die **Bundesagentur für Arbeit** nicht.

Von der **Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung** wird überwiegend kein gesetzlicher Änderungs- oder Anpassungsbedarf für notwendig erachtet.

Die **Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe** sieht erheblichen Änderungsbedarf, da die Empfehlung der aktuellen Rechtsprechung nicht mehr entspreche. Das BSG habe mit Urteil vom 26.06.2007 (B 1 Kr 34/06 R) weitgehende Ausführungen gemacht, die nicht in Übereinstimmung mit der Gemeinsamen Empfehlung stünden.

Zahlreiche **Bundesländer als Träger der Kriegsopferversorgung und -fürsorge** sprechen sich für eine Verlängerung der Fristen nach § 14 SGB IX aus, insbesondere bei Erforderlichkeit eines Gutachtens. Zudem sollte die Erstattungsberechtigung des erstangegangenen Leistungsträgers deutlicher herausgestellt werden.

Nach Einschätzung der **Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen** sei die Zusammenarbeit mit den Arbeitsgemeinschaften (ARGEN) und den optierenden Kommunen zu intensivieren.

3.5 Inwieweit können die Fristen des § 14 SGB IX – insbesondere bei der Erforderlichkeit eines Gutachtens – eingehalten werden?

Zur Frage der Fristwahrung teilen die **Spitzenverbände der Krankenkassen** mit, dass die Fristen des § 14 SGB IX überwiegend eingehalten werden, sowohl mit als auch ohne Erforderlichkeit eines Gutachtens.

Die Abteilung Krankenversicherung der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See berichtet, dass die Fristen bei Erforderlichkeit eines Gutachtens in Einzelfällen überschritten werden. Die Ursachen hierfür seien z.B. in Terminverschiebungen oder -absagen der Leistungsberechtigten begründet und dementsprechend nicht von den Rehabilitationsträgern verursacht.

Nach Aussage der **Spitzenverbände der landwirtschaftlichen Sozialversicherung** werden die Fristen in Einzelfällen überschritten. Die Ursachen hierfür lägen überwiegend nicht im Verantwortungsbereich der Träger der landwirtschaftlichen Sozialversicherung.

Von Seiten der **Deutschen Rentenversicherung** wird berichtet, dass die Fristen des § 14 SGB IX überwiegend eingehalten werden. Bei besonders schwierigen Gutachten und bei der Vergabe an externe Gutachter oder bei der Einholung mehrerer Gutachten wird in wenigen Einzelfällen diese Frist überschritten.

Die Fristen des § 14 SGB IX werden nach Mitteilung der **Bundesagentur für Arbeit** überwiegend eingehalten.

Seitens der **Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung** wird bestätigt, dass die Fristen ohne Erforderlichkeit eines Gutachtens überwiegend eingehalten werden. In Einzelfällen bestünden Probleme mit der Frist zur Gutachtenerstellung des § 14 Abs. 5 Satz 5 SGB IX, die nach wie vor als unrealistisch und daher als schwer einzuhalten zu bewerten sei.

Nach Aussage der **Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe** ist die Einhaltung der Fristen angesichts hoher Arbeitsbelastung und der

überwiegend hohen Verwaltungsaufwand auslösenden Gesetzesänderungen nur unter Schwierigkeiten und zum Nachteil der ansonsten zu erledigenden Arbeit, die dann zurückgestellt werden müsse, einzuhalten.

Die **Bundesländer als Träger der Kriegsopferversorgung und -fürsorge** teilen mit, dass die Fristen in Fällen ohne erforderliches Gutachten überwiegend eingehalten werden. Bei Erforderlichkeit eines Gutachtens würden die Fristen in Einzelfällen, in einigen Bundesländern sogar auch überwiegend, überschritten.

Die **Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen** berichtet, dass die Fristen des § 14 SGB IX in den überwiegenden Fällen eingehalten werden. Zu einer Überschreitung der Fristen komme es insbesondere bei der Erstellung von Gutachten. Die Fristüberschreitungen würden teils auch auf den Bearbeitungszeiten der Agenturen für Arbeit beruhen.

4 Erfahrungen der Rehabilitationsträger mit der **Gemeinsamen Empfehlung** „**Begutachtung**“ nach § 13 Abs. 1 i.V.m. § 12 Abs. 1 Nr. 4 SGB IX

Die 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“) ist am 1. Juli 2004 in Kraft getreten.

Während ein Teil der Rehabilitationsträger über Erfahrungen berichtet, nach denen die Gemeinsame Empfehlung „Begutachtung“ in der Praxis zu keinen bzw. nur zu geringen Veränderungen geführt habe, ist ein anderer Teil der Rehabilitationsträger – hier insbesondere die Träger der Kranken- und Rentenversicherung sowie die Bundesagentur für Arbeit – der Meinung, dass durch die Gemeinsame Empfehlung teilweise bzw. überwiegend positive Effekte erreicht wurden und z.B. Mehrfachbegutachtungen vermieden werden konnten.

4.1 Hat die Gemeinsame Empfehlung nach Ihrer Kenntnis in der Praxis Bedeutung erlangt?

Die **Spitzenverbände der Krankenkassen** bejahen überwiegend die Bedeutung der Gemeinsamen Empfehlung in der Praxis.

Der **AOK-Bundesverband** teilt mit, dass für die meisten seiner Kassen die Gemeinsame Empfehlung zu Veränderungen in der Praxis geführt habe. Besonders hilfreich sei die vorgesehene Einbeziehung von Kontextfaktoren entsprechend der ICF.

Der **BKK Bundesverband**, der **IKK-Bundesverband**, der **VdAK/AEV** und die **Spitzenverbände der landwirtschaftlichen Sozialversicherung** informieren darüber, dass nach ihrer Kenntnis eine Bedeutung in der Praxis bzw. Praxisrelevanz bestätigt werden könne.

Die **See-Krankenkasse** und die **Abteilung Krankenversicherung der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See** verneinen die Frage.

Im Bereich der **Deutschen Rentenversicherung** hat die Gemeinsame Empfehlung zum Teil Bedeutung erlangt. Schwierigkeiten ergäben sich nach wie vor dadurch, dass der Begutachtungszweck bei den Rehabilitationsträgern variiere. Es sei aber festzustellen, dass sich die Rehabilitationsträger überwiegend an der Gemeinsamen Empfehlung orientieren und die ICF Eingang in die Begutachtung gefunden habe. Einige Rentenversicherungsträger hätten angemerkt, dass die in der Gemeinsamen Empfehlung festgelegten Grundsätze bereits vor deren Inkrafttreten beachtet worden seien.

Nach Einschätzung der **Bundesagentur für Arbeit** hat die Gemeinsame Empfehlung Bedeutung erlangt. Teilweise seien Gutachten bei Weiterleitungen nicht beigelegt gewesen. Die gegenseitige Verwertbarkeit der Gutachten habe sich aber deutlich verbessert.

Die **Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV)** stellt fest, dass die Gemeinsame Empfehlung in der Praxis ganz überwiegend keine bzw. nur zu einem geringen Teil Bedeutung erlangt habe. So bedürfe es für die Einleitung einer Rehabilitation im Rahmen des berufsgenossenschaftlichen Heilverfahrens keiner sozialmedizinischen Begutachtung bzw. nur in seltenen und dann komplexen Fällen. Im Bereich der Unfallversicherung werde im Verlauf der medizinischen Rehabilitation durch spezielle Assessmentverfahren geprüft, ob Leistungen zur Teilhabe zu erbringen seien.

Der **Deutsche Städtetag** und der **Deutsche Landkreistag** berichten, dass der praktische Nutzen der Gemeinsamen Empfehlung gering sei und bisher weder eine Mitgliedsstadt noch ein Landkreis einer Gemeinsamen Empfehlung beigetreten seien.

Die **Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe** verneint die Bedeutung der Gemeinsamen Empfehlung in der Praxis.

Die **Bundesarbeitsgemeinschaft der Landesjugendämter** teilt mit, dass die Gemeinsamen Empfehlungen, somit auch die Gemeinsame Empfehlung Begutachtung, bisher auf Ebene der Landesjugendämter kaum bekannt seien.

Das Votum der **Bundesländer als Träger der Kriegsopferversorgung und -fürsorge** ist sehr uneinheitlich; die Mehrzahl der Länder verneint die Bedeutung, einige Länder hingegen bejahen die Bedeutung der Gemeinsamen Empfehlung in der Praxis zumindest zum Teil.

Die **Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen** informiert über Rückmeldungen, die eine Bedeutung der Gemeinsamen Empfehlung zu 20% bejahen, zu 50 % verneinen und zu 30 % zum Teil bestätigen.

4.2 Hat die Gemeinsame Empfehlung zur Verbesserung im Verfahren der Zusammenarbeit geführt?

Die **Spitzenverbände der Krankenkassen** sind überwiegend der Meinung, dass die Gemeinsame Empfehlung zur Verbesserung im Verfahren der Zusammenarbeit geführt habe.

Der **AOK-Bundesverband** beschreibt eine Homogenisierung der Begutachtung vor allem in der Zusammenarbeit mit den Rentenversicherungsträgern und hier insbesondere bei Fällen mit längerer Arbeitsunfähigkeit (§ 51 SGB V). Allerdings gelinge die gegenseitige Anerkennung von Gutachten noch nicht durchgehend. So würden bei einzelnen Rentenversicherungsträgern die Gutachten nicht anerkannt und Nachbegutachtungen durchgeführt. Durch die Berücksichtigung des Lebenshintergrundes würde auch ein eventueller Bedarf für Leistungen aus anderen Trägerbereichen eher erkannt.

Aus Sicht des **BKK Bundesverbandes** hat sich die Gemeinsame Empfehlung bewährt und zu einer grundsätzlich höheren Akzeptanz der Gutachten anderer Träger geführt.

Für den **VdAK/AEV** gilt dies zum Teil. Die **See-Krankenkasse** und die **Deutsche Rentenversicherung Knappschaft- Bahn-See – Abteilung Krankenversicherung** verneinen eine Verbesserung.

Im Bereich der **Deutschen Rentenversicherung** hat die Gemeinsame Empfehlung zum Teil zu Verbesserungen im Verfahren der Zusammenarbeit geführt. Ein Teil der Rentenversicherungsträger beschreibe die regionale Zusammenarbeit als gut. Insbesondere habe sich die Zusammenarbeit mit den Arbeitsagenturen weiter verbessert.

Die **Bundesagentur für Arbeit** sieht durch die Gemeinsame Empfehlung eine Verbesserung im Verfahren der Zusammenarbeit und stellt eine verstärkte Berücksichtigung des ganzheitlichen Ansatzes in der Begutachtung fest.

Die **Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV)** sieht keine bzw. nur zu einem geringen Teil eine Verbesserung im Verfahren der Zusammenarbeit. Wegen der ausschließlichen Zuständigkeit der Unfallversicherung fehle es hier zum Teil an Erfahrungswerten.

Laut der **Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe** hat die Gemeinsame Empfehlung nicht zu einer Verbesserung im Verfahren geführt.

Ein großer Teil der **Bundesländer als Träger der Kriegsopferversorgung und -fürsorge** beantwortet die Frage ebenfalls mit „Nein“. Einzelne Bundesländer beantworten die Frage nach einer Verbesserung im Verfahren der Zusammenarbeit mit „zum Teil“.

Die **Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen** informiert über sehr unterschiedliche Rückmeldungen. Zu 20 % könne von einer Verbesserung im Verfahren der Zusammenarbeit berichtet werden, zu 30 % gelte dies zum Teil und zu 70 % nicht. Der Informationsfluss sei teilweise recht zäh.

4.3 Hat es Probleme bei der Umsetzung/Anwendung der Gemeinsamen Empfehlung gegeben?

Nach Aussage der Mehrzahl der **Spitzenverbände der Krankenkassen** sowie der **Deutschen Rentenversicherung**, der **Bundesagentur für Arbeit**, der **Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung**, der **Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen**, der **Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe** und der **Bundesländer als Träger der Kriegsopferversorgung und -fürsorge** bestehen bei der Umsetzung/Anwendung der Gemeinsamen Empfehlung keine Probleme.

Der **AOK-Bundesverband** sieht Probleme in der trägerbezogener Sichtweise der Gutachter. Die Komplexität des trägerspezifischen Teilhaberechts führe dazu, dass Gutachter unterschiedliche Schwerpunkte setzen oder auch nicht sämtliche sozialmedizinischen Aspekte beurteilen würden.

Der **BKK Bundesverband** bemängelt, dass der „KV-Begutachtungsbedarf“ bei den Gutachten anderer Träger noch zu wenig berücksichtigt werde.

Im Bereich der **Deutschen Rentenversicherung** berichten regionale Träger einzeln, dass andere Rehabilitationsträger sich nicht immer an der Gemeinsamen Empfehlung orientieren würden.

4.4 Besteht aus Ihrer Sicht Bedarf für eine Anpassung/Verbesserung der Gemeinsamen Empfehlung oder auch gesetzlicher Änderungsbedarf?

Aus Sicht der **Spitzenverbände der Krankenkassen** besteht kein Anpassungs-/Verbesserungsbedarf.

Der **AOK-Bundesverband** schlägt vor, in der Gemeinsamen Empfehlung grundsätzliche Aussagen zur „Gefährdung/Minderung der Erwerbsunfähigkeit“ zu treffen, die als Grundlage für die jeweiligen Begutachtungs-Richtlinien/Grundsätze der Kranken- und Rentenversicherung dienen könnten.

Der **IKK-Bundesverband** schlägt die Einführung standardisierter Vordrucke bzw. Vorgaben zum Gutachtaufbau vor, um die gegenseitige Anerkennung von Gutachten zu verbessern.

Von Seiten der **Deutschen Rentenversicherung** wird die Erarbeitung eines trägerübergreifenden sozialmedizinischen Glossars für notwendig gehalten.

Die **Bundesagentur für Arbeit** regt an, ggf. eine verbindliche, einheitliche und gesetzeskonforme Regelung zur Weiterleitung von Gutachten im Rahmen der Antragsweiterleitung zur Prozessoptimierung (Verkürzung von Reha-Verfahren) und für Transparenz durch einheitliche Verfahrensstandards zu schaffen.

Die **Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung**, die **Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen** und die **Bundesländer als Träger der Kriegsopferversorgung und -fürsorge** sehen keinen Anpassungsbedarf.

Laut **Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe** kann die Frage nicht beantwortet werden, da keine praktischen Erfahrungen vorlägen.

4.5 Können durch eine umfassende trägerübergreifende Bedarfsermittlung unnötige Mehrfachbegutachtungen vermieden werden?

Die **Spitzenverbände der Krankenkassen** sind zum großen Teil der Meinung, dass Mehrfachbegutachtungen vermieden werden konnten. Lediglich der **VdAK/AEV** verneint dies.

Der **AOK-Bundesverband** stellt fest, dass körperliche Untersuchungen reduziert werden konnten. Doppelbegutachtungen würden durch unterschiedliche Vordrucke und Begutachtungsvorgaben immer noch durchgeführt, insbesondere dann, wenn nur Stellungnahmen nach Aktenlage vorliegen würden.

Für den **IKK-Bundesverband** konnten Mehrfachbegutachtungen nicht in jedem Fall vermieden werden.

Im Bereich der **Deutschen Rentenversicherung** konnten bei der Mehrzahl der Rentenversicherungsträger unnötige Mehrfachbegutachtungen vermieden werden. Bei der DRV würden Gutachten anderer Träger stets mit in die Begutachtung einbezogen. In wenigen Fällen, insbesondere bei schwieriger sozialmedizinischer Fragestellung müssten zusätzliche Gutachten eingeholt werden.

Die **Bundesagentur für Arbeit** bestätigt die Vermeidung unnötiger Mehrfachbegutachtungen. Lediglich bei SGB XII-Fällen wirke erschwerend, dass aus Datenschutzgründen nur der Teil B des Gutachtens – allgemeines Gutachten ohne medizinische Details – weitergegeben werden dürfe. Medizinische Daten seien dagegen nur im Teil A enthalten.

Die **Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung** teilt mit, dass Mehrfachbegutachtungen nicht bzw. nur zu einem Teil vermieden werden konnten, insgesamt aber wegen der umfassenden und häufig alleinigen Zuständigkeit der Unfallversicherung nur wenige Erfahrungen vorlägen. Die Ansätze zur umfassenden trägerübergreifenden Bedarfsermittlung nach möglichst einheitlichen Grundsätzen würden sich, nach Auffassung einiger Berufsgenossenschaften, aus den Entlassungsberichten und der Durchführung der Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL) ergeben. Hier käme es aber - auch wenn Aussagen zur vollen oder teilweisen Erwerbsminderung getroffen würden - zu weiteren Begutachtungen und mitunter anders lautenden Einschätzungen durch den zuständigen Rentenversicherungsträger.

Weiterhin wird von den gesetzlichen Unfallversicherungsträgern angemerkt, dass durch die in der Gemeinsamen Empfehlung geforderten Erhebungen eine unnötige „Aufblähung“ von Gutachten entstehe. Der geforderte Austausch mit anderen Rehabilitationsträgern erfolge auch unabhängig von der Gemeinsamen Empfehlung; diese sei im Übrigen zu abstrakt, verwissenschaftlicht und praxisfern.

Die Antworten der **Bundesländer als Träger der Kriegsopferversorgung und -fürsorge** liefern ein uneinheitliches Bild. Während aus einem Teil der vorliegenden Rückmeldungen erkennbar wird, dass unnötige Mehrfachbegutachtungen durch die

Gemeinsame Empfehlung vermieden werden konnten, verneinen andere in ihren Rückmeldungen diesen Zusammenhang bzw. teilen mit, dass die Gemeinsame Empfehlung noch nicht angewendet werde. Einige Aussagen verweisen darauf, dass die trägerübergreifende Verwertung vorliegender Gutachten bereits vor der Gemeinsamen Empfehlung durchgeführt wurde.

Die ***Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen*** berichtet von Rückmeldungen, wonach 60% die Frage bejaht und 40% diese verneint hätten.

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

Die Gemeinsame Empfehlung zur „Verbesserung der gegenseitigen Information und Kooperation“ ist am 1. März 2004 in Kraft getreten.

Bei Durchsicht der Erfahrungsberichte aus den einzelnen Trägerbereichen fällt auf, dass die Gemeinsame Empfehlung, insbesondere im Hinblick auf das Betriebliche Eingliederungsmanagement Bedeutung erlangt hat. Von den Spitzenverbänden der landwirtschaftlichen Sozialversicherung wird allgemein festgestellt, dass sich aufgrund der besonderen Betriebs- und Versichertenstrukturen zu dieser Gemeinsamen Empfehlung nur wenige Berührungspunkte ergäben.

5.1 **Hat die Gemeinsame Empfehlung nach ihrer Kenntnis in der Praxis Bedeutung erlangt?**

Die **Spitzenverbände der Krankenkassen** sprechen der Gemeinsamen Empfehlung „Verbesserung der gegenseitigen Information und Kooperation“ teilweise Bedeutung zu.

Der **AOK-Bundesverband** berichtet, dass Verfahren im Sinne der Gemeinsamen Empfehlung, insbesondere mit den RV-Trägern, schon vor der Gemeinsamen Empfehlung praktiziert worden seien.

Der **IKK-Bundesverband** sieht keine ausreichende Praxisrelevanz der Gemeinsamen Empfehlung und weist darauf hin, dass die Innungskrankenkassen bereits vor Inkrafttreten der Gemeinsamen Empfehlung ihrer Informations- und Beratungsverpflichtung ausreichend nachgekommen seien. Das Thema „Betriebliches Eingliederungsmanagement“ sei gerade für die Arbeitgeber in Klein- und Mittelbetrieben adressatengerecht aufbereitet worden.

Die **See-Krankenkasse** und die **Abteilung Krankenversicherung der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See** verneinen eine Bedeutung in der Praxis.

Die **Spitzenverbände der landwirtschaftlichen Sozialversicherung** berichten, dass die Gemeinsame Empfehlung „Verbesserung der gegenseitigen Information und Kooperation“ nur zum Teil Bedeutung erlangt hat, was auf die Organisationsstruktur der landwirtschaftlichen Sozialversicherung zurückzuführen sei.

Im Bereich der **Deutschen Rentenversicherung** hat die Gemeinsame Empfehlung teilweise Bedeutung erlangt. Bereits vor Inkrafttreten der Gemeinsamen Empfehlung „Verbesserung der gegenseitigen Information und Kooperation“ habe es umfangreiche Informationsmaterialien/Broschüren gegeben, die über verschiedene Institutionen verteilt und auch ins Internet eingestellt worden seien. Von einigen Trägern werde berichtet, dass regelmäßige Netzwerktreffen stattfinden bzw. neue regionale Netze trägerübergreifender Zusammenarbeit entstehen würden.

Die **Bundesagentur für Arbeit** berichtet von einer partiellen Bedeutung der Gemeinsamen Empfehlung „Verbesserung der gegenseitigen Information und Kooperation“.

Für die **Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung** hat die Gemeinsame Empfehlung „Verbesserung der gegenseitigen Information und Kooperation“ nur geringe Bedeutung, da die ihr zu Grunde liegenden Prinzipien bereits bei Durchführung des Reha-Managements bzw. beim Betrieblichen Eingliederungsmanagement beachtet würden. Durch die Verfahren und Meldepflichten in der gesetzlichen Unfallversicherung sowie in der Praxis der Berufshelfer werde den Grundsätzen der Gemeinsamen Empfehlung auch bislang schon Rechnung getragen.

Der **Deutsche Städtetag** und der **Deutsche Landkreistag** berichten, dass der praktische Nutzen der Gemeinsamen Empfehlung gering sei und bisher weder eine Mitgliedsstadt noch ein Landkreis einer Gemeinsamen Empfehlung beigetreten sei.

Für die **Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe** hat die Gemeinsame Empfehlung keine Bedeutung.

Gleiches gilt für die **Bundesarbeitsgemeinschaft der Landesjugendämter**.

Aus den Rückmeldungen der **Bundeländer als Träger der Kriegsopferversorgung und -fürsorge** geht hervor, dass die Gemeinsame Empfehlung für diese keine Bedeutung hat. In Sachsen-Anhalt wird eine Bedeutung zum Teil gesehen, allerdings auch festgestellt, dass die Zuständigkeit der Versorgungsverwaltung gegenüber der Krankenkasse nachrangig sei.

Wie aus einer Zusammenstellung **der Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen** hervorgeht, hat die Gemeinsame Empfehlung für die meisten Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen keine Bedeutung.

5.2 Hat die Gemeinsame Empfehlung zur Verbesserung im Verfahren der Zusammenarbeit geführt?

Die **Spitzenverbände der Krankenkassen** sind überwiegend der Meinung, dass die Gemeinsame Empfehlung „Verbesserung der gegenseitigen Information und Kooperation“ zum Teil zu einer Verbesserung der Zusammenarbeit mit anderen Rehabilitationsträgern geführt hat.

Die gleiche Aussage treffen die **Spitzenverbände der landwirtschaftlichen Sozialversicherung** und die **Bundesagentur für Arbeit** an.

Aus dem Bereich der **Deutschen Rentenversicherung** wird der Gemeinsamen Empfehlung „Verbesserung der gegenseitigen Information und Kooperation“ ebenfalls partielle Bedeutung zugemessen. Es wird jedoch darauf hingewiesen, dass bereits vor Inkrafttreten der Gemeinsamen Empfehlung eine gute Zusammenarbeit zwischen den am Reha-Prozess Beteiligten bestanden habe. Hier habe die Gemeinsame Empfehlung die bestehenden Kooperationen kaum beeinflusst. Die Gemeinsame Empfehlung bilde jedoch die Grundlage für mehrere Modellprojekte, in

denen eine enge Kooperation mit Krankenkassen und großen Wirtschaftsunternehmen (insbesondere der Automobilindustrie) sowie Kostenträgern und deren Reha-Kliniken aufgebaut worden sei. Die Aktivitäten zur verbesserten Information und Kooperation sollen jetzt zunehmend auf Klein- und Mittelbetriebe ausgedehnt werden. In einem Projekt werde ein Konsiliardienst für niedergelassene Ärzte und Werks- und Betriebsärzte angeboten.

Die **Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung** teilt mit, dass Verbesserungen in der Zusammenarbeit mit den Betriebsärzten teilweise erreicht werden konnten. Die Kooperation mit den Ärzten sei ansonsten konkreter und detaillierter im Ärztevertrag zwischen gesetzlicher Unfallversicherung und der kassenärztlichen Bundesvereinigung oder in verschiedenen Modellprojekten der Berufsgenossenschaften geregelt. Allerdings erfolge, als Auswirkung der Gemeinsamen Empfehlung „Verbesserung der gegenseitigen Information und Kooperation“ die Weitergabe von Informationen, wenn auch nicht von allen Beteiligten, zeitnäher.

Die **Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe**, die **Bundesarbeitsgemeinschaft der Landesjugendämter**, die Mehrheit der **Länder als Träger der Kriegsopferversorgung und -fürsorge** sowie die überwiegende Anzahl der **Integrationsämter** sieht keine Verbesserung in der Zusammenarbeit. Das Integrationsamt Sachsen berichtet von einer Verbesserung der Zusammenarbeit insbesondere mit den Rentenversicherungsträgern. Eine effektivere Bearbeitung von Rehabilitationsleistungen sei möglich, und teilweise würden auch gemeinsame Betriebsbesuche mit Rehabilitationsträgern durchgeführt. Das Landesversorgungsamt Sachsen-Anhalt sieht teilweise eine Verbesserung der Zusammenarbeit als gegeben.

5.3 Hat es Probleme bei der Umsetzung/Anwendung der Gemeinsamen Empfehlung gegeben?

Probleme bei der Umsetzung/Anwendung der Gemeinsamen Empfehlung „Verbesserung der gegenseitigen Information und Kooperation“ werden nur von zwei Rehabilitationsträgern bzw. deren Spitzenverbänden geäußert.

Der **AOK-Bundesverband** teilt mit, dass immer noch Informationsdefizite über Ergebnisse von medizinischen Beurteilungen anderer Träger bestünden. Der **BKK Bundesverband** berichtet, dass es teilweise schwierig sei, den konkreten Ansprechpartner bei anderen Rehabilitationsträgern zu ermitteln.

Die **Bundesagentur für Arbeit** sieht teilweise Probleme bei der Umsetzung/Anwendung der Gemeinsamen Empfehlung „Verbesserung der gegenseitigen Information und Kooperation“.

5.4 Besteht aus Ihrer Sicht Bedarf für eine Anpassung/Verbesserung der Gemeinsamen Empfehlung oder auch gesetzlicher Änderungsbedarf?

Die **meisten Rehabilitationsträger** halten weder einen Anpassungs-/Verbesserungsbedarf der Gemeinsamen Empfehlung „Verbesserung der gegenseitigen Information und Kooperation“ noch einen gesetzlichen Änderungsbedarf für gegeben.

Nur die **Bundesagentur für Arbeit** äußert, dass zum Teil Bedarf für eine Anpassung/Verbesserung oder eine gesetzliche Änderung bestehe.

5.5 Wurden entsprechende Verfahren nach § 2 Abs. 1 und 2 der Gemeinsamen Empfehlung entwickelt und in den gemeinsamen Servicestellen etabliert? Wurden zielgruppenspezifische Informationsmaterialien nach § 5 Abs. 2 entwickelt und über welche regionalen Strukturen wurden diese weitergegeben?

Die **Spitzenverbände der Krankenkassen** berichten, dass keine Verfahren nach § 2 Abs. 1 und 2 der Gemeinsamen Empfehlung entwickelt und etabliert worden seien. Auch zielgruppenspezifische Informationsmaterialien nach § 5 Abs. 2 der Gemeinsamen Empfehlung seien nicht entwickelt worden. Der **VdAK/AEV** begründet dies damit, dass die Rehabilitationsrichtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 8 SGB V bereits zahlreiche Aspekte des § 2 Abs. 1 der Gemeinsamen Empfehlung abdecken würden und daher von den Ersatzkassen keine weitergehenden formalisierten

Verfahren entwickelt worden seien. Die Hinweise in der Gemeinsamen Empfehlung seien in der Praxis aufgegriffen worden. In Sachsen-Anhalt sei ein Modellprojekt durchgeführt worden, bei dem die Aspekte des § 2 Nr. 1 der Gemeinsamen Empfehlung untersucht worden seien. Hierzu liege der Abschlussbericht jedoch noch nicht vor.

Der **BKK Bundesverband** teilt mit, dass die Betriebskrankenkassen Verfahren im Sinne der Gemeinsamen Empfehlung insbesondere beim Betrieblichen Eingliederungsmanagement angewandt hätten. Informationsmaterialien seien durch die örtliche Presse, Aushänge in den Betrieben, Kooperationspartner, Intranet und Selbsthilfegruppen verbreitet worden.

Von Seiten der **Deutschen Rentenversicherung** wird angegeben, dass die aus der Fragestellung resultierenden Forderungen zum Teil umgesetzt worden seien. Neben den bestehenden Arbeitsgruppen der Servicestellen, an denen auch Selbsthilfegruppen und Behindertenverbände beteiligt sind, seien Pilotprojekte mit Krankenkassen und Betrieben zur Verbesserung der Zusammenarbeit in den Regionen entwickelt worden. Neue Modellprojekte würden auf eine Verbesserung und den Ausbau der Arbeit der Servicestellen im Bereich des Betrieblichen Eingliederungsmanagements oder Beratungen der Arbeitgeber zu Fragen des alters- und altersgerechten Arbeitens abstellen. Im Übrigen wird angeführt, dass es schon vor der Gemeinsamen Empfehlung gute Kooperationen mit Arbeitgebern und Betriebs- und Werksärzten sowie niedergelassenen Ärzten gegeben habe (z.B. Rehafachberatungsdienst mit Sprechtagen in den Reha-Kliniken, Berufsförderungswerken sowie bei Arbeitgebern; Entlassungsberichtsverfahren mit Durchschriften an die Krankenkassen und Werks- bzw. Hausärzte). Im Rahmen der Begutachtung, der Stufenweisen Wiedereingliederung und des Betrieblichen Eingliederungsmanagements bestünde ebenfalls eine gute Zusammenarbeit. Darüber hinaus seien über Fortbildungsveranstaltungen im Rahmen der Kassenärztlichen Vereinigung die gegenseitige Information und Zusammenarbeit verbessert worden. Auch mit den Krankenhausärzten bestehe im Rahmen des AHB-Verfahrens eine enge Kooperation. Flyer und Broschüren würden über Krankenkassen, Reha-Einrichtungen und Servicestellen weitergegeben, im Internet eingestellt und an Betriebe, Schwerbehindertenvertretungen und Selbsthilfegruppen verteilt. Informationen erfolgten auch über Konfe-

renzen, an Info-Ständen auf Messen, in den Auskunfts- und Beratungsstellen sowie über die Ärztekammern. Ebenso fände ein direkter Informationsaustausch im Rahmen der Kooperationsvereinbarung mit Großbetrieben und im Rahmen der Modellprojekte statt. In einem Modellprojekt seien auch zielgruppenspezifische Informationen für Leistungsberechtigte, Ärzte und Arbeitgeber entwickelt worden und über oben genannte Strukturen verteilt worden.

Die **Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung** hat keine gesonderten Informationsmaterialien entwickelt, da die Einbindung aller Beteiligten bereits im Rahmen des Betrieblichen Eingliederungsmanagements weitgehend gewährleistet sei. Informationen würden vor allem über Berufshelfer und Reha-Manager weitergegeben. Teilweise bestünden örtliche Kooperationsprojekte mit Krankenkassen und Innungen.

6. Erfahrungen mit der **Gemeinsamen Empfehlung zur „Frühzeitigen Bedarfserkennung“** nach § 13 Abs. 2 Nr. 2 SGB IX

Die Gemeinsame Empfehlung „Frühzeitige Bedarfserkennung“ nach § 13 Abs. 2 Nr. 2 SGB IX ist am 1. April 2005 in Kraft getreten. Ihre Bedeutung wird, auch innerhalb der Trägergruppen, sehr unterschiedlich eingeschätzt.

6.1 Hat die Gemeinsame Empfehlung nach Ihrer Kenntnis in der Praxis Bedeutung erlangt?

Die Bedeutung der Gemeinsamen Empfehlung „Frühzeitige Bedarfserkennung“ für die Praxis wird von den **Spitzenverbänden der Krankenkassen** sehr unterschiedlich bewertet.

Aus Sicht des **AOK-Bundesverbandes** hat die Gemeinsame Empfehlung „Frühzeitige Bedarfserkennung“ insbesondere im Fallmanagement bei Arbeitsunfähigkeit praktische Bedeutung. Einige seiner Kassen hätten auch Verfahrensabsprachen mit RV-Trägern getroffen, nach denen Mitteilungen erfolgen, wenn Arbeitnehmer Vorerkrankungen aufweisen, durch die möglicherweise die Erwerbsfähigkeit beeinträchtigt wird. Durch die Qualifizierungsoffensive für Ärzte aufgrund der Rehabilitationsrichtlinien erwartet der AOK-Bundesverband unter anderem eine frühzeitigere Bedarfserkennung im niedergelassenen Bereich. Seine Kassen würden sich an entsprechenden Fortbildungsveranstaltungen für Ärzte beteiligen. Damit Werks- und Betriebsärzte den Teilhabebedarf frühzeitig erkennen und melden, würden Betriebe informiert sowie im Rahmen betrieblicher Gesundheitsförderung und des Betrieblichen Eingliederungsmanagements unterstützt.

Der **BKK Bundesverband** berichtet, dass die Inhalte der Gemeinsamen Empfehlung häufig in das interne Krankengeld- und Fallmanagement eingeflossen seien.

Der **IKK-Bundesverband** sieht wenig Praxisrelevanz, da bereits vor Verabschiedung der Gemeinsamen Empfehlung im Rahmen seiner Case-/Fallmanagement-

Aktivitäten Maßnahmen zur frühzeitigen Erkennung eines möglichen Rehabilitationsbedarfs eingeleitet worden seien.

Die **Abteilung Krankenversicherung der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See** und die **See-Krankenkasse** sehen keine Bedeutung für die Praxis.

Der **VdAK/AEV** bejaht die Frage nach der Bedeutung der Gemeinsamen Empfehlung für die Praxis.

Die **Spitzenverbände der landwirtschaftlichen Sozialversicherung** und die **Deutsche Rentenversicherung** sehen eine Bedeutung als teilweise gegeben an. Letztere teilt mit, dass durch die Gemeinsame Empfehlung „Frühzeitige Bedarfserkennung“ entsprechende Verfahrensabsprachen mit den Krankenkassen getroffen oder Modellprojekte eingerichtet worden seien. Es wird aber auch darauf hingewiesen, dass das Betriebliche Eingliederungsmanagement besser für die frühzeitigere Bedarfserkennung geeignet sei.

Die **Bundesagentur für Arbeit** sieht eine Bedeutung als teilweise gegeben an. Im Rahmen der langjährigen Zusammenarbeit mit den Schulen, sozialpädiatrischen Zentren sei von einer frühzeitigen Bedarfserkennung bei chronischen Erkrankungen auszugehen. Es könne jedoch nicht bestätigt werden, dass dies auf die Gemeinsame Empfehlung zurückzuführen sei.

Die **Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung** misst der Gemeinsamen Empfehlung „Frühzeitige Bedarfserkennung“ überwiegend keine Bedeutung für die Praxis zu. Sie begründet dies damit, dass aufgrund des Durchgangsarzt-Verfahrens und durch die Berufshelfer bzw. Reha-Manager eine frühzeitige Bedarfserkennung gewährleistet sei. Bei Berufskrankheiten seien die Instrumente der Arbeitsmedizin und Prävention als ausreichend anzusehen. Begrüßt werde in diesem Zusammenhang der Appellcharakter, zeitnah trägerübergreifenden Bedarf zu erkennen und auf eine Antragstellung hinzuwirken.

Der **Deutsche Städtetag** berichtet, dass keine Erfahrungen mit der Gemeinsamen Empfehlung vorliegen. Der **Deutsche Landkreistag** sieht den praktischen Nutzen der Gemeinsamen Empfehlung als gering an. Beide verweisen darauf, dass sie der Gemeinsamen Empfehlung nicht beigetreten sind.

Die **Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe** sieht bisher für die Gemeinsame Empfehlung keine praktische Bedeutung, da sie sich nur an Institutionen und Stellen richte, die vor Ort in konkreten Kontakt mit den betroffenen Personen treten.

Die **Bundesarbeitsgemeinschaft der Landesjugendämter** kann über keine Erfahrungen mit der Gemeinsamen Empfehlung „Frühzeitige Bedarfserkennung“ berichten.

Die **Bundesländer als Träger der Kriegsopferversorgung und -fürsorge** verneinen größtenteils die Frage nach der Bedeutung der Gemeinsamen Empfehlung für die Praxis. Das Land Sachsen sieht die Bedeutung für die Praxis teilweise als gegeben. Es erfolge eine frühzeitige Information durch die Versorgungsverwaltung, wenn Reha-Bedarf erforderlich sein könnte.

Von der **Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen** wird rückgemeldet, dass die Gemeinsame Empfehlung bei der überwiegenden Zahl der Integrationsämter keine oder nur zum Teil Bedeutung erlangt habe. Die in der Gemeinsamen Empfehlung genannten Informationswege würden zum Teil „traditionell“ genutzt, zum Teil seien sie auch nur auf das Betätigungsfeld der Rehabilitationsträger abgestimmt.

6.2 Hat die Gemeinsame Empfehlung zur Verbesserung im Verfahren der Zusammenarbeit geführt?

Von den **Spitzenverbänden der Krankenkassen** wird überwiegend eine teilweise Verbesserung im Verfahren der Zusammenarbeit durch die Gemeinsame Empfehlung „Frühzeitige Bedarfserkennung“ gesehen.

Der **BKK Bundesverband** bestätigt eine Verbesserung in der Zusammenarbeit.

Der **IKK-Bundesverband** merkt an, dass von einigen Innungskrankenkassen die entsprechende Kooperationsbereitschaft anderer Rehabilitationsträger vermisst werde.

Die **Abteilung Krankenversicherung der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See** und die **See-Krankenversicherung** verneinen die Frage; der Informationsfluss gestalte sich teilweise recht zäh.

Aus dem Bereich der **Deutschen Rentenversicherung** wird diese Frage bejaht, da durch die Gemeinsame Empfehlung alle Beteiligten mehr sensibilisiert seien und z.B. von Betriebsärzten mehr Reha-Anträge veranlasst würden. Es fände z.B. im Rahmen des AU-Fallmanagements auch eine verstärkte Zusammenarbeit mit den Krankenkassen statt.

Eine Verbesserung der Zusammenarbeit hat sich laut **Bundesagentur für Arbeit** nicht ergeben.

Die **Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung** sieht insofern eine Verbesserung im Verfahren der Zusammenarbeit durch die Gemeinsame Empfehlung, als bestehende Initiativen und organisatorische Maßnahmen im Interesse einer beschleunigten Leistungsfeststellung teilweise fortentwickelt worden sei, z.B. in Gestalt neuer Besuchsdienste in den Rehabilitationseinrichtungen.

Die **Bundesländer als Träger der Kriegsopferversorgung und -fürsorge** verneinen die Frage nach einer Verbesserung.

Laut Mitteilung der **Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen** verneint die Mehrheit der Integrationsämter eine Verbesserung der Zusammenarbeit unter Hinweis auf einen teilweise zähen Informationsfluss.

6.3 Hat es Probleme bei der Umsetzung/Anwendung der Gemeinsamen Empfehlung gegeben?

Probleme bei der Umsetzung bzw. Anwendung der Gemeinsamen Empfehlung werden in den Rückmeldungen von **allen Rehabilitationsträgern** verneint.

6.4 Besteht aus Ihrer Sicht Bedarf für eine Anpassung/Verbesserung der Gemeinsamen Empfehlung oder auch gesetzlicher Änderungsbedarf?

Ein Bedarf für eine Anpassung/Verbesserung der Gemeinsamen Empfehlung wird von keinem der befragten **Rehabilitationsträger** gesehen.

Die **Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung** hält sich jedoch eine stärkere Konkretisierung, z.B. in Form spezieller Meldebögen, für wünschenswert.

6.5 Wurden in Ihrem Bereich entsprechend § 1 Abs. 2 und § 4 Abs. 1 der Gemeinsamen Empfehlung „Frühzeitige Bedarfserkennung“ zielgruppenspezifische Informationsmaterialien entwickelt bzw. Informationsveranstaltungen durchgeführt, welche die in der Gemeinsamen Empfehlung genannten Beteiligten befähigen, frühzeitig Anzeichen für einen möglichen Bedarf an Teilhabeleistungen erkennen zu können?

Vom **VdAK/AEV**, von der **Abteilung Krankenversicherung der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See** sowie der **See-Krankenkasse** wird die Frage verneint.

Der **VdAK/AEV** verweist auf bereits bestehende Informationsmaterialien sowie die Betreuung der Versicherten, die sicherstelle, dass ein Bedarf frühzeitig erkannt werde. Inzwischen seien die Informationsbroschüren teilweise indikationsspezifisch weiterentwickelt und die Reha-BeraterInnen indikationsspezifisch geschult worden.

Der **AOK-Bundesverband** berichtet, dass in seinem Trägerbereich Informationsveranstaltungen und Öffentlichkeitsarbeit für verschiedene Zielgruppen und zu bestimmten Krankheitsbildern u.a. in Betrieben oder bei Selbsthilfegruppen durchgeführt worden seien. Darüber hinaus seien AOK-interne Schulungen/Medien zur Unterstützung der Mitarbeiter insbesondere beim AU-Fallmanagement bereitgestellt worden.

Beim **BKK Bundesverband** sind nach dessen Aussage neben den thematischen Schwerpunkten „Genussmittelmissbrauch“ und „Bewegung“ vermehrt auch Informationen zu „Herz-Kreislauf-Erkrankungen“ durch Informationsmaterial für Versicherte, aber auch durch den MDK und geschulte Mitarbeiter gegeben worden.

Die **See-Krankenkasse** merkt an, dass sich aufgrund ihrer Versichertenzahl sich Informationsveranstaltungen wirtschaftlich nicht vertretbar durchführen ließen.

Die **Spitzenverbände der landwirtschaftlichen Sozialversicherung** teilen mit, dass regional Informationsveranstaltungen für besondere Zielgruppen der landwirtschaftlichen Sozialversicherung durchgeführt würden.

Aus dem Bereich der **Deutschen Rentenversicherung** wird mitgeteilt, dass Informationsveranstaltungen mit Mitgliedern der Ärztekammern, Betriebsärzten und anderen durchgeführt wurden. Ferner seien Flyer (z.B. zum Thema Betriebliches Eingliederungsmanagement) ausgegeben und Modellprojekte mit einzelnen Betrieben zur frühzeitigen Einleitung von Rehabilitationsleistungen durchgeführt worden. Dabei sei auch ein Kommunikationsnetzwerk zwischen Werksarzt-Reha-Klinik-Kostenträger und Arbeitgeber geschaffen worden. Auch gäbe es Vereinbarungen mit Krankenkassen zur frühzeitigen Einleitung von Rehabilitationsverfahren.

Die Träger der Deutschen Rentenversicherung, die keine zielgruppenspezifischen Informationsmaterialien entwickelt haben bzw. keine Informationsveranstaltungen durchgeführt haben, haben darauf hingewiesen, dass die Rentenversicherung bereits viele Informationsmaterialien erarbeitet habe und daher kaum Interesse anderer Akteure an neuen Informationsmaterialien bestehe.

Die **Bundesagentur für Arbeit** berichtet, dass eine regelmäßige Teilnahme an Informationsveranstaltungen, z.B. bei Elterninitiativen, Selbsthilfegruppen oder in Kliniken erfolge. Regional seien keine Informationsmaterialien entwickelt worden.

Nach Auskunft der **Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung** stellen die Berufsgenossenschaften Unternehmen und Betriebsräten Informationsmaterial, insbesondere auch zur Notwendigkeit und zu den Möglichkeiten des Betrieblichen Eingliederungsmanagements zur Verfügung und führen entsprechende Informationsveranstaltungen durch. Ansonsten würden Zielgruppen über Flyer und das Internet informiert. Außerdem werden Reha-Manager und Sachbearbeiter zielgerichtet geschult und die EDV-gestützte Heilverfahrenssteuerung weiterentwickelt. Es werde aber auch auf bereits vorhandenes Material zurückgegriffen, wie z.B. Faltblätter, Plakate zur Prävention für Versicherte, allgemeine Informationsschriften und Broschüren für Arbeitgeber und Arbeitnehmer, Schüler etc.

Die **Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen** beantwortet die Frage nach Informationsmaterialien überwiegend mit „Nein“.

Die **Bundesländer als Träger der Kriegsopferversorgung und -fürsorge** verneinen die Frage durchweg.

7. Erfahrungen der Rehabilitationsträger mit der **Gemeinsamen Empfehlung „Prävention“ nach §§ 12 Abs. 1 Nr. 5, 13 Abs. 2 Nr. 1 SGB IX („Prävention nach § 3 SGB IX“)**

Die Gemeinsame Empfehlung nach §§ 12 Abs. 1 Nr. 5, 13 Abs. 2 Nr. 1 SGB IX, dass Prävention entsprechend dem in § 3 SGB IX genannten Ziel erbracht wird (Gemeinsame Empfehlung „Prävention nach § 3 SGB IX“), ist am 1. April 2005 in Kraft getreten.

Die Rückmeldungen insbesondere der Spitzenverbände der Krankenkassen, der Deutschen Rentenversicherung Bund sowie der Träger der Unfallversicherung machen deutlich, dass seitens der Rehabilitationsträger zunehmend Serviceangebote an Arbeitgeber und Arbeitnehmer erbracht werden, um über Möglichkeiten der Prävention zu informieren und zur Umsetzung in den Betrieben anzuregen.

7.1 Hat die Gemeinsame Empfehlung nach Ihrer Kenntnis in der Praxis Bedeutung erlangt?

Der **AOK-Bundesverband** teilt mit, dass der Kenntnisstand über die Bedeutung der Gemeinsamen Empfehlung im AOK-Bereich sehr unterschiedlich ausfällt. Von insgesamt 13 AOKn, die eine Rückmeldung gegeben haben, beantworten drei die Frage mit „Ja“, drei mit „Nein“ und sieben mit „zum Teil“. Ergänzend wird angemerkt, dass die Anwendung vor allem im Zusammenhang mit dem Betrieblichen Eingliederungsmanagement sowie im Rahmen betrieblicher Gesundheitsförderung erfolge.

Vom **VdAK/AEV** wird – ohne nähere Erläuterung - mitgeteilt, dass die Gemeinsame Empfehlung nur zum Teil in der Praxis Bedeutung erlangt habe. Noch im letzten Jahr hingegen ist dem VdAK/AEV seitens seiner Mitglieder berichtet worden, dass das Interesse der Unternehmen an betrieblichem Wiedereingliederungsmanagement stark gestiegen sei. Die Zusammenarbeit der Ersatzkassen mit den jeweiligen Betrieben werde als sehr gut und eng bezeichnet. Auch die Zusammenarbeit mit anderen Rehabilitationsträgern (hier wird vor allem die Unfallversicherung genannt)

werde positiv hervorgehoben. Die Empfehlung werde als sehr sinnvoll und hilfreich eingeschätzt.

Für den **BKK Bundesverband** hat die Gemeinsame Empfehlung in der Praxis Bedeutung erlangt. Sie fließt bei einigen Betriebskrankenkassen in die „Gefährdungsbeurteilungen“ bei Maßnahmen zur stufenweisen Wiedereingliederung ein.

Die Gemeinsame Empfehlung „Prävention“ besitzt nach Auffassung des **IKK-Bundesverbandes** teilweise Praxisrelevanz. Hier müsse nach wie vor die Vernetzung zwischen den Bereichen Prävention und Rehabilitation verbessert werden.

Die **Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See, Abteilung Krankenversicherung** teilt mit, dass die Gemeinsame Empfehlung zum Teil Bedeutung erlangt habe. Es habe eine Steigerung ihrer Aktivitäten im Bereich der Settings, aber auch bei betrieblicher Gesundheitsförderung und betrieblichem Gesundheitsmanagement (inkl. Eingliederungsmanagement) festgestellt werden können.

Für die **See-Krankenkasse** hat die Gemeinsame Empfehlung in der Praxis keine Bedeutung erlangt.

Auch für den Bereich der **Deutschen Rentenversicherung** hat die Gemeinsame Empfehlung nur zum Teil Praxisbedeutung erlangt. Die Beantwortung dieser Frage ergibt noch kein einheitliches Bild. Für wenige Träger habe die Gemeinsame Empfehlung schon Bedeutung erlangt, für andere dagegen noch überhaupt nicht. Die gesetzliche Rentenversicherung erbringe im Rahmen ihrer Rehabilitationsmaßnahmen schon umfangreiche Leistungen zur Primär- und Sekundärprävention. Im Übrigen seien ihr jedoch enge Grenzen für Präventionsleistungen gesetzt.

Für die **Bundesagentur für Arbeit** hat die Gemeinsame Empfehlung ebenfalls nur zum Teil Bedeutung in der Praxis.

Die **Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung** berichtet, dass die Gemeinsame Empfehlung in der Praxis keine bzw. nur geringe Bedeutung erlangt habe. Sie weist darauf hin, dass Prävention und Gesundheitsschutz, insbesondere in den Betrieben

und Schulen, ohnehin zu den Kernaufgaben der gesetzlichen Unfallversicherung gehöre. Darüber hinaus sei die Kooperation mit den Krankenkassen im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung bereits vor Inkrafttreten der Vereinbarung weitgehend reibungslos verlaufen. Teilweise wird kritisiert, dass die Gemeinsame Empfehlung zu theoretisch sei und sich nicht an den Bedürfnissen der Praxis orientiere.

Die **Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe** verweist auf ihren Bericht vom letzten Jahr. Danach richtet sich die Gemeinsame Empfehlung nach ihrer Einschätzung in erster Linie an die Träger der medizinischen Rehabilitation, die verstärkt Maßnahmen der Prävention ergreifen müssten. Dies werde auch daran deutlich, dass der Bundesgesetzgeber hier offensichtlich mit der Reform des SGB V Verbesserungen geplant habe. Soweit sich diese Gemeinsame Empfehlung mit der Prävention im Erwerbsleben befasse, seien die überörtlichen Träger der Sozialhilfe nicht die zuständigen Rehabilitationsträger. Im Übrigen umfasse die Eingliederungshilfe gem. § 53 SGB XII seit jeher auch den Personenkreis der von einer wesentlichen Behinderung bedrohten Menschen. Gerade für Kinder, die von einer wesentlichen Behinderung bedroht sind, würden die Sozialhilfeträger bereits seit Jahren erhebliche Leistungen erbringen, die im erweiterten Sinne der Prävention zuzuordnen sind. Insofern habe die Gemeinsame Empfehlung auf die Arbeit der überörtlichen Träger der Sozialhilfe keine Auswirkungen und Bedeutung.

Nach Auskunft des **Bundesverbandes der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen** hat für 30 % der Integrationsämter die Gemeinsame Empfehlung Praxisbedeutung, für 70 % jedoch nicht. Das Integrationsamt des Sächsischen Landesamtes für Familie und Soziales ergänzt, dass § 84 Abs. 1 und 2 SGB IX eine wachsende Rolle spiele. In 2006 sei erstmals eine Prämierung von Arbeitgebern bezüglich der Einführung eines Betrieblichen Eingliederungsmanagements (BEM) erfolgt.

Hinsichtlich der Gemeinsamen Empfehlung wird von Seiten der Bundesländer als **Träger der Kriegsopferversorgung und –fürsorge** als übereinstimmendes Ergebnis gemeldet, dass diese in der Praxis keine Bedeutung erlangt habe und daher bislang auch keine Erfahrungswerte vorlägen.

Nach Kenntnisstand des **Deutschen Städtetages** liegen keine Erfahrungen in den Mitgliedsstädten vor, so dass auch kein Bericht darüber erstattet werden könne.

7.2 Hat die Gemeinsame Empfehlung zur Verbesserung im Verfahren der Zusammenarbeit geführt?

Ob die Gemeinsame Empfehlung zur Verbesserung im Verfahren der Zusammenarbeit geführt hat, wird von den Spitzenverbänden der Krankenkassen unterschiedlich bewertet.

Seitens des **AOK-Bundesverbandes** bestätigen zwei Mitglieder, dass die Gemeinsame Empfehlung zu Verbesserungen geführt habe, 5 Mitglieder stimmen dem nur zum Teil zu und 5 Mitglieder verneinen die Frage. Ergänzend wird angemerkt, dass der Zeitraum bis zum Beginn einer Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben zu lang sei.

Der **VdAK/AEV** verneint die Frage ohne weitere Begründung, ebenso die **See-Krankenkasse**.

Dagegen bestätigt der **BKK Bundesverband** eine Verbesserung im Verfahren der Zusammenarbeit infolge der Gemeinsamen Empfehlung.

Laut **Abteilung Krankenversicherung der Deutschen Rentenversicherung-Knappschaft-Bahn-See** hat die Gemeinsame Empfehlung zum Teil zu Verbesserungen geführt. Dabei sei eine stärkere Zusammenarbeit mit der Arbeitsverwaltung wünschenswert. Einzelne „Settingprojekte“ belegten dies durch eine gute Praxis. Der Referentenentwurf zum Präventionsgesetz konterkarierte positive Ansätze leider allerdings durch die Ausklammerung der Arbeitsverwaltung.

Die **Deutsche Rentenversicherung Bund** teilt mit, dass die knappe Mehrheit der Rentenversicherungsträger die Frage verneint. Bei den anderen wird z.B. in Modellprojekten die Verbesserung im Verfahren der Zusammenarbeit erprobt.

Für die **Bundesagentur für Arbeit** hat die Gemeinsame Empfehlung nur zum Teil zur Verbesserung im Verfahren der Zusammenarbeit geführt.

Nach Einschätzung der **Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung** hat die Gemeinsame Empfehlung zu keiner bzw. nur zu einer geringen Verbesserung im Verfahren der Zusammenarbeit geführt.

Für die **Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen** hat die Gemeinsame Empfehlung nur zu einem eher geringen Teil (30 %) zur Verbesserung im Verfahren der Zusammenarbeit geführt.

7.3 Hat es Probleme bei der Umsetzung/Anwendung der Gemeinsamen Empfehlung gegeben?

Nach Einschätzung der **Spitzenverbände der Krankenkassen** hat die Gemeinsame Empfehlung überwiegend zu keinen Problemen bei der Umsetzung/Anwendung geführt.

Gleiches gilt für die **Deutsche Rentenversicherung** und die **Bundesagentur für Arbeit**, ebenso für die **Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung** sowie die **Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen**.

7.4 Besteht aus Ihrer Sicht Bedarf für eine Anpassung/Verbesserung der Gemeinsamen Empfehlung oder auch gesetzlicher Änderungsbedarf?

Der **AOK-Bundesverband** sieht überwiegend keinen Bedarf für eine Anpassung/Verbesserung oder auch gesetzlichen Änderungsbedarf. Allerdings sollte der Anspruch, dass die im Einzelfall erforderlichen Leistungen zur Teilhabe nahtlos, zügig usw. erfolgen müssen, terminlich konkretisiert werden. Der trägerübergreifende gesundheitliche und wirtschaftliche Nutzen von frühzeitiger Intervention und betriebsbezogener/wohnnortnaher Rehabilitation sollte stärker betont werden.

Für den **VdAK/AEV**, den **BKK Bundesverband** und die **See-Krankenkasse** besteht kein Bedarf für eine Änderung/Anpassung.

Die **Abteilung Krankenversicherung der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See** sieht hingegen einen Bedarf und verweist auf die mitgeteilte Einschätzung zu Frage 2 (siehe Tz. 7.2), wonach der Referentenentwurf zum Präventionsgesetz eine stärkere Zusammenarbeit mit der Arbeitsverwaltung durch deren Ausklammerung konterkariere.

Im Bereich der **Deutschen Rentenversicherung** wird kein Anpassungs-/Verbesserungsbedarf gesehen. Ein Änderungsbedarf werde sich allerdings bei Inkrafttreten eines Präventionsgesetzes ergeben.

Die **Bundesagentur für Arbeit** sowie die **Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung** und die **Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen** verneinen einen Bedarf für eine Änderung/Verbesserung der Gemeinsamen Empfehlung.

7.5 Haben die Rehabilitationsträger Serviceangebote nach § 8 der Gemeinsamen Empfehlung entwickelt, um Arbeitgeber und Arbeitnehmer gezielt anzusprechen und insbesondere die Arbeitgeber über Möglichkeiten der Prävention nach dem SGB IX zu informieren und zur Umsetzung in ihren Betrieben anzuregen?

Nach Mitteilung des **AOK-Bundesverbandes** werden von sieben Mitgliedern Serviceangebote erbracht, dagegen von 5 Mitgliedern nicht. Dabei handele es sich um gezielte AOK-Serviceangebote für Unternehmen im Rahmen der Betrieblichen Gesundheitsförderung und des Betrieblichen Eingliederungsmanagements unter Einbeziehung der Praxishilfe „Betriebliches Eingliederungsmanagement“.

Laut **VdAK/AEV** existieren zahlreiche kassenspezifische Ansätze/Konzepte, die darauf abzielen, Arbeitgeber über die Möglichkeiten der Prävention nach § 84 SGB IX zu informieren und bei der Einführung zu unterstützen. Diese enthielten auch un-

terschiedliche Angebote für spezielle Personen-/Risikogruppen in den Betrieben. Alle Angebote zur Betrieblichen Gesundheitsförderung berücksichtigen grundsätzlich die Zielgruppen des SGB IX.

Die Serviceangebote des **BKK Bundesverbandes** umfassen z.B. Informationsveranstaltungen in den Trägerunternehmen, Werkszeitungen, Mitgliederzeitschriften, Präventionskurse, Kooperation mit den Betrieben, Einsatz von Disability-Managern.

Der **IKK-Bundesverband** berichtet, dass die Innungskrankenkassen im Bereich der Prävention einige zielgruppenspezifische Angebote für ihre Versicherten und Arbeitgeber entwickelt und das betriebliche Gesundheitsmanagement weiter intensiviert hätten. Vereinzelt würden betriebliche Arbeitsplatzanalysen zur Vorbeugung arbeitsbedingter Erkrankungen sowie diverse Gesundheitskurse für Arbeitnehmer angeboten. Arbeitgeber würden von den Innungskrankenkassen bei ihren Aktivitäten zur Umsetzung des betrieblichen Eingliederungsmanagements umfassend unterstützt.

Die Serviceangebote der **Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See, Abteilung Krankenversicherung** beziehen sich nach deren Mitteilung auf den Aufbau von betrieblichen ganzheitlichen Gesundheitsmanagementprojekten, die neben der Eingliederung auch viele andere Aspekte, teils bis in die private Betreuung vorsehen.

Dagegen lassen sich laut **See-Krankenkasse** aufgrund der Besonderheiten des „Arbeitsplatzes Schiff“ und des dezentralisierten Einsatzes der Versicherten keine entsprechenden Serviceangebote umsetzen.

Im Bereich der **Deutschen Rentenversicherung** sind Serviceangebote nur zum Teil entwickelt worden. Zum einen wurden Modellprojekte mit Betrieben, Krankenkassen oder der Metallberufsgenossenschaft genannt. Es gäbe Kooperationsvereinbarungen einzelner Träger mit Firmen zur Information über Präventionsleistungen und zur Einleitung der Maßnahmen. Ferner würden Informationsveranstaltungen für verschiedene Zielgruppen und Beratungen der Arbeitgeber, insbesondere im Rahmen des betrieblichen Eingliederungsmanagements, durchgeführt. Zum an-

deren führten die Träger, die diese Frage verneinen, an, dass für Prävention vorrangig andere Sozialleistungsträger zuständig seien und die Rentenversicherung insbesondere im Rahmen der Rehabilitation Präventionsleistungen erbringe.

Seitens der **Bundesagentur für Arbeit** wurden zielgruppenspezifische Informationsmaterialien nicht entwickelt. Allerdings informiere der Arbeitgeberservice der Agenturen für Arbeit (AA) die Arbeitgeber und die Berater der AA die Arbeitnehmer individuell nach der Bedarfslage über Möglichkeiten der Prävention. Die AA nahmen an regionalen Informationsveranstaltungen der beteiligten Akteure, wie z.B. der Krankenkassen, Behindertenverbände im Rahmen einer Netzwerkarbeit teil. Im Kreis Segeberg sei vom BMAS das Modellprojekt „Gesunde Arbeit“ unter Beteiligung der AA umgesetzt worden.

Die **Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung** teilt mit, dass Serviceangebote nach § 8 der Gemeinsamen Empfehlung entwickelt worden seien, z.B. Beratung in den Betrieben durch technische Aufsichtspersonen, Teilnahme an Aktions- und Gesundheitstagen in den Unternehmen, Serviceangebote im Sinne von Prävention nach dem SGB VII mit regelmäßigen Schulungs- und Aufklärungsangeboten zum Thema Unfallversicherung, Arbeits- und Gesundheitsschutz, Gewaltprävention, Gesundheitsvorsorge sowie Prävention in Form von Beratung nach Wiedereingliederungsverfahren im konkreten Einzelfall, darüber hinaus Information der Arbeitgeber durch besondere Veröffentlichungen und Mitteilungsblätter sowie im Rahmen von Betriebsbesichtigungen. Mit Blick auf das Betriebliche Eingliederungsmanagement im Sinne des § 84 Abs. 2 SGB IX seien Konzepte für die Mitgliedsunternehmen erarbeitet worden und derzeit in der Umsetzung.

Die **Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen** hat laut ihrer Mitteilung ebenfalls Serviceangebote entwickelt, die sich auf den Inhalt der Schulungen von betrieblichen Funktionsträgern, auf die Aufklärung bei Betriebsbesuchen, auf spezielle Beratungen zur Einführung eines BEM sowie des Weiteren auf Workshops und Praxistage beziehen.

8. Erfahrungen der Rehabilitationsträger mit der **Gemeinsamen Empfehlung „Qualitätssicherung“** nach § 20 Abs. 1 SGB IX

Die Gemeinsame Empfehlung „Qualitätssicherung“ nach § 20 Abs. 1 SGB IX ist am 1. Juli 2003 in Kraft getreten.

Die Qualitätssicherungsverfahren der Spitzenverbände der Krankenkassen und der Deutschen Rentenversicherung Bund haben sich zu Routineverfahren entwickelt, die vergleichende Qualitätsanalysen ermöglichen. Dabei hat sich insbesondere die trägerübergreifende Zusammenarbeit zwischen Kranken- und Rentenversicherung bewährt, die zu einer Harmonisierung von Instrumenten der Qualitätssicherung und zur gegenseitigen Anerkennung der Ergebnisse beitragen.

Für die Träger der Unfallversicherung und für die Bundesagentur für Arbeit hat dagegen die Gemeinsame Empfehlung nur eine geringe bis gar keine Bedeutung erlangt. Auch die übrigen Rehabilitationsträger wie Kriegsoperversorgung und –fürsorge, Integrationsämter, örtliche Sozialhilfeträger und öffentliche Jugendhilfe melden Fehlanzeige. Für die Träger der überörtlichen Sozialhilfe ist die Gemeinsame Empfehlung insofern ohne Bedeutung, als für sie vorrangig die Qualitätsvorschriften im Vertragsrecht nach §§ 75 ff. SGB XII gelten.

8.1 Hat die Gemeinsame Empfehlung nach Ihrer Kenntnis in der Praxis Bedeutung erlangt?

In einer gemeinsamen Stellungnahme führen die **Spitzenverbände der Krankenkassen** aus, dass sich die Ausgestaltung des externen Qualitätssicherungsverfahrens der gesetzlichen Krankenkassen (QS-Reha-Verfahren) mit den zentralen Qualitätsdimensionen Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität, an den Grundsätzen der Gemeinsamen Empfehlung „Qualitätssicherung“ nach § 20 SGB IX orientiere. Es seien Methoden und Verfahren entwickelt worden, die eine Durchführung vergleichender Qualitätsanalysen ermöglichten. Dabei würden Merkmale (Prädiktoren) berücksichtigt, die einen systematischen Einfluss auf den Erfolg einer Maßnahme haben, jedoch von den Einrichtungen und Diensten nicht manipuliert werden können.

Auch die kurz vor dem Abschluss stehende Gemeinsame Vereinbarung nach § 137d Abs. und 1a SGB V orientiere sich weiterhin an der Gemeinsamen Empfehlung nach § 20 SGB IX. Damit gälten für alle von den gesetzlichen Krankenkassen (GKV) hauptbelegten stationären Rehabilitationseinrichtungen bundesweit einheitliche Anforderungen an die Dokumentation und die vergleichende Auswertung von Qualitätsdaten.

Die auf Grundlage der Gemeinsamen Empfehlung nach § 20 SGB IX von der GKV und der Deutschen Rentenversicherung Bund verfolgte Harmonisierung von Instrumenten der Qualitätssicherung sowie die gegenseitige Anerkennung der Ergebnisse sorgten ferner dafür, dass die Rehabilitationseinrichtungen nicht mehrfach durch unterschiedliche Maßnahmen der externen Qualitätssicherung belastet werden. Bei Projekten der Neu- und Weiterentwicklung von Qualitätssicherungsverfahren werde das Ziel verfolgt, von Beginn an trägerübergreifende Verfahren und Instrumente, orientiert an den Grundsätzen der Gemeinsamen Empfehlung nach § 20 SGB IX, zu entwickeln. Hierzu würden z.B. trägerübergreifende Projekte eingerichtet.

Seitens der **See-Krankenkasse** wird ergänzt, dass sich die Qualitätssicherung (QS) in der Rehabilitation der GKV bisher auf die Vorschriften der §§ 135 ff. SGB V gegründet habe. Zum inzwischen verpflichtend gewordenen internen QS (QM) lägen noch keine Erkenntnisse vor. Die entsprechenden Regelungen befänden sich in Vorbereitung.

Für den Bereich der **Deutschen Rentenversicherung** hat die Gemeinsame Empfehlung in der Praxis überwiegend Bedeutung erlangt. Sie wirke sich sowohl bei der Umsetzung des Qualitätssicherungsprogramms der Rentenversicherung über die Leistungserbringer als auch bei der Zusammenarbeit mit der Kranken- und Unfallversicherung positiv aus. Die Aktivitäten zur Qualitätssicherung hätten sich zwischen Kranken- und Rentenversicherung angenähert. Man habe sich auf gemeinsame Instrumente zur Erfassung der Strukturdaten verständigt. Durch die Gemeinsame Empfehlung habe die Qualitätssicherung weiter systematisiert und vereinheitlicht werden können.

Die **Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV)** berichtet, dass die Gemeinsame Empfehlung in der Praxis nur zum Teil Bedeutung erlangt habe. Zum Teil sei im Rahmen der Qualitätssicherung ein Reha-Management eingeführt worden, so dass alle erforderlichen Leistungen an die Versicherten zeitnah erbracht werden können. Es wird auch erneut darauf hingewiesen, dass durch die geringe und breit gestreute Fallzahl in der GUV die Lenkung und Auswertung eines eigenen umfassenden Qualitätssicherungsverfahrens mit Schwierigkeiten verbunden sei. Allerdings habe eine Reihe von Berufsgenossenschaften Maßnahmen zur externen Qualitätssicherung und zum internen Qualitätsmanagement implementiert.

Die **Bundesagentur für Arbeit** bestätigt, dass die Gemeinsame Empfehlung in der Praxis Bedeutung erlangt hat. Die bereits vor der Gemeinsamen Empfehlung entwickelten „Grundsätze zur Qualitätssicherung in der beruflichen Rehabilitation“, zu denen sich die BBW und BFW nach den jeweiligen Rahmenverträgen verpflichtet haben, erhielten durch die Gemeinsame Empfehlung „Qualitätssicherung“ ein stärkeres Gewicht. In Einzelfällen werde bei Anforderungen für Qualitätsnachweise Bezug auf diese Empfehlung genommen. Im Rahmen der Zusammenarbeit mit den WfbM sei durch die „Gemeinsame Arbeitshilfe für die Arbeit des Fachausschusses in Werkstätten für behinderte Menschen“, in die Inhalte der Gemeinsamen Empfehlung „Qualitätssicherung“ eingeflossen seien, eine kontinuierliche Beobachtung der fachlichen Konzepte und Strukturen der Einrichtungen gewährleistet.

Die **Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe** berichtet wie im letzten Jahr, dass die Gemeinsame Empfehlung keine unmittelbare Anwendung findet, da sie durch die Vorschriften des SGB XII, nämlich die Verpflichtung zur Erstellung eines Gesamtplans bzw. durch die Qualitätsvorschriften im Vertragsrecht nach §§ 75 ff. SGB XII, überlagert werde. Von daher gibt die BAGüS zu der Gemeinsamen Empfehlung keine Stellungnahme ab.

Für die **Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen** hat die Gemeinsame Empfehlung zu 80 % keine Bedeutung erlangt. Ergänzt wird, dass es unterschiedliche Betrachtungsweisen bezüglich der Förderziele von Integrationsamt und einzelnen Rehabilitationsträgern gäbe. Daraus folgten zumindest unterschiedliche Anforderungen an den Inhalt, teilweise auch an die Quali-

tät der Gutachten. Gutachten des Technischen Beratungsdienstes würden nur teilweise von Rehabilitationsträgern anerkannt bzw. befolgt.

Die Bundesländer, die geantwortet haben, weisen übereinstimmend darauf hin, dass für sie als **Träger der Kriegsopferversorgung und –fürsorge** die Gemeinsame Empfehlung in der Praxis keine Bedeutung erlangt hat. Für den Arbeitsbereich der Kriegsopferversorgung sei kennzeichnend, dass hier schon vom gesetzlichen Auftrag her Leistungen „aus einer Hand“ erbracht würden, um den Betroffenen entsprechend der besonderen Umstände des Einzelfalles zu betreuen. Hinsichtlich der Strukturqualität werde auf die räumliche, sächliche und die personelle Ausstattung sowie die Qualifikation, Aus-, Fort- und Weiterbildung der Mitarbeiter großen Wert gelegt. Diese Kriterien würden im Rahmen der jährlichen Sachstands- und Prognoseanalyse des Gesamtbereiches, und hier insbesondere im Bereich der Nebengesetze, einer kritischen Prüfung unterzogen.

Nach Kenntnisstand des **Deutschen Städtetages** sind keine Erfahrungen mit Gemeinsamen Empfehlungen aus den Mitgliedstädten vorhanden, so dass auch keine Berichte darüber erstattet werden können.

8.2 Hat die Gemeinsame Empfehlung zur Verbesserung im Verfahren der Zusammenarbeit geführt?

Die **Spitzenverbände der Krankenkassen** teilen gemeinsam mit, dass vor dem Hintergrund der in der Gemeinsamen Empfehlung nach § 20 SGB IX formulierten Grundsätze und Ziele regelmäßig gemeinsame Gespräche über die Zusammenarbeit in der Qualitätssicherung in der medizinischen Rehabilitation unter Beteiligung der Deutschen Rentenversicherung, der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung und der Spitzenverbände der Krankenkassen stattfinden. Diese gemeinsamen Gespräche dienen zum einen einer gegenseitigen Information über den Stand der Qualitätssicherungsaktivitäten, zum anderen könnten für geplante Neu- oder Weiterentwicklungen der Verfahren bereits im Vorfeld Harmonisierungsmöglichkeiten geprüft werden. Die Gemeinsame Empfehlung bilde somit eine zentrale Grundlage

bei der Umsetzung und Abstimmung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zwischen den vorgenannten Gesprächspartnern.

Für das Gebiet der **Deutschen Rentenversicherung** hat die Gemeinsame Empfehlung zur Verbesserung im Verfahren der Zusammenarbeit geführt. Es fanden gemeinsame Treffen zwischen Renten- und Krankenversicherung zum Stand der Umsetzung der Qualitätssicherung und ihrer Weiterentwicklung statt. Die Transparenz des Verfahrens habe sich durch die Deanonymisierung verbessert. Auch über projektgebundene Kooperationen würden die Ziele der Gemeinsamen Empfehlung umgesetzt.

Die **Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung** gibt an, dass die Gemeinsame Empfehlung nur zum Teil zur Verbesserung im Verfahren der Zusammenarbeit geführt habe.

Für die **Bundesagentur für Arbeit** hat die Gemeinsame Empfehlung zur Verbesserung im Verfahren der Zusammenarbeit geführt.

Nach Einschätzung der **Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen** hat die Gemeinsame Empfehlung nur zu 30 % zur Verbesserung im Verfahren der Zusammenarbeit beigetragen.

Von den Bundesländern als **Träger der Kriegsopferversorgung und –fürsorge** wird die Frage generell verneint.

8.3 Hat es Probleme bei der Umsetzung/Anwendung der Gemeinsamen Empfehlung gegeben?

Den **Spitzenverbänden der Krankenkassen** sind keine Probleme bei der Umsetzung oder Anwendung der Gemeinsamen Empfehlung bekannt.

Auch für die **Deutsche Rentenversicherung** und für die **Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung** hat es keine Probleme bei der Umsetzung/Anwendung der Gemeinsamen Empfehlung gegeben.

Probleme bei der Umsetzung der Gemeinsamen Empfehlungen werden von der **Bundesagentur für Arbeit** benannt. Danach existiere keine standardisierte Abfrage und Auswertung der Ergebnisse, die eine systematische Qualitätssicherung nach vergleichbaren Kriterien ermögliche und die alle Einrichtungen umfasse. Die Ergebnisse seien daher individuell und von der jeweiligen Kooperation und dem Engagement in der Region abhängig.

Für die **Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen** und die Bundesländer als **Träger der Kriegsopferversorgung und –fürsorge** ergeben sich keine Probleme bei der Umsetzung/Anwendung der Gemeinsamen Empfehlung.

8.4 Besteht aus Ihrer Sicht Bedarf für eine Anpassung/Verbesserung der Gemeinsamen Empfehlung oder auch gesetzlicher Änderungsbedarf?

Sowohl aus Sicht der **Spitzenverbände der Krankenkassen** als auch aus Sicht der **Deutschen Rentenversicherung** besteht weder Anpassungs- oder Verbesserungsbedarf der Gemeinsamen Empfehlung noch Bedarf für gesetzliche Änderungen. Gleiches gilt auch für die **Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung** sowie die **Bundesagentur für Arbeit**.

8.5 Konnten die Qualitätssicherungsmaßnahmen der Rehabilitationsträger – unter Berücksichtigung der jeweiligen trägerspezifischen Gegebenheiten – weiter vereinheitlicht werden?

Die **Spitzenverbände der Krankenkassen** teilen mit, dass mit dem Ziel einer Harmonisierung der QS-Verfahren von der Deutschen Rentenversicherung und den Spitzenverbänden der Krankenkassen zwei Neuentwicklungsprojekte gemeinschaft-

lich durchgeführt worden seien. Zum einen sei ein Qualitätssicherungsverfahren für die ambulante Rehabilitation von muskuloskeletalen und kardiologischen Erkrankungen entwickelt worden, zum anderen Kriterien der Strukturqualität für die Kinder-Jugend-Rehabilitation. In Planung befände sich ein gemeinsames Neuprojekt zur Erarbeitung von Instrumenten zur Messung der Ergebnisqualität für die Kinder- und Jugendlichenrehabilitation.

Von Seiten der **Deutschen Rentenversicherung** wird die Frage mit „überwiegend ja“ beantwortet. Inzwischen benutzten Renten- und Krankenversicherung zum Teil identische oder ähnliche Instrumente (z.B. bei der Erfassung der Strukturdaten). Die Überarbeitung der Checkliste und des Manuals der qualitätsrelevanten Prozessmerkmale für das Peer-Review-Verfahren sei in enger Zusammenarbeit von Renten- und Krankenversicherung erfolgt, so dass gleiche Bewertungsmaßstäbe bei den Rehabilitationsträgern sichergestellt worden seien. In wichtigen Bereichen seien Neuentwicklungen von vornherein gemeinsam vorbereitet worden. Nach der Etablierung der Qualitätssicherung in der stationären medizinischen Rehabilitation von Erwachsenen seien gemeinsame Projekte zur Qualitätssicherung in der ambulanten medizinischen Rehabilitation und der Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen abgeschlossen worden. 2007 sei außerdem ein gemeinsames Projekt der Renten- und Krankenversicherung zur Entwicklung von Qualitätssicherungsinstrumenten im Bereich der Ergebnisqualität der stationären medizinischen Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen ausgeschrieben worden.

Schließlich seien die Arbeiten am Qualitätssicherungsverfahren für den Bereich der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben weiter vorangeschritten (Berliner Fragebogen). Die Bundesagentur für Arbeit und die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung planten ebenfalls den Berliner Fragebogen einzusetzen.

Die **Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung** sieht noch teilweise Potenzial, die Vorgaben der Gemeinsamen Empfehlung auf der Ebene der Rehabilitationsträger weiter zu operationalisieren. Die Qualitätssicherungsmaßnahmen der Rehabilitationsträger hätten teilweise weiter vereinheitlicht werden können.

Nach Auskunft der **Bundesagentur für Arbeit** konnten die Qualitätssicherungsmaßnahmen weiter vereinheitlicht werden. In regelmäßigen Abständen fänden Gespräche zwischen den Leistungserbringern statt, um die Qualität der Leistungsdurchführung zu verbessern. Ergebnisse würden auf allen Ebenen ausgewertet.

Für die **Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen** konnten die Qualitätssicherungsmaßnahmen der Rehabilitationsträger nur zu 20 % weiter vereinheitlicht werden. Die im Koordinierungsausschuss angesprochenen Probleme würden nur unzureichend umgesetzt. Oft stünden Dienstanweisungen der Rehabilitationsträger den Bemühungen des jeweiligen Integrationsamtes entgegen.

9. Erfahrungen der Rehabilitationsträger mit der **Gemeinsamen Empfehlung „Integrationsfachdienste“** nach § 113 Abs. 2 SGB IX

Die Gemeinsame Empfehlung „Integrationsfachdienste“ (IFD) soll die Zusammenarbeit der IFD mit den Rehabilitationsträgern sowie die Finanzierung der Kosten, die den Integrationsfachdiensten (IFD) bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben entstehen, regeln. Die Gemeinsame Empfehlung ist am 1. April 2005 in Kraft getreten.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass die Gemeinsame Empfehlung bei den Rehabilitationsträgern, die für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben zuständig sind, Bedeutung in der Praxis erlangt und zum Teil zur Verbesserung im Verfahren der Zusammenarbeit geführt hat. Die Träger der medizinischen Rehabilitation, insbesondere die gesetzlichen Krankenkassen, haben hierzu mitgeteilt, dass sie nicht Vereinbarungspartner der Gemeinsamen Empfehlung sind und daher keine Rückmeldungen erfolgen. Lediglich der AOK-Bundesverband berichtet über eine begrenzte praktische Bedeutung der Gemeinsamen Empfehlung. Eine direkte Zusammenarbeit mit Integrationsämtern erfolgte in Einzelfällen, insbesondere bei arbeitsunfähigen Arbeitnehmern.

9.1 Hat die Gemeinsame Empfehlung nach Ihrer Kenntnis in der Praxis Bedeutung erlangt?

Seitens der **Deutschen Rentenversicherung** wird bestätigt, dass die Gemeinsame Empfehlung zum festen Bestandteil in der Zusammenarbeit mit den IFD geworden sei und als Leitfaden für eine effektive und einheitliche Nutzung der IFD fungiere.

Die **Bundesagentur für Arbeit** bestätigt wie im Vorjahr, dass die Gemeinsame Empfehlung in der Praxis überwiegend Bedeutung erlangt habe. Die Gemeinsame Empfehlung biete in Fragen der Zusammenarbeit mit anderen Trägern und Partnern Klarstellungen, z.B. bezogen auf die Regelung der Vergütungssätze für Rehabilitanden.

Die **Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung** stellt zur praktischen Bedeutung der Gemeinsamen Empfehlung fest, dass diese in der Praxis zum Teil Bedeutung erlangt habe.

Der **Deutsche Städtetag** und der **Deutsche Landkreistag** haben jeweils keinen Bericht über die Gemeinsame Empfehlung abgegeben, da weder Städte noch Landkreise den Empfehlungen beigetreten sind. Der praktische Nutzen für die Landkreise sei gering.

Die **Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe** führt aus, dass die Integrationsfachdienste für sie insoweit von Bedeutung seien, als sie eine wichtige Beratungs- und Hilfefunktion bei der Feststellung der Notwendigkeit der Erbringung von Leistungen zur beruflichen Teilhabe in Werkstätten für behinderte Menschen sowie beim Übergang aus Werkstätten in den allgemeinen Arbeitsmarkt wahrnehmen würden. Gleichwohl sei die Finanzierung der Integrationsfachdienste nicht ausreichend gesichert, und insbesondere die Agenturen für Arbeit würden dieses wichtige Instrument zu wenig nutzen. Insgesamt habe die Gemeinsame Empfehlung aufgrund dessen in der Praxis keine allzu große Bedeutung erlangen können.

Die **Bundesgemeinschaft der Landesjugendämter** berichtet, dass die Gemeinsame Empfehlung in der Praxis für sie keine Bedeutung erlangt habe.

Die **Bundesländer als Träger der Kriegsopferversorgung und -fürsorge** verneinen überwiegend eine praktische Bedeutung der Gemeinsamen Empfehlung in ihrem Bereich. Das Landesamt für Gesundheit und Soziales Berlin berichtet, dass die IFD im Bereich der Kriegsopferfürsorge als Rehabilitationsträger verstärkt genutzt würden, um Versorgungsberechtigte wieder beruflich einzugliedern.

Die **Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen** sieht eine Bedeutung der Gemeinsamen Empfehlung für die Praxis. Jedoch wird nach wie vor eine unbefriedigende Inanspruchnahme seitens der Träger der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben bemängelt.

9.2 Hat die Gemeinsame Empfehlung zur Verbesserung im Verfahren der Zusammenarbeit geführt?

Aus dem Bereich der **Deutschen Rentenversicherung** wird berichtet, dass die Gemeinsame Empfehlung die Zusammenarbeit überwiegend verbessert habe. Die Transparenz und Einheitlichkeit in der Honorierung der Dienstleistung, die durch die Gemeinsame Empfehlung erreicht worden sei, machten regionalspezifische Einzelabsprachen überflüssig und würden so zu einer Entlastung der Verwaltung beitragen. Die klaren Vorgaben zur Leistungsvergütung geben den Leistungsanbietern, den strukturverantwortlichen Integrationsämtern und den Rehabilitationsträgern eine gewisse Planungssicherheit und Verlässlichkeit. Durch regionale Koordinierungskreise nach § 6 der Gemeinsamen Empfehlung werde die erfolgreiche Zusammenarbeit unterstützt und der Informationsaustausch wesentlich verbessert.

Die **Bundesagentur für Arbeit** teilt mit, dass die Gemeinsame Empfehlung zum Teil zur Verbesserung im Verfahren der Zusammenarbeit geführt habe.

Die **Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung** merkt an, dass insbesondere bei der Arbeitsplatzgestaltung und der Erhaltung des Arbeitsplatzes positive Erfahrungen gemacht worden seien. Die Arbeitsplatzvermittlung sei nicht so sehr erfolgreich gewesen, was daran läge, dass die Integrationsfachdienste überwiegend bei schweren Fallgestaltungen eingeschaltet würden. Zum Teil werde aber betont, dass die Gemeinsame Empfehlung zu einer Rechtssicherheit bezüglich der finanziellen Aufwendungen geführt habe. Auch werde zum Teil die Zusammenarbeit mit dem Integrationsamt als positiv bewertet. Die Gemeinsame Empfehlung habe darüber hinaus zu einer Verbesserung der (engen) Zusammenarbeit mit den Berufsbildungswerken geführt.

Seitens der **Bundesländer als Träger der Kriegsopferversorgung und -fürsorge** wird die Frage größtenteils verneint.

Die **Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen** beantwortet diese dahingehend, dass die Gemeinsame Empfehlung überwiegend zu einer Verbesserung im Verfahren der Zusammenarbeit geführt habe.

9.3 Hat es Probleme bei der Umsetzung/Anwendung der Gemeinsamen Empfehlung gegeben?

Soweit die angesprochenen Länder und Träger mit der Gemeinsamen Empfehlung arbeiten, wird berichtet, dass es keine Probleme bei der Umsetzung bzw. Anwendung der Empfehlung gegeben habe.

Die **Bundesagentur für Arbeit** berichtet, dass vereinzelt Abstimmungsgespräche in Verfahrensfragen erforderlich gewesen seien zur Klärung der Frage, ob der IFD eingeschaltet worden ist, weil es sich um einen schwerbehinderten Menschen handelte oder dieser als Rehabilitand gefördert wurde.

Die **Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen** meldet, dass es bei der Umsetzung bzw. Anwendung Probleme gegeben habe, weil es innerhalb der Integrationsämter immer noch Informationsdefizite gäbe. Die Beauftragung sei nach wie vor unterschiedlich und abhängig von der Einstellung der Mitarbeiter der Rehabilitationsträger. Meist erfolgen Beauftragungen nur im Vermittlungsbereich. Die Integrationsämter in Hamburg und Bremen berichten, dass nach wie vor die Beauftragung durch Rehabilitationsträger im Vermittlungsbereich gering sei und im Begleitungsbereich fast überhaupt nicht existiere bzw. die Mitfinanzierung insbesondere durch die Bundesagentur für Arbeit unzureichend sei.

9.4 Besteht aus Ihrer Sicht Bedarf für eine Anpassung/Verbesserung für die Gemeinsame Empfehlung oder auch gesetzlicher Änderungsbedarf?

Mit Ausnahme der Integrationsämter Bremen und Hamburg wurde von allen Integrationsämtern, die mit der Gemeinsamen Empfehlung arbeiten, kein Bedarf für eine Anpassung bzw. Verbesserung der Gemeinsamen Empfehlung oder ein gesetzlicher Änderungsbedarf angemeldet. Die Integrationsämter Bremen und Hamburg halten eine Verpflichtung für wünschenswert, dass die Rehabilitationsträger mehr Integrationsfachdienste beauftragen und mitfinanzieren bzw. IFD als erster Ansprechpartner auch für die Rehabilitationsträger zu stärken seien.

Von der **Bundesagentur für Arbeit** wird ein Änderungs- bzw. Anpassungsbedarf in Bezug auf Regelungen zur Einschaltung der IFD an der Schnittstelle „Schule/Beruf“ gewünscht.

Die **Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen** teilt mit, dass die Nutzung der IFD auf Basis der Gemeinsamen Empfehlung zahlenmäßig ungenügend sei und es Steuerungs- und Handlungsbedarf gäbe, damit die Intentionen des SGB IX auch umgesetzt würden. Alle Rehabilitations- und Vermittlungsträger müssten verpflichtet werden, die IFD mit den Regelungen der Gemeinsamen Empfehlung zu beauftragen.

9.5 Wie viel Teilnehmer werden aus ihrem Trägerbereich den Integrationsfachdiensten zugewiesen? Gibt es Vereinbarungen über Zuweisungskriterien?

Der **AOK-Bundesverband** berichtet, dass einzelne seiner Kassen Vereinbarungen mit Integrationsämtern zur Koordinierung von Leistungen im Sinne des SGB IX bei schwerbehinderten, langzeiterkrankten Arbeitnehmern getroffen haben. In einem Modellprojekt einer Regionaldirektion habe die überwiegende Anzahl der schwerbehinderten Arbeitnehmer in den Arbeitsprozess zurückgeführt werden können.

Aus dem Bereich der **Deutschen Rentenversicherung** wird mitgeteilt, dass im Berichtszeitraum ca. 2.000 Rehabilitanden den Integrationsfachdiensten zugewiesen worden seien. Eine Vereinbarung über Zuweisungskriterien werde von ihr für wenig zielführend gehalten, da im Einzelfall unter Berücksichtigung sämtlicher relevanter Umstände entschieden würde, inwieweit der IFD genutzt werden kann. Die Zuweisungskriterien ergäben sich überwiegend aus internen Verfahrensregelungen, die in Modellen modifiziert würden.

Die **Bundesagentur für Arbeit** vermeldet, dass überwiegend Einzelfallzuweisungen erfolgten und auch Vereinbarungen über Zuweisungskriterien von einzelnen Agenturen vereinbart würden.

Der **Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung** berichtet, dass die genaue Gesamtzahl der Zuweisungen an die Integrationsfachdienste nicht habe ermittelt werden können. Die von den Bezirksverwaltungen der Berufsgenossenschaften mitgeteilten Fallzahlen schwankten in der Regel zwischen 5 und 20 pro Jahr. Die Zahl werde vor allem damit erklärt, dass zunächst die Berufshelfer der Berufsgenossenschaften eingeschaltet und die Integrationsfachdienste nur dann in Anspruch genommen würden, wenn dies angesichts der Schwere der Fälle für erforderlich und aussichtsreich erscheine. Vereinbarungen über Zuweisungskriterien halte man aufgrund individueller Einzelfallentscheidung für nicht notwendig. Der Berufshelfer würde selbst entscheiden, in welchen Fällen er den Integrationsfachdienst in Anspruch nehmen wolle. Hiervon werde aber in zunehmendem Maße Gebrauch gemacht. Allerdings sei von den Berufshelfern zum Teil vorgebracht worden, dass die Integrationsfachdienste nicht über ausreichende Ressourcen und Kapazitäten verfügen würden, um eine erfolgreiche Arbeitsvermittlung bei schwereren Fallgestaltungen ermöglichen zu können. Bei den Trägern der öffentlichen Hand habe zum Teil kein Bedarf an Zuweisung von Teilnehmern an die Integrationsfachdienste bestanden.

Für die **Träger der Kriegsopferversorgung und -fürsorge** berichtet das Landesamt für Gesundheit und Soziales Berlin über jährlich 5 Fälle. Über den jeweiligen Versorgungsberechtigten würden Einzelvereinbarungen geschlossen. Das Niedersächsische Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit teilt mit, dass ca. 4 Fälle zu den IFD überwiesen worden seien. Ein Bedarf für Vereinbarungen über Zuweisungskriterien sei bisher nicht erkennbar gewesen. Das Landesversorgungsamt Niedersachsen führt an, dass die Gemeinsame Empfehlung in erster Linie schwerbehinderte Menschen betreffe und aufgrund dessen und auch wegen der Kostenintransparenz und dem bürokratischen Verfahren nicht angewendet worden sei.

Der **Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen** merkt an, dass es aus dem Bereich der Kriegsopferversorgung 285 Zuweisungen gegeben habe. Das Integrationsamt Bremen teilt mit, dass ihm 248 Teilnehmer in der Zeit bis zum 15.10.2007 zugewiesen worden seien.

10. Erfahrungen der Rehabilitationsträger mit der **Gemeinsamen Empfehlung „Förderung der Selbsthilfe“** nach § 13 Abs. 2 Nr. 6 SGB IX

Die Gemeinsame Empfehlung zur Förderung der Selbsthilfe nach § 13 Abs. 2 Nr. 6 SGB IX ist am 1. Juli 2004 in Kraft getreten.

Vertragspartner sind die Träger der gesetzlichen Kranken-, Unfall- und Rentenversicherung. Zusammenfassend ist daher zunächst festzustellen, dass sich die Bundesländer als *Träger der Kriegsopferversorgung und –fürsorge*, die *Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen* und die *Träger der Sozial- und Jugendhilfe* unter Hinweis darauf, dass sie nicht Vereinbarungspartner sind, zu Erfahrungen mit der Gemeinsamen Empfehlung nicht geäußert haben.

10.1 Hat die Gemeinsame Empfehlung nach Ihrer Kenntnis in der Praxis Bedeutung erlangt?

Der *AOK-Bundesverband* sieht nur eine eingeschränkte Bedeutung. Insbesondere seien wegen der fehlenden Verbindlichkeit einer finanziellen Beteiligung anderer Rehabilitationsträger die Umsetzungsmöglichkeiten begrenzt.

Der *BKK Bundesverband* bejaht die Frage nach der praktischen Bedeutung.

Der *VdAK/AEV* berichtet, dass die Gemeinsame Empfehlung „Selbsthilfeförderung“ nur zum Teil Bedeutung in der Praxis erlangt hat und dies insbesondere zu Beginn ihrer Verabschiedung. Inzwischen flache diese Bedeutung jedoch ab, weil nur für die gesetzliche Krankenversicherung eine rechtsverbindliche Förderverpflichtung gem. § 20 Abs.4 SGB V existiere und für die übrigen Rehabilitationsträger die Selbsthilfeförderung lediglich eine freiwillige Leistung sei. Der VdAK/AEV stellt in diesem Zusammenhang auch fest, dass sich die „öffentliche Hand“ aus der Förderung zurückziehe, ohne dass dies durch ein verstärktes Engagement anderer Träger kompensiert werde. Die gesetzliche Krankenversicherung werde ihr finanzielles

Engagement 2008 maßgeblich ausbauen und fordere auch die übrigen Rehabilitationsträger auf, ihre Förderung entsprechend anzupassen.

Für die **See-Krankenkasse** hat die Gemeinsame Empfehlung keine Bedeutung erlangt.

Die **Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See** teilt mit, dass die Gemeinsame Empfehlung zum Teil Bedeutung erlangt habe. Die Länder hätten sich teilweise aus der Förderung zurückgezogen. Durch die Einführung der kassenartenübergreifenden Gemeinschaftsförderung zum 1.1.2008 habe sich der Gesprächsbedarf und der damit einhergehende Austausch zwischen den Akteuren auch schon im Jahr 2007 intensiviert, was sicherlich förderlich für die Praxis sei.

Die **Spitzenverbände der landwirtschaftlichen Sozialversicherung** sehen nur teilweise eine Bedeutung der Gemeinsamen Empfehlung für die Praxis.

Aus dem Bereich der **Deutschen Rentenversicherung** wird eine Bedeutung der Gemeinsamen Empfehlung zum Teil gesehen. Die Gemeinsame Empfehlung „Selbsthilfeförderung“ erleichtere die Abgrenzung der Zuständigkeit für Förderanträge und biete mehr Rechtssicherheit. Es wird jedoch auch angemerkt, dass es bereits vorher umfangreiche finanzielle Unterstützung gegeben und sich das Verfahren durch die Gemeinsame Empfehlung nicht geändert habe. Die Deutsche Rentenversicherung sieht keine Rechtsgrundlage für eine gemeinsame Förderung.

Die **Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung** berichtet, dass die Gemeinsame Empfehlung „Selbsthilfeförderung“ für sie keine Bedeutung in der Praxis habe. In diesem Zusammenhang wird darauf verwiesen, dass das SGB VII keine expliziten Hinweise zur Förderung der Selbsthilfe enthalte.

Die **Bundesagentur für Arbeit** weist darauf hin, dass sie nicht Vereinbarungspartner der Gemeinsamen Empfehlung „Selbsthilfeförderung“ sei und auch keine gesetzliche Leistungsverpflichtung bestehe. Die Rehabilitanden und schwerbehinderten Menschen würden in Beratungen durch die Agenturen für Arbeit auf Selbsthilfegruppen verwiesen.

Der **Deutsche Landkreistag** beurteilt den praktischen Nutzen der Gemeinsamen Empfehlung als sehr gering, und der **Deutsche Städtetag** verweist auf fehlende Erfahrungen mit der Gemeinsamen Empfehlung.

10.2 Hat die Gemeinsame Empfehlung zur Verbesserung im Verfahren der Zusammenarbeit geführt?

Der **AOK-Bundesverband** verneint überwiegend diese Frage. Allerdings habe sich durch die Gemeinsame Empfehlung vor allem die Zusammenarbeit unter den Krankenkassen verbessert. Auch fänden mit den Verbänden der Sozialhilfe sowohl auf Bundes- als auch auf Landes- und regionaler Ebene Treffen statt.

Der **IKK-Bundesverband** stellt zum Teil eine Verbesserung der Zusammenarbeit im Bereich der Selbsthilfeförderung fest. Intensiviert worden seien dabei in erster Linie die Selbsthilfeaktivitäten innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung, z.B. durch die Implementierung weiterer Arbeitsgemeinschaften und Arbeitskreise.

Der **VdAK/AEV** verneint die Frage.

Die **See-Krankenkasse** dagegen sieht eine Verbesserung im Verfahren der Zusammenarbeit.

Die **Abteilung Krankenversicherung der Knappschaft-Bahn-See** bejaht eine teilweise Verbesserung in dem Verfahren der Zusammenarbeit.

Die **Spitzenverbände der landwirtschaftlichen Sozialversicherung** berichten von einer teilweisen Verbesserung im Verfahren der Zusammenarbeit.

Nach der überwiegenden Meinung der Träger der **Deutschen Rentenversicherung** hat die Gemeinsame Empfehlung die Zusammenarbeit mit den regionalen Selbsthilfegruppen nicht verbessert.

Die **Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung** teilt mit, dass es überwiegend zu keiner Verbesserung im Verfahren der Zusammenarbeit gekommen sei.

10.3 Hat es Probleme bei der Umsetzung/Anwendung der Gemeinsamen Empfehlung gegeben?

Der **BKK Bundesverband**, der **VdAK/AEV**, die **See-Krankenkasse**, die **Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See, Abteilung Krankenversicherung** und die **Deutsche Rentenversicherung** sehen keine Probleme bei der Umsetzung/Anwendung der Gemeinsamen Empfehlung.

Der **AOK-Bundesverband** berichtet, dass regionale Versuche, z.B. die Rentenversicherungsträger einzubinden, wenig erfolgreich seien. Die privaten Krankenkassen seien überhaupt nicht zur Zusammenarbeit zu bewegen.

Der **IKK-Bundesverband** teilt mit, dass nach wie vor eine starke Zurückhaltung anderer Rehabilitationsträger festzustellen sei. Insbesondere fehle es an verbindlichen Regelungen, die auch die anderen Rehabilitationsträger verpflichten würden, sich finanziell an der Selbsthilfeförderung zu beteiligen. Außerdem wird darauf hingewiesen, dass trotz einer Intensivierung der Pressearbeit das Thema in der Öffentlichkeit nicht das gewünschte Interesse fände.

10.4 Besteht aus Ihrer Sicht Bedarf für eine Anpassung/Verbesserung der Gemeinsamen Empfehlung oder auch gesetzlicher Änderungsbedarf?

Bedarf für eine Anpassung der Gemeinsamen Empfehlung wird überwiegend nicht gesehen.

Aus Sicht des **AOK-Bundesverbandes** besteht jedoch Bedarf zur Schaffung einer vergleichbaren gesetzlichen Grundlage in den jeweils einschlägigen Sozialgesetzbüchern für alle Träger.

Der **IKK-Bundesverband** teilt mit, dass nach Auffassung der Innungskrankenkassen die Auswirkungen des zum 1.1.2008 in Kraft tretenden § 20c SGBV (Förderung der Selbsthilfe) eine Anpassung der Gemeinsamen Empfehlung erforderlich mache.

Nach Meinung der **Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See, Abteilung Krankenversicherung** sollten nach wie vor nicht nur die gesetzlichen Krankenkassen gesetzlich verpflichtet sein.

10.5 Wie ist der Stand der Umsetzung bei der Einrichtung von Arbeitskreisen der Rehabilitationsträger und welche Impulse haben sich daraus für die Weiterführung der inhaltlichen Auseinandersetzung ergeben?

Nach Auskunft des **VdAK/AEV** existieren Arbeitskreise auf unterschiedlichen Förderebenen, allerdings nur zwischen den Krankenkassen. Im Arbeitskreis der Spitzenverbände der Krankenkassen „Gesundheitsförderung durch die Gesetzliche Krankenversicherung“ seien die Vertretungen der Spitzenorganisationen der Selbsthilfe beteiligt. In diesem Arbeitskreis würden regelmäßig umsetzungsrelevante Themen gemeinsam beraten. Impulse für die Weiterführung der inhaltlichen Auseinandersetzung hätten sich dadurch ergeben, dass das Förderverfahren auf Seiten der Krankenkassen fortentwickelt worden sei und dies unter anderem auch zu einer Vereinfachung für die Antragsteller, die Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen geführt habe.

Der **AOK-Bundesverband** berichtet, dass überwiegend keine Arbeitskreise eingerichtet worden seien. Jedoch bestünden vereinzelt Arbeitskreise auf Landesebene zwischen den Krankenkassen und darüber hinaus mit Verbänden und Organisationen, Kontakt- und Informationsstellen der Selbsthilfe. In einigen Ländern würden sich auch andere Rehabilitationsträger beteiligen. Impulse für die Weiterführung der inhaltlichen Auseinandersetzung würden in der Verbesserung des gegenseitigen Verständnisses und der Weiterentwicklung des Förderverfahrens gesehen.

Der **BKK Bundesverband** teilt mit, dass regionale Arbeitskreise zwischen den Krankenkassen eingerichtet worden seien.

Nach Aussage der **Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See, Abteilung Krankenversicherung**, werden sich durch die Einführung der kassenartenübergreifenden Gemeinschaftsförderung zum 1.1.2008 neue Kreise auf allen Ebenen etablieren, die zu mehr Austausch und Transparenz im Fördergeschehen beitragen können.

Aus dem Bereich der **Deutschen Rentenversicherung** wird berichtet, dass auf Bundesebene ein Arbeitskreis von Krankenversicherung, Rentenversicherung und Unfallversicherung installiert worden sei. Auf Regionalebene seien die Gespräche zur Selbsthilfeförderung mit den Krankenkassen und Selbsthilfegruppen aktiviert worden. Bei Treffen der Teammitglieder der Gemeinsamen Servicestellen oder im Rahmen von Landesgesundheitskonferenzen würde über die Förderung der Selbsthilfe informiert.

Die **Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung** bestätigt die Einrichtung eines Arbeitskreises durch die Träger der gesetzlichen Kranken-, Unfall- und Rentenversicherung auf Bundesebene.

11. Erfahrungen der Rehabilitationsträger mit der **Gemeinsamen Empfehlung „Sozialdienste“** nach § 13 Abs. 2 Nr. 10 SGB IX

Am 1. März 2006 ist die Gemeinsame Empfehlung nach §13 Abs. 2 Nr. 10 SGB IX über die Zusammenarbeit mit Sozialdiensten und vergleichbaren Stellen (Gemeinsame Empfehlung „Sozialdienste“ vom 08. November 2005) in Kraft getreten.

Erstmals in diesem Jahr werden die Erfahrungsberichte der Leistungsträger zur Gemeinsamen Empfehlung „Sozialdienste“ ausgewertet. Ein Teil der Rückmeldungen zeigt, dass diese Gemeinsame Empfehlung in der Praxis an Bedeutung gewinnt und zu einer verbesserten Zusammenarbeit mit den Sozialdiensten geführt habe.

11.1 Hat die Gemeinsame Empfehlung nach Ihrer Kenntnis in der Praxis Bedeutung erlangt?

Der **VdAK/AEV** und der **BKK-Bundesverband** teilen mit, dass die Gemeinsame Empfehlung in der Praxis zum Teil Bedeutung erlangt hat. Laut BKK Bundesverband sei die Umsetzung angelaufen, und es komme zu einer verbesserten Zusammenarbeit mit Sozialdiensten in Krankenhäusern, aber auch mit Rehabilitationseinrichtungen.

Laut Einschätzung der **See-Krankenkasse**, des **IKK-Bundesverbandes**, der **Abteilung Krankenversicherung der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See** und des **AOK-Bundesverbandes** hat die Gemeinsame Empfehlung in der Praxis keine Bedeutung erlangt. Sozialdienste sind bei den AOKn bereits seit längerem im Einsatz, deshalb gäbe es nur eine begrenzte Auswirkung der Gemeinsamen Empfehlung.

Die **Spitzenverbände der landwirtschaftlichen Sozialversicherung** teilen mit, dass bei der Erstellung von Teilhabeplänen auf Wunsch der Versicherten die beteiligten Sozialdienste eingebunden werden.

Im Bereich der **Deutschen Rentenversicherung** hat die Gemeinsame Empfehlung „Sozialdienste“ in der Praxis überwiegend Bedeutung erlangt. Es sei hierzu ein Modellprojekt im Rahmen der Rehabilitation von suchtkranken Menschen entwickelt worden. Außerdem sei die Zusammenarbeit mit den Sozialdiensten im Rahmen der Anschlussheilbehandlung verbessert worden.

Die **Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung** teilt mit, dass die Gemeinsame Empfehlung nur zu einem geringen Teil in der Praxis Bedeutung erlangt hat. Häufig erfolge schon lange eine enge und intensive Zusammenarbeit mit den Kliniksozialdiensten und/oder den Sozialen Diensten in ambulanten und stationären medizinischen Rehabilitationseinrichtungen sowie im Bereich der Teilhabe am Arbeitsleben (Berufsförderungswerke, Integrationsfachdienste und Werkstätten für behinderte Menschen). Die Unfallversicherungsträger seien ganzheitlich verantwortlich und verfügten mit den vorhandenen Strukturen (Arztverfahren, Besuchsdienst, Berufshilfe und Reha-Management) über vielfältige langjährige Kompetenzen, die zum Teil die Einbindung der Sozialen Dienste in den Rehabilitationsprozess auch entbehrlich machten.

Nach Auffassung der **Bundesagentur für Arbeit** ist die Gemeinsame Empfehlung in der Praxis zum Teil von Bedeutung.

Die **Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe** teilt mit, dass die Gemeinsame Empfehlung für die überörtlichen Träger der Sozialhilfe in der Praxis keine Bedeutung erlangt habe.

Auch für die **Bundesarbeitsgemeinschaft der Landesjugendämter** hat die Gemeinsame Empfehlung keine praktische Bedeutung.

Ebenso teilt die **Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen** mit, dass die Gemeinsame Empfehlung überwiegend in der Praxis keine Bedeutung erlangt hat. Die Hauptfürsorgestelle Berlin begründet die fehlende Bedeutung für die Praxis damit, dass sie als Rehabilitationsträger mit dem eigenen Fürsorgerischen Dienst des Versorgungsamtes zusammenarbeite. Für die Hauptfürsorgestelle in Sachsen hat die Gemeinsame Empfehlung zum Teil Bedeutung für

die Praxis erlangt. Das sächsische Integrationsamt weist darauf hin, dass es zum Teil zu einer Verbesserung des Informationsflusses zwischen Sozialdiensten, Integrationsfachdiensten, Rehabilitationsträgern und dem Integrationsamt gekommen sei.

Hinsichtlich der Gemeinsamen Empfehlung wird von Seiten der **Bundesländer als Träger der Kriegsopferversorgung und -fürsorge** von Bayern, Berlin, Niedersachsen, Rheinland-Pfalz, Saarland, Sachsen, Sachsen-Anhalt mitgeteilt, dass diese in der Praxis keine Bedeutung erlangt habe. Auch in Hessen hat die Gemeinsame Empfehlung keine praktische und nennenswerte Bedeutung.

11.2 Hat die Gemeinsame Empfehlung zur Verbesserung im Verfahren der Zusammenarbeit geführt?

Ob die Gemeinsame Empfehlung zur Verbesserung im Verfahren der Zusammenarbeit geführt hat, wird von den **Spitzenverbänden der Krankenkassen** unterschiedlich bewertet.

Für den **BKK Bundesverband** trifft dies zu, denn Sozialdienste würden häufig frühzeitiger Kontakt mit der Krankenkasse aufnehmen.

Nach Einschätzung des **IKK-Bundesverbandes** ist eine Optimierung des Rehabilitationsprozesses bei denen zu erwarten, die bereits vor dem Inkrafttreten der Gemeinsamen Empfehlung einen Sozialdienst etabliert hatten. Bisher werde dies aus Sicht des IKK-Bundesverbandes durch die zum Teil fehlende Kooperationsbereitschaft anderer Rehabilitationsträger erschwert.

Nach Einschätzung der **See-Krankenkasse**, des **VdAK/AEV**, des **AOK-Bundesverbandes** und der **Abteilung Krankenversicherung der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See** ist es durch die Gemeinsame Empfehlung nicht zur Verbesserung im Verfahren der Zusammenarbeit gekommen.

Für die **Spitzenverbände der landwirtschaftlichen Sozialversicherung** hat die Gemeinsame Empfehlung zum Teil zu einer Verbesserung der Zusammenarbeit geführt.

Die Gemeinsame Empfehlung hat nach Einschätzung der Träger der **Deutschen Rentenversicherung** zum Teil zur Verbesserung im Verfahren der Zusammenarbeit geführt. Durch die Gemeinsame Empfehlung seien die Aufgaben des Sozialdienstes konkretisiert worden, was zu einer verbesserten und zielgerichteten Zusammenarbeit geführt habe. Die Bedeutung der Sozialdienste sei nach Auffassung der Träger gestiegen, jedoch gäbe es noch keine flächendeckende institutionalisierte und trägerübergreifende Zusammenarbeit.

Für die **Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung** ist es überwiegend nicht zur Verbesserung im Verfahren der Zusammenarbeit mit den Sozialdiensten gekommen. Zur Begründung wird ausgeführt, dass bei Bedarf die Sozialdienste auch bisher schon z.B. über den jeweiligen Rehabilitationsberater oder Reha-Manager eingebunden worden seien. Ein Träger gibt allerdings an, dass das Bewusstsein für die notwendige Zusammenarbeit verstärkt worden sei.

Nach Auskunft der **Bundesagentur für Arbeit** hat die Gemeinsame Empfehlung zur Verbesserung im Verfahren der Zusammenarbeit geführt.

Von der **Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen** wird mitgeteilt, dass die Gemeinsame Empfehlung überwiegend nicht zur Verbesserung der Zusammenarbeit geführt habe. Diese Einschätzung wird insbesondere von den Hauptfürsorgestellen in Bayern und Sachsen bestätigt. Das Sächsische Integrationsamt führt ohne nähere Erläuterungen aus, dass es zum Teil zur Verbesserung im Verfahren der Zusammenarbeit gekommen sei.

Für die **Träger der Kriegsopferversorgung und -fürsorge** in Niedersachsen, Saarland, Sachsen und Sachsen-Anhalt ist keine Verbesserung im Verfahren der Zusammenarbeit feststellbar.

11.3 Hat es Probleme bei der Umsetzung/Anwendung der Gemeinsamen Empfehlung gegeben?

Der **BKK Bundesverband** sieht teilweise Probleme bei der Umsetzung/Anwendung der Gemeinsamen Empfehlung. Zur Erläuterung wird ausgeführt, dass vereinzelt Sozialdienste (noch) unkooperativ und wenig an einer Zusammenarbeit interessiert seien.

Für die **See-Krankenkasse**, den **VdAK/AEV**, den **AOK-Bundesverband** und die **Abteilung Krankenversicherung der Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See** bestehen keine Umsetzungs- oder Anwendungsprobleme im Zusammenhang mit der Gemeinsamen Empfehlung.

Auch die **Spitzenverbände der landwirtschaftlichen Sozialversicherung** teilen mit, dass sie keine Probleme bei der Umsetzung/Anwendung der Gemeinsamen Empfehlung sehen.

Im Bereich der **Deutschen Rentenversicherung** hat es ebenfalls keine Probleme bei der Umsetzung/Anwendung der Gemeinsamen Empfehlung gegeben.

Die **Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung** sieht grundsätzlich keine Probleme bei der Umsetzung/Anwendung der Gemeinsamen Empfehlung. Allerdings sei von einigen Unfallversicherungsträgern angemerkt worden, dass den Mitarbeitern der Sozialdienste zu wenig Zeit oder personelle Ressourcen zur Verfügung stünden.

Die **Bundesagentur für Arbeit** sieht keine Probleme bei der Umsetzung/Anwendung der Gemeinsamen Empfehlung.

Das Gleiche gilt für die **Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen**.

Ebenso wird von Seiten der Bundesländer Bayern, Berlin, Hessen, Niedersachsen, Saarland, Sachsen und Sachsen-Anhalt als **Träger der Kriegsopferversorgung**

und -fürsorge mitgeteilt, dass es keine Probleme bei der Umsetzung/Anwendung der Gemeinsamen Empfehlung gegeben habe.

11.4 Besteht aus Ihrer Sicht Bedarf für eine Anpassung/Verbesserung der Gemeinsamen Empfehlung oder auch gesetzlicher Änderungsbedarf?

Aus Sicht des **BKK Bundesverbandes** kann momentan noch nicht eingeschätzt werden, ob eine Anpassung/Verbesserung der Gemeinsamen Empfehlung oder auch gesetzlicher Änderungsbedarf besteht. Zunächst solle noch die weitere Umsetzung in der Praxis abgewartet werden.

Die **See-Krankenkasse**, der **VdAK/AEV**, der **IKK-Bundesverband** und die **Abteilung Krankenversicherung der Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See** sehen keinen Anpassungs- oder Änderungsbedarf.

Der **AOK-Bundesverband** teilt mit, dass eine weitere Konkretisierung, auch hinsichtlich der Zusammenarbeit mit anderen Trägern, hilfreich wäre.

Aus Sicht der **Spitzenverbände der landwirtschaftlichen Sozialversicherung** besteht weder Bedarf für eine Anpassung/Verbesserung der Gemeinsamen Empfehlung noch gesetzlicher Änderungsbedarf.

Die gleiche Auffassung wird im Bereich der **Deutschen Rentenversicherung** vertreten.

Von der **Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung** wird mitgeteilt, dass nach ihrer Einschätzung keine Anpassung/Verbesserung der Gemeinsamen Empfehlung oder gesetzlicher Änderungsbedarf besteht.

Auch aus Sicht der **Bundesagentur für Arbeit** gibt es keinen Bedarf für eine Anpassung/Verbesserung der Gemeinsamen Empfehlung oder einen gesetzlichen Änderungsbedarf.

Diese Einschätzung wird auch von der **Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen** abgegeben.

Von den Bundesländern Bayern, Berlin, Niedersachsen, Saarland, Sachsen und Sachsen-Anhalt als **Träger der Kriegsopferversorgung und –fürsorge** wird mitgeteilt, dass kein Anpassungs- oder Verbesserungsbedarf gesehen wird.

11.5 Findet ein kontinuierlicher Erfahrungsaustausch (§ 5) zwischen den Rehabilitationsträgern und den Sozialdiensten statt?

Vom **BKK Bundesverband** wird bejaht, dass ein kontinuierlicher Erfahrungsaustausch zwischen den Rehabilitationsträgern und den Sozialdiensten stattfindet. Überwiegend bestehe eine unkomplizierte Zusammenarbeit, und Sozialdienste könnten durch ihre Erfahrungen zur beschleunigten Versorgung des Patienten beitragen. Ergänzend merkt der BKK Bundesverband an, dass die bestehenden Gemeinsamen Empfehlungen und Verfahrensabsprachen (auch auf regionaler Ebene) verschiedenen Sozialdiensten noch nicht bekannt seien.

Die **See-Krankenkasse**, der **VdAK/AEV** und die **Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See, Abteilung Krankenversicherung** teilen mit, dass kein kontinuierlicher Erfahrungsaustausch stattfindet.

Dies wird auch vom **AOK-Bundesverband** mehrheitlich so beurteilt. Es gebe aber auch die Erfahrung, dass in vielen Regionen ein regelmäßiger Austausch mit Sozialdiensten der Krankenhäuser stattfinde; ansonsten erfolge der Austausch im Einzelfall. Im Bereich des Fallmanagements, insbesondere der Anschluss-Rehabilitation finde eine enge Zusammenarbeit, z.B. mit den Sozialdiensten der Krankenhäuser und Leistungserbringer, statt.

Laut Mitteilung der **Spitzenverbände der landwirtschaftlichen Sozialversicherung** findet dort ein kontinuierlicher Erfahrungsaustausch mit den Sozialdiensten statt. Der Erfahrungsaustausch diene hauptsächlich zur Kontaktpflege (Aktualisie-

rung der Daten der Ansprechpartner). Zum Teil fänden unter Einbeziehung der Sozialdienste regelmäßige Einrichtungssprechtage statt. Gelegentlich würden diese Termine genutzt, um die Kontaktpflege zu intensivieren. Die Spitzenverbände der landwirtschaftlichen Sozialversicherung weisen darauf hin, dass die Gemeinsame Empfehlung an die Vertragseinrichtungen zur Kenntnis weitergeleitet worden sei.

Aus dem Bereich der **Deutschen Rentenversicherung** wird berichtet, dass bei etwas mehr als der Hälfte der Träger ein kontinuierlicher Erfahrungsaustausch zwischen den Rehabilitationsträgern und den Sozialdiensten stattfindet. Auf Bundesebene bestehe ein regelmäßiger Erfahrungsaustausch mit der Deutschen Vereinigung für Sozialarbeit im Gesundheitswesen (DVSG). Darüber hinaus würden die Fachzeitschriften „Forum sozialarbeit + gesundheit“ der DVSG und die „RV Aktuell“ als gegenseitige Informationsplattform genutzt. Daneben gäbe es einen Erfahrungsaustausch zwischen den Rehabilitationskliniken und der Rentenversicherung, insbesondere bei der stufenweisen Wiedereingliederung. Bei manchen Trägern nähmen die Mitarbeiter der Sozialdienste an regionalen Weiterbildungsveranstaltungen teil.

Im Bereich der **Deutschen Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV)** findet überwiegend kein kontinuierlicher Erfahrungsaustausch zwischen den Rehabilitationsträgern und den Sozialdiensten statt. Von der DGUV wird mitgeteilt, dass im Rahmen einzelner Fallbesprechungen zeitnah gemeinsam Lösungen erarbeitet werden können, die Transparenz für Versicherte erhöht werde und den Betroffenen mehrere Ansprechpartner mit entsprechender Kompetenz zur Verfügung stünden. Von einem bundesweiten Unfallversicherungsträger wurde angemerkt, dass ein regelmäßiger Austausch auf regionaler Ebene nicht realisiert werden könne und sich daher die Zusammenarbeit - wie bisher – ausschließlich auf konkrete Einzelfälle bei Bedarf beziehe; hierin werde auch kein Problem gesehen. Im Bereich der Teilhabe am Arbeitsleben würden Informationsveranstaltungen, z.B. in Berufsförderungswerken, zu einem Erfahrungsaustausch genutzt. Außerdem wird mitgeteilt, dass sich durch die Einführung der Reha-Managements bei den Unfallversicherungsträgern neue Ansatzpunkte in der Zusammenarbeit insbesondere im Bereich der medizinischen Rehabilitation ergeben hätten.

Von der **Bundesagentur für Arbeit** wird mitgeteilt, dass kein kontinuierlicher Erfahrungsaustausch zwischen den Rehabilitationsträgern und den Sozialdiensten stattfindet.

Der **Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen** ist nicht bekannt, ob ein kontinuierlicher Erfahrungsaustausch stattfindet.

Die Frage nach einem kontinuierlichen Erfahrungsaustausch zwischen den Rehabilitationsträgern und den Sozialdiensten wird von den Bundesländern Bayern, Sachsen sowie Sachsen-Anhalt verneint. Im Saarland findet dagegen ein kontinuierlicher Erfahrungsaustausch statt. Es wird von den **Trägern der Kriegsopferversorgung und –fürsorge** jedoch nicht beschrieben, welche Erfahrungen dabei gesammelt werden konnten. Aus Niedersachsen wird mitgeteilt, dass Kontakte im Einzelfall erfolgten und insoweit Bedarf zur Erreichung der Teilhabeziele bestehe. Dies trage zum Erfolg bei.