



JAHRESBERICHT 2016 / 2017
über die Erfahrungen mit den
Gemeinsamen Empfehlungen
nach § 13 (neu: § 26) Abs. 8 SGB IX

Herausgeber: BAR e. V. – Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation
Solmsstraße 18
60486 Frankfurt am Main
Telefon 069/605018-0
Telefax 069/605018-29
info@bar-frankfurt.de
www.bar-frankfurt.de

Frankfurt am Main – Mai 2018
(erstellt: Dr. Thomas Stähler)

Inhaltsverzeichnis

1. Vorbemerkungen	4
2. Grundsätzliche, allgemeine und übergreifende Aussagen	8
3. Schwerpunktberichte zu Erfahrungen mit den Gemeinsamen Empfehlungen	13
3.1 Gemeinsame Empfehlung „Beteiligung der Bundesagentur für Arbeit“ nach § 38 SGB IX	13
3.2 Gemeinsame Empfehlung „Integrationsfachdienste“ nach § 113 Abs. 2 SGB IX...21	
4. Kompakte Berichte zu Erfahrungen mit den Gemeinsamen Empfehlungen	33
4.1 Gemeinsame Empfehlung „Reha-Prozess“ gemäß §§ 12 Abs. 1 Nr. 1 bis 3, 13 Abs. 2 Nr. 2, 3, 5, 8 und 9 SGB IX	33
4.2 Gemeinsame Empfehlung „Zuständigkeitsklärung“ nach § 14 SGB IX	35
4.3 Gemeinsame Empfehlung „Begutachtung“ nach § 13 Abs. 1 i. V. m. § 12 Abs. 1 Nr. 4 SGB IX	38
4.4 Gemeinsame Empfehlung „Qualitätssicherung“ nach § 20 Abs. 1 SGB IX	40
4.5 Gemeinsame Empfehlung „Prävention“ nach §§ 12 Abs. 1 Nr. 5, 13 Abs. 2 Nr. 1 SGB IX („Prävention nach § 3 SGB IX).....	42
4.6 Gemeinsame Empfehlung „Unterstützte Beschäftigung “ nach § 38a Abs. 6 SGB IX	44
4.7 Gemeinsame Empfehlung „Einrichtungen für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben“ nach § 35 SGB IX.....	47
4.8 Gemeinsame Empfehlung „Sozialdienste“ nach § 13 Abs. 2 Nr. 10 SGB IX.....	49
4.9 Gemeinsame Empfehlung „Förderung der Selbsthilfe“ nach § 13 Abs. 2 Nr. 6 SGB IX.....	51
5. Ausblick	54
6. Anlagen	55
6.1 Fragenkonzept zur Gemeinsamen Empfehlung „Beteiligung der Bundesagentur für Arbeit“ nach § 38 SGB IX	55
6.2 Fragenkonzept zur Gemeinsamen Empfehlung „Integrationsfachdienste“ nach § 113 Abs. 2 SGB IX	56
6.3 Fragenkonzept zu den übrigen Gemeinsamen Empfehlungen	57

1. Vorbemerkungen

Nach § 13 (neu: § 26) Abs. 8 SGB IX teilen die Rehabilitationsträger der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) alle zwei Jahre ihre Erfahrungen mit den Gemeinsamen Empfehlungen (GE) mit. Dabei berichten die Träger der Renten-, Kranken- und Unfallversicherung sowie die Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau über ihre Spitzenorganisationen. Die BAR stellt dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales und den Ländern eine Zusammenfassung zur Verfügung.

Ein Erfahrungsbericht zu einer neuen oder überarbeiteten Gemeinsamen Empfehlung soll entsprechend der „Verfahrensordnung für die Erstellung des Zweijahresberichtes über die Erfahrungen der Rehabilitationsträger mit den Gemeinsamen Empfehlungen nach § 13 Abs. 8 SGB IX“ nicht vor Ablauf von sechs Monaten seit Inkrafttreten einer Gemeinsamen Empfehlung abgegeben werden.

Als Schwerpunkte für die aktuelle Berichtsperiode 2016/2017 hat der Ausschuss Gemeinsame Empfehlungen auf seiner 22. Sitzung am 10. Oktober 2017 die Gemeinsamen Empfehlungen „Beteiligung der Bundesagentur für Arbeit“ und „Integrationsfachdienste“ bestimmt.

Darüber hinaus werden die Erfahrungen zu den in einer Berichtsperiode nicht als Schwerpunkt bestimmten Gemeinsamen Empfehlungen weiterhin als allgemeine Einschätzungen in Form von Kompaktberichten erfasst und zusammengestellt. Folgende Fragen wurden dabei gestellt (s. Anlage 6.3):

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

Im Ergebnis enthält der vorliegende Bericht für den Zeitraum 2016/2017:

- Schwerpunktberichte zu den Gemeinsamen Empfehlungen
 - „Beteiligung der Bundesagentur für Arbeit“ nach § 38 SGB IX sowie
 - „Integrationsfachdienste“ nach § 113 Abs. 2 SGB IX
- Folgeberichte zu den Gemeinsamen Empfehlungen
 - „Reha-Prozess“ gemäß §§ 12 Abs. 1 Nr. 1 bis 3, 13 Abs. 2 Nr. 2, 3, 5, 8 und 9 SGB IX
 - „Zuständigkeitsklärung“ nach § 14 SGB IX

- „Prävention“ nach §§ 12 Abs. 1 Nr. 5, 13 Abs. 2 Nr. 1 SGB IX („Prävention nach § 3 SGB IX“)
- „Qualitätssicherung“ nach § 20 Abs. 1 SGB IX
- „Begutachtung“ nach § 13 Abs. 1 i. V. m. § 12 Abs. 1 Nr. 4 SGB IX
- „Einrichtungen für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben“ nach § 35 SGB IX
- „Unterstützte Beschäftigung“ nach § 38a Abs. 6 SGB IX
- „Sozialdienste“ nach § 13 Abs. 2 Nr. 10 SGB IX
- „Förderung der Selbsthilfe“ nach § 13 Abs. 2 Nr. 6 SGB IX

Folgende Rehabilitations-/Leistungsträger bzw. deren Spitzenorganisationen haben nach einer entsprechenden Anfrage der BAR für den vergangenen Zweijahreszeitraum (2016 und 2017) Rückmeldungen zu ihren Erfahrungen mit den Gemeinsamen Empfehlungen gegeben:

- AOK-Bundesverband (AOK-BV)
- BKK Dachverband (BKK DV)
- IKK e.V.
- Verband der Ersatzkassen (vdek)
- Knappschaft, Abteilung Kranken- und Pflegeversicherung
- Deutsche Rentenversicherung (DRV)
- Bundesagentur für Arbeit (BA)
- Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV)
- Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG)
- Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe (BAGüS)
- Deutscher Landkreistag
- Deutscher Städtetag
- Länder als Träger der Kriegsopferversorgung und -fürsorge
- Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen (BIH)

Somit liegen weitgehend von allen Vereinbarungspartnern Mitteilungen über die Erfahrungen mit den Gemeinsamen Empfehlungen vor.

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

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

Nachgenannte Behindertenverbände haben eine Rückmeldung zu ihren Erfahrungen mit den Gemeinsamen Empfehlungen gegeben:

- Bundesarbeitsgemeinschaft SELBSTHILFE
- Deutscher Psoriasis Bund
- Deutsche Vereinigung Morbus Bechterew
- Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe

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

Als Gesamtergebnis kann erneut festgestellt werden, dass die Schwerpunktberichte zu den Gemeinsamen Empfehlungen „Beteiligung der Bundesagentur für Arbeit“ und „Integrationsfachdienste“ detaillierte Informationen zu Erfahrungen mit und zur Anwendung der jeweiligen Gemeinsamen Empfehlung darlegen. Beide Empfehlungen werden ganz überwiegend als relevant und hilfreich für die Praxis beurteilt.

Im Blick auf alle Gemeinsamen Empfehlungen ergibt sich der Gesamteindruck, dass sich die Erfahrungen der Rehabilitationsträger mit den Gemeinsamen Empfehlungen in den Jahren 2016 und 2017 gegenüber dem Jahresbericht 2014/2015 nicht wesentlich verändert haben. Während einige Rehabilitationsträger oftmals weder Probleme noch Weiterentwicklungsbedarf konstatieren, sind gleichwohl aus anderen Rückmeldungen auch bestehende Weiterentwicklungspotenziale zu verschiedenen Gemeinsamen Empfehlungen erkennbar. Seitens der Verbände behinderter Menschen werden teilweise konkrete Erwartungen an die inhaltliche Umsetzung einzelner Gemeinsamer Empfehlungen und Überlegungen zu inhaltlichen Verbesserungen geäußert.

Als neuer gesetzlicher Rahmen gilt hierbei ab dem 1.1.2018 das geänderte SGB IX i.d.F. des Bundesteilhabegesetzes (BTHG, Gesetz vom 23. Dezember 2016, BGBl. I, S. 3234), das am Ende des ersten Jahres des Berichtszeitraums für vorliegenden Erfahrungsbericht, im Dezember 2016, verabschiedet wurde. Mit dem BTHG erfolgten u.a. teils erhebliche Änderungen bei den Vorschriften zur trägerübergreifenden Zusammenarbeit im Teil 1 SGB IX, insbesondere in Kapitel 4. Diese Änderungen betreffen insbesondere die Gemeinsamen Empfehlungen zur Zuständigkeitsklärung und „Reha-Prozess“. Zudem wird durch das BTHG im einschlägigen § 26 SGB IX n.F. (§ 13 SGB IX a.F.) ein gänzlich neuer Regelungsgegenstand für Gemeinsame Empfehlungen festgelegt: „Grundsätze der Instrumente zur Ermittlung des Rehabilitationsbedarfs nach § 13“ (vgl. § 26 Abs. 2 Nr. 7 SGB IX n.F.). Schließlich wurde der nach § 26 Abs. 1 SGB IX n.F. durch Gemeinsame Empfehlungen aufzugreifende Auftrag zur trägerübergreifenden Zusammenarbeit in § 25 Abs. 1 SGB IX n.F. (vgl. § 12 Abs. 1 SGB IX n.F.) präzisiert durch Einfügung einer neuen Nr. 6: „die Rehabilitationsträger im Fall eines Zuständigkeitsübergangs rechtzeitig eingebunden werden.“ Die Rehabilitationsträger haben sich im 2. Jahr des Berichtszeitraums auf Ebene der BAR bereits mit hoher Priorität der Er- bzw. Überarbeitung dieser Gemeinsamen Empfehlungen angenommen.

2. Grundsätzliche, allgemeine und übergreifende Aussagen

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

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

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

Im Sinne erster Auswirkungen des Bundesteilhabegesetzes (BTHG) ist empfehlungs- und trägerbereichsübergreifend zu bemerken, dass die Gemeinsamen Empfehlungen „Zuständigkeitsklärung“ und „Reha-Prozess“, die von den durch das BTHG (vgl. oben, Vorbemerkungen) ab 1.1.2018 anstehenden gesetzlichen Änderungen im Teil 1 SGB IX, insbesondere Kapitel 4, unmittelbar berührt sind, nach Berichten vieler Trägerbereiche besonders relevant sind. Darauf wird teilweise bereits in den für diesen Bericht gebündelten Erfahrungsberichten Bezug genommen wird.

Bezogen auf einzelne Trägerbereiche können nach o.g. Kriterien folgende Berichtsinhalte hervorgehoben werden, ansonsten finden im Anschluss zu den Gemeinsamen Empfehlungen im Einzelnen nur die Organisationen ausdrückliche Erwähnung, die über bei Ihnen vorliegende bzw. Ihnen mitgeteilte Erfahrungen oder Erkenntnisse berichten:

Die **Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene** (vdek, AOK, BKK, IKK, Knappschaft, Landwirtschaftliche Krankenkasse) haben sich für eine gemeinsame Beantwortung zu den Gemeinsamen Empfehlungen entschieden wie folgt: Zur Gemeinsamen Empfehlung (GE) „Prävention“ ebenso wie zur GE „Qualitätssicherung“ und GE „Begutachtung“ wird darauf hingewiesen, dass diese gerade überarbeitet worden und Verbesserungsvorschläge bereits jeweils in die überarbeitete Fassung eingeflossen seien. Die Gemeinsame Empfehlung zur Zuständigkeitsklärung sei gerade aufgrund des BTHG in die neue Gemeinsame Empfehlung „Reha-Prozess“ überführt worden, so dass Aussagen zur bisherigen Gemeinsamen Empfehlung entfallen könnten. Das Gleiche gelte für die Gemeinsame Empfehlung „Reha-Prozess“ (bisheriger Fassung), die aufgrund des BTHG überarbeitet worden sei. Keine Aussagen getroffen werden zur Gemeinsamen Empfehlung (GE) „Unterstützte Beschäftigung“, GE „Einrichtungen für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben“ und GE „In-

tegrationsfachdienste“ unter Hinweis darauf, dass die GKV bei diesen kein Vereinbarungspartner sei. Zur Gemeinsamen Empfehlung (GE) „Selbsthilfeförderung“ erfolgen keine Anmerkungen, ebenfalls keine zur GE „Sozialdienste“; zur letzteren sei von einer gesetzlichen Krankenkasse in Rheinland-Pfalz angegeben worden, dass der Bekanntheitsgrad der Gemeinsamen Empfehlungen bei den Leistungserbringern eher gering sei. Zur Gemeinsamen Empfehlung „Beteiligung der Bundesagentur für Arbeit“ führen die Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene aus, dass aufgrund geringer Fallzahl Aussagen zu den gestellten Fragestellungen nicht möglich seien.

Die **Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung** befürwortet grundsätzlich die Zusammenlegung der Gemeinsamen Empfehlung „Zuständigkeitsklärung“ und „Reha-Prozess“ in eine umfassende Gemeinsame Empfehlung (GE) „zur Zuständigkeitsklärung, zur Erkennung, Ermittlung und Feststellung des Rehabilitationsbedarfs (einschließlich Grundsätzen der Instrumente zur Bedarfsermittlung), zur Teilhabeplanung und zu Anforderungen an die Durchführung von Leistungen zur Teilhabe“ unter Hinweis darauf, dass die verschiedenen Regelungen durch das BTHG noch stärker inhaltlich miteinander verbunden seien. Die in der Anlage der GE beigefügten Formular-Muster, wie z.B. der Teilhabeplan, würden für die Praxis als sehr hilfreich angesehen. Grundsätzlich bestehen ansonsten aus Sicht der Unfallversicherung keine Probleme bei der Umsetzung/Anwendung der Gemeinsamen Empfehlungen, was auch auf die umfassende Leistungsverpflichtung der Unfallversicherung zurückzuführen sei.

Die **Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG)** vermeldet, sich für die Seite der Landwirtschaftlichen Krankenkasse (LKK) der Mitteilung des vdek stellvertretend für die Krankenkassenverbände sowie für die Seite der Landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaft (LBG) der Mitteilung der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung anzuschließen. Für die Landwirtschaftliche Alterskasse (LAK) ergeben sich nach Mitteilung der SVLFG in Bezug auf den Bericht zu den Erfahrungen mit den Gemeinsamen Empfehlungen keine nennenswerten Besonderheiten.

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

Der **Deutsche Städtetag** teilt ebenso wie in den Vorjahren mit, dass die Gemeinsamen Empfehlungen in der Praxis ohne relevante Auswirkungen seien. Ob dies an der mangelnden Bekanntheit der Empfehlungen in den Sachbearbeitungen der Rehabilitationsträger liege oder ob die Inhalte der Gemeinsamen Empfehlungen nicht hilfreich

seien, könne von Seiten der Träger der Sozial- und Jugendhilfe nicht abschließend eingeschätzt werden. Nach Kenntnis des Deutschen Städtetages sei bislang keine Stadt den Gemeinsamen Empfehlungen beigetreten.

Die **Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe** verweist auf die Rückmeldungen für den Berichtszeitraum 2014 - 2015. Hierzu hätten sich keine wesentlichen Änderungen ergeben. Es zeige sich nach wie vor, dass die Empfehlungen mit Ausnahme der Gemeinsamen Empfehlung (GE) zur Zuständigkeitsklärung in der Praxis kaum Relevanz hätten bzw. kaum bekannt seien. Letztere werde von den überörtlichen Trägern der Sozialhilfe nach wie vor stark kritisiert; die Kritik beziehe sich vor allem auf vorschnelle Weiterleitungen - insbesondere der Krankenkassen - ohne genaue Prüfung des eigenen Leistungsrechts.

Die **Bundesarbeitsgemeinschaft der Landesjugendämter** äußert sich zur Gemeinsamen Empfehlung „Reha-Prozess“ und teilt ansonsten mit, dass die weiteren Gemeinsamen Empfehlungen sämtlich im Bereich der Jugendhilfe keine vergleichbare Bedeutung haben. Ein Änderungs- oder Verbesserungsbedarf wird hinsichtlich dieser Gemeinsamen Empfehlungen gleichwohl nicht gesehen.

Die **Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen** stellt nach Analyse der bei ihr eingegangenen Antwortbögen insgesamt fest, dass die Anmerkungen aus den vorangegangenen Berichtszeiträumen 2012/2013 und 2014/2015 im Allgemeinen auch für den aktuellen Berichtszeitraum Geltung finden. Die GE Selbsthilfe finde in der Arbeit der Hauptfürsorgestellen und Integrationsämter keine Anwendung. Die Gemeinsamen Empfehlungen zu „Qualitätssicherung“, „Reha-Prozess“, „Prävention“, „Begutachtung“, „Einrichtungen zur Teilhabe am Arbeitsleben“ und „Sozialdienste“ betreffen laut BIH die Arbeit der Hauptfürsorgestellen und Integrationsämter - wenn überhaupt dann - in wenigen Einzelfällen, so dass hier keine ergänzenden Aussagen getroffen werden könnten. Von praktischer Bedeutung für die Aufgabenerfüllung seien nach Einschätzung der Hauptfürsorgestellen und Integrationsämter die Gemeinsamen Empfehlungen „Integrationsfachdienste“, „Unterstützte Beschäftigung“ und „Zuständigkeitsklärung“.

Der Freistaat **Bayern** schließt sich der Mitteilung des Zentrums Bayern – Familie und Soziales – Landesversorgungsamt und Hauptfürsorgestelle an, wonach den gemeinsamen Empfehlungen im Bereich des Sozialen Entschädigungsrechts nur eine unwesentliche Bedeutung beikomme und eine Beantwortung der Fragebögen daher nicht möglich sei; hinsichtlich Problemstellungen und Verbesserungsvorschlägen wird Fehlanzeige gemeldet.

Der Freistaat **Sachsen** berichtet, dass die Gemeinsamen Empfehlungen in der praktischen Arbeit des Sozialen Entschädigungsrechts kaum eine Rolle spielen. Allenfalls die Gemeinsame Empfehlung „Zuständigkeitsklärung“ habe in der Vergangenheit Be-

achtung gefunden; hier seien allerdings vorrangig die gesetzlichen Grundlagen zu beachten und durchzusetzen gewesen. In letzter Zeit seien aber kaum noch größere Probleme aufgetreten (weder bei Kriegsopferfürsorge noch Heil- und Krankenbehandlungen/Orthopädische Versorgungsstelle). Allgemein wird betont, dass die Gemeinsamen Empfehlungen Anhaltspunkte bilden würden. Die Einflussnahme bzw. Wirkung der Kriegsopferversorgung und –fürsorge als Rehabilitationsträger gem. § 6 Abs. 1 Nr. 5 SGB IX sei im Gegensatz zur gesetzlichen Krankenversicherung, gesetzlichen Rentenversicherung, Bundesagentur für Arbeit, der Jugendhilfe bzw. dem Träger der Eingliederungshilfe gering, so dass sich in der praktischen Arbeit regelmäßig an den anderen Rehabilitationsträgern orientiert werde.

Der Freistaat **Thüringen** teilt mit, dass bezüglich der Gemeinsamen Empfehlung „Beteiligung der Bundesagentur für Arbeit“ das Integrationsamt nicht zuständig sei. Die BIH habe die Empfehlung „Beteiligung der Bundesagentur für Arbeit“ nicht unterzeichnet, die Träger der Kriegsopferversorgung und –fürsorge im Rahmen des Sozialen Entschädigungsrechts bei Gesundheitsschäden hingegen schon. Für diesen Bereich werde der Fragebogen übersandt. Die Gemeinsamen Empfehlungen hätten für den Bereich der Kriegsopferversorgung und Kriegsopferfürsorge in der Praxis geringe Bedeutung. Im Rahmen der medizinischen Rehabilitation würden die Leistungen der Heil- und Krankenbehandlung überwiegend von den Krankenkassen im gesetzlichen Auftragsverhältnis erbracht. Im Bereich der Kriegsopferfürsorge lägen aufgrund der geringen Fallzahlen keine oder nur geringe Erfahrungen bei der Anwendung der Gemeinsamen Empfehlung vor. Insoweit könnten auf dieser Grundlage keine nennenswerten Probleme benannt oder Verbesserungsvorschläge eingebracht werden. Auch das Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie **Rheinland-Pfalz** berichtet, dass dort außer zur Gemeinsamen Empfehlung „Beteiligung der BA“ nach § 38 SGB IX für die Bereiche Kriegsopferfürsorge und Kriegsopferversorgung in der Praxis keine Erfahrungswerte aus den Jahren 2016 und 2017 vorliegen.

Laut Mitteilung des Ministeriums für Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie **Saarland** und ebenso des Ministeriums für Soziales, Integration und Gleichstellung **Mecklenburg-Vorpommern** hat es im zugrundeliegenden Berichtszeitraum für den Bereich der KOF keine entsprechenden Hilfefälle gegeben. Demzufolge hätten keine Erfahrungswerte gemeldet werden können. Für den Bereich der KOV könne Gleiches mitgeteilt werden.

Die **BAG Selbsthilfe** teilt mit, dass sie auf ihre entsprechende Abfrage bei ihren Mitgliedsorganisationen keine Rückmeldungen erhalten habe, und es ihr infolgedessen nicht möglich sei, aufgrund von Schilderungen konkreter praktischer Erfahrungen von Betroffenen zu den gestellten Fragen Angaben zu machen. Die fehlenden Erfahrungswerte seien sicherlich darauf zurückzuführen, dass sich Betroffene eher mit den gesetzlichen Leistungsansprüchen und weniger mit den Gemeinsamen Empfehlun-

gen, die sie nur mittelbar betreffen, befassen, so dass ihnen Mängel oder auch positive Erfahrungen im Zusammenhang mit den Gemeinsamen Empfehlungen in der Regel überhaupt nicht auffielen. Dementsprechend sei es dann auch für die jeweiligen Organisationen nicht möglich, insoweit aussagekräftige Auswertungen vorzunehmen und Erfahrungswerte zu sammeln.

3. **Schwerpunktberichte zu Erfahrungen mit den Gemeinsamen Empfehlungen**

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

3.1.1 **In welchen Fällen hat sich im Abfrage-/Berichtszeitraum die Notwendigkeit einer Beteiligung der BA nach § 38 SGB IX ergeben?**

Die **BA** teilt mit, dass bundesweit nur in geringen Fallzahlen eine Einschaltung von ihr erfolgt sei, wenn dann aber für durchaus komplexe Fallgestaltungen, häufig aus Betrieben zur Erhaltung der Arbeitsplätze, oder komplexe Arbeitsplatzgestaltungen. Beauftragt worden seien, von der **DRV Bund** so bestätigt, auch Bewertungen zu Maßnahmen und Hilfen im Kontext der Erreichung des Arbeitsplatzes (Kfz-Hilfe, bauliche Maßnahmen, behinderungsbedingte Zusatzausstattung bzw. technische Arbeitshilfen am Arbeitsplatz).

Nach Mitteilung der **DGUV** kann sich die Notwendigkeit einer Beteiligung der Bundesagentur für Arbeit ergeben, sofern im Einzelfall vor der Bewilligung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben der Bedarf hinsichtlich einer Arbeitsmarktprognose besteht.

Laut **BIH** erfolgt durch die Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen eine Beteiligung der BA regelmäßig, beispielsweise im Rahmen von Erstausbildung, beruflicher Orientierung, Umschulung und Arbeitserprobung.

Seitens der **Träger der Kriegsoferversorgung und –fürsorge**, von denen Rückmeldungen vorliegen, gibt beispielsweise der kommunale Sozialverband des Freistaates **Sachsen** an, dass im Berichtszeitraum in folgenden Fallkonstellationen die Beteiligung der Bundesagentur für Arbeit notwendig gewesen sei: bei Anfragen bzgl. der Förderung von Erstausbildungen; bei einer arbeitsmarktlichen Stellungnahme bzgl. Kfz-Beihilfe (Anfrage direkt bei der AfA Berlin); bei Anfragen zum beruflichen Orientierungsjahr (Einstiegsqualifizierung) mit anschließender Ausbildung; bei Anfragen zur Zumutbarkeit/ Geeignetheit einer Maßnahme unter Berücksichtigung des jeweiligen Einzelfalles. Das **Landesverwaltungsamt Thüringen** führt als Fälle einer notwendigen Beteiligung der BA an: Antrag auf Umschulung, Durchführung der Arbeitserprobung, Berufsfindungsmaßnahme, Eignungsfeststellung und im Zusammenhang mit der Prüfung nach § 29 BVG (Vorrang der Rehabilitation) vorrangig bei Fällen nach dem Opferentschädigungsgesetz. Das **Landesamt für Gesundheit und Soziales Mecklenburg-Vorpommern** benennt für die Kriegsoferversorgung als Anwendungsfall notwendiger Beteiligung der BA die Anforderung der arbeitsmarktlichen Stellungnahme im Bereich Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben.

Der **LWV Hessen** teilt mit, dass auf jeden Fall eine Beteiligung der BA erfolge, da die Kriegsopferfürsorge keinen eigenen ärztlichen oder psychologischen Dienst habe. Laut Mitteilung des Landes **Niedersachsen** erfolgt bei der Prüfung, ob Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erforderlich und Erfolg versprechend sind, in der Regel eine Beteiligung des Reha-Teams bei der örtlich zuständigen Agentur für Arbeit. Insofern sei die Gemeinsame Empfehlung „Beteiligung der BA“ für die Hauptfürsorgestellen von Bedeutung.

3.1.2 Erfolgt im Rahmen einer gutachterlichen Stellungnahme regelmäßig eine umfassende Berücksichtigung der Kontextfaktoren (im Sinne der ICF) in Bezug auf die Person und Umwelt als Voraussetzung für den angestrebten Rehabilitationserfolg (§ 2 Abs. 2 GE)?

Die **DRV Bund** ebenso wie die **BA** und auch die **BIH** bejahen die Frage. Die BA erwähnt ergänzend, dass bei Bedarf Arbeits- oder Berufserprobungen zur abschließenden Klarheit in Abhängigkeit des Einzelfalls durchgeführt würden.

Auch seitens der **Träger der Kriegsopferversorgung und -fürsorge**, hier namentlich vom Landesverwaltungsamt **Thüringen**, kommunalen Sozialverband des Freistaates **Sachsen** und Landesamt für Soziales, Jugend und Versorgung **Rheinland-Pfalz**, wird die Frage nach regelmäßiger umfassender Berücksichtigung der Kontextfaktoren nach ICF bejaht. Laut Mitteilung des Landes **Niedersachsen** berücksichtigen die gutachterlichen Stellungnahmen regelmäßig die Kontextfaktoren nach ICF in Bezug auf die Person und die Gegebenheiten des Arbeitsmarktes.

3.1.3 In welcher Weise und welchem Umfang werden bei der Beurteilung der arbeitsmarktlichen Zweckmäßigkeit einer Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben im Rahmen gutachterlicher Stellungnahme gemäß § 3 Abs. 1 GE folgende Aspekte berücksichtigt:

- **der für den betroffenen Menschen in Betracht kommende Arbeitsmarkt**
- **die innerhalb angemessener Zeit nach Abschluss der Leistung zu erwartenden, dem Ziel der Leistung entsprechenden Beschäftigungsmöglichkeiten**

Ist dies in der Praxis ausreichend?

Laut **BA** werden die genannten Aspekte immer bei einer Entscheidung der BA berücksichtigt. Deren Entscheidung erfolge jeweils in Abhängigkeit vom Förderbedarf sowie den individuellen Rahmenbedingungen. Die Einbeziehung des Arbeitsmarktes und der Beschäftigungsmöglichkeiten gehörten zum Standard der Arbeitsmarktberatung durch die BA. Der Arbeitsmarktmonitor, die Stellenangebote der Jobbörse und

die Expertise des Arbeitgeberservice (AG-S) würden als Basis genutzt. Die Mobilität der Kunden fließe ergänzend in die Bewertung ein. Aus Sicht der BA sei dies ausreichend.

Nach Mitteilung der **DRV Bund** wird eine reine Beurteilung der arbeitsmarktlichen Zweckmäßigkeit einer Leistung von den meisten Rentenversicherungsträgern nur noch im Ausnahmefall angefordert und dann überwiegend zeitnah und ausreichend von der BA beantwortet.

Laut **DGUV** werden die Beurteilungen nicht einheitlich und standardisiert verfasst.

Laut Mitteilung der **BIH** sehen die Hauptfürsorgestellten bei der Prüfung und Bewertung der LTA-Leistungen den für den betroffenen Menschen in Frage kommenden Arbeitsmarkt sowie entsprechende Beschäftigungsmöglichkeiten ausreichend berücksichtigt.

In gleicher Weise äußern sich für die Seite der **Träger der Kriegsopferversorgung und –fürsorge** auch das **Landesamt** für Gesundheit und Soziales **Mecklenburg-Vorpommern**, ebenso der kommunale Sozialverband des Freistaates **Sachsen**, das **Landesamt** für Soziales, Jugend und Versorgung **Rheinland-Pfalz** und mit weiteren Erläuterungen auch das **Landesverwaltungsamt Thüringen**. Der **LWV Hessen** teilt mit, dass je nach Fall konkrete Absprachen mit der BA getroffen würden; das Verfahren sei ausreichend.

Auch das Land **Niedersachsen** schätzt die Regelungen der Gemeinsamen Empfehlung als hinreichend klar, verständlich, konkret und verbindlich ein.

3.1.4 Wie erfolgt in aller Regel die Abstimmung des zuständigen Reha-Trägers mit der BA unter Einbeziehung des betroffenen Menschen in denjenigen Fällen, in denen die angestrebte Leistung von der Agentur für Arbeit als zweckmäßig beurteilt wird? (§ 3 Abs. 3 GE)

Laut Mitteilung der **BA** erfolgt die Abstimmung i.d.R. schriftlich. Bei Bedarf bzw. auf Wunsch des Reha-Trägers würden auch gemeinsame Beratungsgespräche geführt.

Laut **DGUV** gibt es keine einheitlichen Regelungen (einzelfallabhängig).

Die Frage wird von der **DRV Bund** als missverständlich eingeschätzt. Sie führt aus, dass § 3 Abs. 3 der Gemeinsamen Empfehlung auf die Fälle abziele, in denen die BA eine angestrebte Leistung als nicht zweckmäßig ansieht. Dies komme eher selten vor. Sofern eine ausreichende schriftliche Begründung vorliege, werde diese bei der Entscheidung berücksichtigt. Bei Bedarf werde Rücksprache mit der BA gehalten.

Die **BIH** berichtet, dass der Leistungsberechtigte in der Regel von den Hauptfürsorgestellten kontaktiert und persönlich, mündlich oder schriftlich über die Entscheidung der BA informiert werde, nachdem diese ihre Entscheidung der Hauptfürsorgestelle mitgeteilt habe. Von einer Hauptfürsorgestelle kommt ausdrücklich der Hinweis, dass dem Eingliederungsvorschlag der Agentur für Arbeit in aller Regel vom Reha-Träger gefolgt werde.

Seitens der Träger der **Kriegsopferversorgung und –fürsorge** wird laut kommunalem Sozialverband des Freistaates **Sachsen** der betroffene Mensch nach dem Sozialen Entschädigungsrecht fortlaufend in den gesamten Verfahrensprozess einbezogen; ihm werde das „Für und Wider“ bekannt gegeben und nach Alternativen gesucht, die von allen Seiten akzeptabel seien. Abschließend werde der Agentur für Arbeit die Entscheidung des kommunalen Sozialverbandes zur Information bekannt gegeben. In den meisten Fällen seien keine weiteren Abstimmungen notwendig. In die gleiche Richtung gehen die Mitteilungen des **Landesamtes** für Gesundheit und Soziales **Mecklenburg-Vorpommern**, des **Landesverwaltungsamtes Thüringen** und des **LWV Hessen**. Das **Landesamt** für Soziales, Jugend und Versorgung **Rheinland-Pfalz** berichtet, dass die BA den zuständigen Reha-Träger (Hauptfürsorgestelle) über das Ergebnis der Zweckmäßigkeitprüfung in Kenntnis setze. Im Anschluss unterrichte die Hauptfürsorgestelle den betroffenen Menschen über das Ergebnis der Zweckmäßigkeitkontrolle und die weitere Vorgehensweise.

3.1.5 In welchen Fällen ergibt sich die Notwendigkeit einer Einbindung von Fachdiensten der BA (Technische Beratung, Berufspsychologischer Service, Ärztlicher Dienst)?

Und wie findet diese Einbindung statt? (§ 4 GE)

In den überwiegenden Fällen einer Beteiligung der **BA** wird nach deren Mitteilung die Einschaltung eines Fachdienstes erforderlich, die Einbindung erfolge im Rahmen der üblichen Verfahren der BA (Regelverfahren). Rückmeldungen aus der Fläche zeigten, dass bei der Mehrzahl dieser Einbindungen der Technische Beratungsdienst erforderlich sei.

Eine Stellungnahme nach § 38 SGB IX (a.F.) ist nach Aussage der **DRV Bund** überwiegend bei Anträgen auf Hilfsmittel, technischen Arbeitshilfen oder Leistungen nach der KfzHV erforderlich und erfordert die Einschaltung eines Fachdienstes, i.d.R. des technischen Beraters. Wenn dann gehe die DRV auch direkt auf technische Berater der BA zu.

Nach Mitteilung der **DGUV** werden überwiegend andere Dienstleister in Anspruch genommen. Qualität und Verfahrensdauer der Fachdienste der BA seien heterogen.

Laut **BIH** werden in den Fällen, in denen die Einbindung des ärztlichen oder psychologischen Dienstes der BA zielführend erscheint, diese im laufenden Verfahren von der BA selbst eingeschaltet. Da bei den Trägern der Hauptfürsorgestelle zumeist auch das Integrationsamt mit seinem eigenen Technischen Beratungsdienst angesiedelt sei, erfolge eine technisch-ergonomisch-organisatorische Begutachtung und Stellungnahme in der Regel über diese Schiene.

Laut Landesverwaltungsamt **Thüringen** werden durch die BA oder den gesetzlichen Rentenversicherungsträger bei Bedarf die erforderlichen Fachdienste einbezogen. Der kommunale Sozialverband des Freistaates **Sachsen** teilt konkret mit, dass der psychologische Dienst eingebunden werde, wenn unklare Berufsabsichten/ Umschulungseignungen des Rehabilitanden bestehen. Vorrangig erfolge die Abklärung über ein BFW oder bei eventuellem Anspruch auf Erwerbsminderungsrente über die DRV. Der kommunale Sozialverband verfüge hausintern über einen Technischen Beratungsdienst sowie über einen Medizinischen Dienst, sodass diese vorrangig in Anspruch genommen würden. Nach Mitteilung des Landesamtes für Gesundheit und Soziales **Mecklenburg-Vorpommern** entscheidet der jeweilige Reha-Berater, ob die Fachdienste eingeschaltet werden müssen bzw. der Kostenträger werde befragt, ob Gutachten benötigt würden. Der Reha-Berater beauftrage im Anschluss den Ärztlichen und Psychologischen Fachdienst.

3.1.6 Inwieweit lässt sich vor allem eine qualitative Verbesserung der beruflichen Eingliederung und Teilhabe von leistungsberechtigten Menschen unter Berücksichtigung arbeitsmarktlicher Rahmenbedingungen als Folgewirkung der GE feststellen? (Präambel GE)

Laut **BA** kann sie aufgrund regelmäßig fehlender Rückmeldung der beauftragenden Reha-Träger keine repräsentative Aussage treffen. Grundsätzlich gelte, dass die Chancen für eine spätere Integration durch die Einbeziehung der Kriterien bei der Maßnahmeentscheidung deutlich verbessert würden.

Die **DRV Bund** und **DGUV** sowie auch die **BIH** teilen mit, eine unmittelbare Auswirkung der Gemeinsamen Empfehlung nicht beurteilen bzw. - auch aufgrund geringer Fallzahlen - keine Verbesserungen hätten feststellen können.

Das Landesamt für Soziales, Jugend und Versorgung **Rheinland-Pfalz** erwähnt als Verbesserung eine zügigere Verfahrensdurchführung. Ein weiterer **Träger der Kriegsopferversorgung und –fürsorge** verneint die Frage, ein anderer teilt mit, dass hier eine Beurteilung wegen der geringen Fallzahl nicht möglich sei.

3.1.7 Wo sehen Sie insgesamt Verbesserungsbedarf bei der Gemeinsamen Empfehlung?

Nach Mitteilung der **BIH** wird lediglich bei der Anwendung/Umsetzung im Alltag Verbesserungsbedarf gesehen.

Der kommunale Sozialverband des Freistaates **Sachsen** als **Träger der Kriegsopferversorgung und -fürsorge** sieht ebenso wie das **Landesamt** für Gesundheit und Soziales **Mecklenburg-Vorpommern** keinen Verbesserungsbedarf.

a) Wo gibt es Schwierigkeiten bei der Umsetzung der Gemeinsamen Empfehlung?

Schwierigkeiten sind der **BA** nicht bekannt.

Seitens der **DRV Bund** wird die Einführung einheitlicher Qualitätsstandards für die gutachterliche Stellungnahme der **BA** angeregt.

Nach Wahrnehmung der **DGUV** ebenso wie der **BIH** könnte die Erreichbarkeit der Mitarbeiter der **BA** verbessert werden.

Die **Träger der Kriegsopferversorgung und –fürsorge**, die rückgemeldet haben (**Sachsen, Thüringen, Mecklenburg-Vorpommern, Hessen und Rheinland-Pfalz**), sehen keine Schwierigkeiten bei der Umsetzung der **GE**.

b) Wie würden Sie die Regelungen der Gemeinsamen Empfehlung bewerten in Bezug auf:

- **ausreichende Klarheit und Verständlichkeit?**
- **ausreichende Konkretheit?**
- **ausreichende Verbindlichkeit?**

Die Inhalte sind nach Einschätzung der **BA** wie auch der **DRV Bund** ausreichend klar und verständlich formuliert, die Gemeinsame Empfehlung insgesamt ausreichend konkret und verbindlich. Auch von der **DGUV** werden die Regelungen grundsätzlich als positiv bewertet.

Laut **BIH** wird zum gegenwärtigen Zeitpunkt seitens der Hauptfürsorgestellen kein Änderungsbedarf gesehen. Sie weist hierbei darauf hin, dass die Änderungen aus dem BTHG und dem SGB XII sich noch in der Umsetzung befinden, zudem schritten die Planungen für ein SGB XIII weiter voran.

Der kommunale Sozialverband des Freistaates **Sachsen** schätzt die Gemeinsame Empfehlung als ausreichend klar und verständlich sowie ausreichend konkret und verbindlich ein. In gleicher Weise positiv äußern sich das **Landesverwaltungsamt Thüringen**, das Landesamt für Soziales, Jugend und Versorgung **Rheinland-Pfalz** sowie das Landesamt für Gesundheit und Soziales **Mecklenburg-Vorpommern**.

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

Laut **BA** wurde aus der Praxis kein Verbesserungsbedarf benannt, als denkbar aber evtl. trägerübergreifende Seminarangebote zur Gemeinsamen Empfehlung, um ein gemeinsames Verständnis und Akzeptanz für die Arbeit des jeweils Anderen im Interesse der Menschen mit Behinderungen zu entwickeln.

Neben dem reklamierten Erfordernis einer Anpassung der Gemeinsamen Empfehlung an die Regelungen des BTHG wird seitens der **DRV Bund** als Anregung die Aufnahme eines Hinweises auf die Kostenfreiheit der Stellungnahme für die anfordernde Stelle mitgeteilt. Eine Klarstellung hinsichtlich der Inanspruchnahme von Fachdiensten sei aus Sicht der Rentenversicherungsträger erforderlich.

Die **DGUV** regt hierzu ausdrücklich eine Anpassung der GE an das BTHG an.

Entsprechend weist für die **Träger der Kriegsopferversorgung und –fürsorge** der kommunale Sozialverband des Freistaates **Sachsen** darauf hin, dass die Änderungen durch das BTHG im SGB IX und SGB XII sowie im BVG mit dem Ziel einer noch stärkeren Inklusion von Menschen mit Behinderung als auch das in der Entwurfsphase befindliche SGB XIII mit den jeweiligen aktuellen Rechtslagen zukünftig zu berücksichtigen seien. Keine Weiterentwicklungsmöglichkeiten sehen das Landesamt für Soziales, Jugend und Versorgung **Rheinland-Pfalz** sowie das Landesamt für Gesundheit und Soziales **Mecklenburg-Vorpommern**.

3.1.8 Sonstige Anmerkungen

Seitens der Träger der **Kriegsopferversorgung und –fürsorge** teilt der kommunale Sozialverband des Freistaates **Sachsen** mit, dass die Gemeinsame Empfehlung im Berichtszeitraum für das Soziale Entschädigungsrecht keine praktische Bedeutung gehabt habe. Hingegen hat sich nach Aussage des Landesverwaltungsamtes **Thüringen** die Wartezeit auf eine Stellungnahme verkürzt. Das Gleiche vermeldet das Landesamt für Gesundheit und Soziales **Mecklenburg-Vorpommern** für den Bereich der Kriegsopferfürsorge.

3.1.9 Zusammenfassung und Kontext der Berichte

Die Gemeinsame Empfehlung wird ganz überwiegend als positiv eingeschätzt, wobei auch hier in den Rückmeldungen zumindest zum Teil ein Anpassungsbedarf vor dem Hintergrund des BTHG geäußert wird. Aus den Rückmeldungen wird deutlich, dass eine Inanspruchnahme der BA für gutachterliche Stellungnahmen auf Grundlage der GE in der Praxis eher selten erfolgt, wenn dann aber für durchaus komplexe Fallgestaltungen, häufig aus Betrieben zur Erhaltung der Arbeitsplätze, oder komplexe Arbeitsplatzgestaltungen.

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

3.2.1 Wie erfolgt die Beobachtung der Bedarfe? Wie haben sich die Bedarfe entwickelt?

Laut **BA** ist die Beauftragung von IFD im Rahmen der Gemeinsamen Empfehlung eines von mehreren integrationsunterstützenden Angeboten der Agentur für Arbeit und habe in den letzten Jahren eine rückläufige Tendenz aufgezeigt. Auch gebe es regionale Schwankungen bei der Inanspruchnahme. Ähnlich berichtet die **DRV Bund** und weist auf den Bereich Vermittlung als häufigen Anwendungsfall einer Inanspruchnahme von IFD. Als Basis für eine gute Zusammenarbeit wird von BA wie auch DRV beispielsweise ein Kennen der konkreten Ansprechpartner sowie ein regelmäßiger Kontakt und Informationsaustausch zwischen den Beteiligten, aber auch ein einheitliches Aufgaben- und Rechtsverständnis sowie verbindliche Absprachen zum Vorgehen im Einzelfall bewertet, zudem das Bestehen fachlicher und sozialer Kompetenz. Als Erfolgsfaktoren für eine gute Zusammenarbeit mit dem IFD hätten sich regelmäßige Fallbesprechungen, eine flexible Handhabung der Förderinstrumente, ein miteinander abgestimmtes Vorgehen (z.B. auch gemeinsame Betriebsbesuche), Zielvereinbarungen und vor allem regionale Netzwerkarbeit mit allen Akteuren bewährt. Der Bedarf wird laut **DRV Bund** im Einzelfall durch den (Reha-)Fachberatungsdienst festgestellt, wenn sich Hinweise auf einen besonderen Betreuungsbedarf auf Grund von besonderen Vermittlungshemmnissen ergeben. Die Inanspruchnahme erfolge überwiegend im Bereich Vermittlung. Hier würden allerdings regional unterschiedlich auch andere Dienstleister genutzt. Insgesamt seien die Bewilligungszahlen der DRV rückläufig (2017: -16,1 % auf 1.999 Leistungen).

Laut **DGUV** werden die IFD im Einzelfall auf Initiative des Reha-Managers eingeschaltet und hinzugezogen. Berücksichtigt würden dabei Versicherte mit einer MdE/GdB > 30. Mögliche Bedarfe würden frühzeitig im laufenden Rehabilitationsverfahren erkannt. Wenn die Einschaltung des IFD als adäquates Mittel gesehen werde, erfolge die Kontaktaufnahme, z.B. wenn der bisherige Arbeitsplatz nicht erhalten werden kann, qualifizierte Maßnahmen nicht in Betracht kommen und eine leidensgerechte Vermittlung erfolgen soll.

Die **BIH** schätzt allgemein die rückläufige bzw. gänzlich ausbleibende Beauftragung der IFD durch die Reha-Träger als problematisch ein. Auch die an sich positiv eingeschätzte Erhöhung der Vergütungspauschalen habe das Beauftragungsverhalten der Reha-Träger lediglich in wenigen Fällen beeinflusst. Die Bedarfe würden fortlaufend beobachtet durch die von den Integrationsämtern den IFD zur Verfügung gestellte Klienten-Software sowie im regelmäßigen Austausch zwischen Integrationsamt und IFD bzw. im Rahmen der Vereinbarung von Zielvereinbarungen. Das so ermittelte

Beauftragungsvolumen bestimme den Bedarf bzw. die vorzuhaltenden Personalkapazitäten in den IFD. Problematisch bleibe nach wie vor die rückläufige bzw. gänzlich ausbleibende Beauftragung der IFD durch die Reha-Träger. Die Integrationsämter hätten im Rahmen ihrer Strukturverantwortung dafür Sorge getragen, dass ein niederschwelliger Zugang zum IFD sichergestellt sei, u.a. durch eine zentrale Rufnummer, barrierefreie Zugänge und Räumlichkeiten, eine unbürokratische telefonische oder persönliche Kontaktaufnahme, eine gute Vernetzung vor Ort und eine breit angelegte Öffentlichkeitsarbeit bei Arbeitgebern. Ein Integrationsamt weist ausdrücklich auf eine sich abzeichnende Zunahme des Bedarfs an Unterstützung durch den IFD für Menschen mit Behinderungen aus dem Autismus-Spektrum hin.

Seitens der **Träger der Kriegsopferversorgung und -fürsorge** ist stellvertretend die Mitteilung des Landesamtes für Soziales, Jugend und Versorgung **Rheinland-Pfalz** zu erwähnen. Dieses bedauert, keine Rückmeldung durch die Reha-Träger zu erhalten. Lediglich durch die Integrationsfachdienste erfolge jährlich Rückmeldung im Rahmen der BIH-Statistik. Die Beauftragung liege unter 10 % und sei rückläufig; als das Landesamt selbst noch IFD-Vermittlungsdienste beauftragt habe, habe die Quote bei 10 % gelegen. Nach einer weiteren Mitteilung, und zwar des kommunalen Sozialverbandes des Freistaates **Sachsen**, unterhält dieser neben dem Landesversorgungsamt und der Hauptfürsorgestelle auch das Integrationsamt; dieses sei die Landeskoordinierungsstelle für die Träger der Integrationsfachdienste. Bei auftretendem Bedarf sei eine unbürokratische Zusammenarbeit unter dem Dach des kommunalen Sozialverbandes Sachsen gewährleistet.

Seitens der **Behindertenverbände/ -organisationen**, konkret der Wohlfahrtsverbände liegt eine Rückmeldung der **Caritas** (Kath. Jugendfürsorge der Diözese Augsburg – IFD Schwaben) vor. Nach deren Feststellung erfolgt die Beobachtung der Bedarfe durch die Rehabilitationsträger. Der IFD Schwaben bekomme entsprechend dieser Bedarfe mehr oder weniger Aufträge. Die Beauftragung sei seit Jahren rückläufig. Nur ein Drittel der Arbeitsagenturen beauftrage die IFD Schwaben in Einzelfällen. Die DRV Schwaben beauftrage sie in einer größeren Anzahl, aber auch dies sei seit 2015 um ca. 50 Prozent rückläufig. Aus Sicht der Caritas wäre aber durchaus weiterer Bedarf an einzelfallbezogener Unterstützung.

3.2.2 Die Hilfestellung durch Integrationsfachdienste soll frühzeitig und unbürokratisch erfolgen. Wie wird dies sichergestellt? Wie werden die Übergänge aus Maßnahmen der Krankenbehandlung bzw. der medizinischen Rehabilitation in den allgemeinen Arbeitsmarkt gestaltet? Wie werden die Übergänge aus schulischen Maßnahmen und aus LTA gestaltet?

Wurde ein Bedarf an IFD-Leistungen identifiziert, erfolgen laut **BA** zeitnah Kontaktaufnahme und Abstimmung mit dem Integrationsfachdienst und dem Kunden (in einer Einzelmeldung bestätigt durch die Agentur für Arbeit Ansbach-Weißenburg). Eine gute Vernetzung der Beteiligten vor Ort trage zu einer Beschleunigung der Prozesse bei. Die Übergänge an der Schnittstelle medizinische Rehabilitation/allgemeiner Arbeitsmarkt könnten sich unterschiedlich gestalten. In der Regel werde die Agentur für Arbeit unmittelbar eingeschaltet (z.B. durch Antragstellung des Kunden oder durch Kontaktaufnahme sozialer Dienste von Krankenhäusern). Ein möglichst nahtloser Übergang aus einer Maßnahme in Beschäftigung werde durch das Absolventenmanagement sichergestellt; es beginne drei Monate vor Ende der Maßnahme. Dadurch könne ein evtl. Unterstützungsbedarf frühzeitig erkannt werden und eine Beauftragung erfolgen. Allerdings sei zu berücksichtigen, dass im Anschluss an LTA oftmals der Leistungserbringer bzw. Träger die Integrationsunterstützung übernimmt.

Die **DRV Bund** hebt als Voraussetzung insbesondere ein LTA-Verfahren in der Zuständigkeit der DRV hervor. Der Bedarf werde im Einzelfall im Rahmen der allgemeinen Feststellung des Leistungsbedarfes ermittelt. Der Bedarf ergebe sich ansonsten überwiegend nach Leistungen zur Fort- und Weiterbildung, wenn die Vermittlung ansteht.

Laut **DGUV** erfolgt, sobald ein Bedarf gesehen wird und der Versicherte seine Zustimmung zur Einschaltung des IFD erteilt hat, eine unmittelbare Kontaktaufnahme durch den zuständigen Reha-Manager bereits frühzeitig während der medizinischen Rehabilitation. Die Nahtlosigkeit von Maßnahmen sei ein Qualitätsparameter im Reha-Management der DGUV. Die Ersttermine mit dem Versicherten und dem IFD würden gemeinsam mit dem Reha-Berater durchgeführt.

Die **BIH** berichtet von der Rückmeldung einzelner Integrationsämter, so explizit Nordrhein-Westfalen, wonach die Übergänge aus schulischen Maßnahmen durch die inzwischen verstetigte Landesinitiative NRW „Kein Abschluss ohne Anschluss – STAR“, finanziert durch die Arbeitsverwaltung, das Integrationsamt und das Land NRW erfolgten. Für arbeitslose Menschen mit psychiatrischen Diagnosen würden Übergänge durch das freiwillige, aus der Ausgleichsabgabe finanzierte niederschwellige Angebot „Übergang-Psychiatrie“ ermöglicht. Diese kompensiere jedoch nur zum Teil die fehlende und mangelhafte Unterstützung durch die Rehabilitationsträger. Von einem weiteren Integrationsamt (Hamburg) vermeldet die BIH, dass der niederschwellige Zugang zum IFD über eine dort bestehende zentrale Rufnummer oder eine verbindliche Erreichbarkeit des IFD per Mail oder persönlich gewährleistet werde. Bei Bedarf würden innerhalb von 2 Wochen persönliche Beratungstermine angeboten. Der IFD sei gut vernetzt mit den medizinischen Einrichtungen, und aufgrund einer intensiven Öffentlichkeitsarbeit sowie langjähriger Zusammenarbeit lägen in vie-

len Arztpraxen Faltschichten des IFD aus. Runde Tische, die Teilnahme an Gesundheitstagen oder die Durchführung von Inhouse-Seminaren trügen weiter zur Bekanntmachung des Angebots bei. Von einem weiteren Integrationsamt (Brandenburg) wird berichtet, dass die vorliegenden Erfahrungen sich insbesondere auf die Zusammenarbeit mit den Diensten der WfbM beschränken würden.

Einzelne **Integrationsämter**, so explizit Thüringen, vermelden dementsprechend, dass durch eine gute Vernetzung und intensive Öffentlichkeitsarbeit der IFD in ihren Regionen vielen schwerbehinderten Arbeitnehmern und deren Arbeitgebern das Leistungsangebot der IFD bekannt sei. Das Integrationsamt könne daher im Rahmen seiner Zuständigkeit den IFD unbürokratisch und schnell beauftragen.

Seitens der **Träger der Kriegsopferversorgung und -fürsorge** berichtet das Sozialministerium **Saarland** von einer engen Zusammenarbeit mit den Reha-Beratern der Rentenversicherung oder der BA. Es würden immer wieder Vermittlungen zum IFD, gemeinsame Betriebsbesuche, Zusammenarbeit im Rahmen von Antragstellungen auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben bzw. genehmigter Teilhabe erfolgen. Für **Sachsen-Anhalt** wird mitgeteilt, dass bei Einschaltung der IFD zeitnah eine entsprechende Beratung/ Begleitung erfolge.

Für die Seite der **Behindertenverbände/ -organisationen**, konkret der Wohlfahrtsverbände ist nach Feststellung der **Caritas** (Kath. Jugendfürsorge der Diözese Augsburg – IFD Schwaben) eine nahtlose Unterstützung möglich, wenn die Rentenversicherung Kostenträger ist und die Reha-Klinik über die Angebote des IFD Bescheid weiß. Eine Zusammenarbeit mit den Krankenkassen, z.B. im Zusammenhang mit einer Wiedereingliederungsmaßnahme, finde nicht statt.

3.2.3 Was sind Ihrer Ansicht nach Erfolgskriterien für eine gute Zusammenarbeit mit Integrationsfachdiensten?

a) Nennen Sie bitte treffende Beispiele:

Basis für eine gute Zusammenarbeit sind laut Mitteilung der **BA** beispielsweise ein Kennen der konkreten Ansprechpartner sowie ein regelmäßiger Kontakt und Informationsaustausch zwischen den Beteiligten, aber auch ein einheitliches Aufgaben- und Rechtsverständnis sowie verbindliche Absprachen zum Vorgehen im Einzelfall. Wichtig seien zudem fachliche und soziale Kompetenz des Trägers.

Die **DRV Bund** nennt als Erfolgskriterien für gute Zusammenarbeit mit IFD beispielhaft einen regelmäßigen Austausch DRV-IFD, gute Vernetzung, Teilnahme am Koordinierungsausschuss, gute Vermittlungserfolge, aussagefähige Berichte der IFD (nicht nur Hinweis auf bestehende Vermittlungshemmnisse, die bereits bekannt sind).

Die **DGUV** teilt hierzu mit, dass die IFD mit dem Unternehmen vor Ort gut vernetzt seien. Als besonders zielführend werde das Unterstützungsangebot der Mitarbeiter der IFD, an Vorstellungsgesprächen bei potentiellen Arbeitgebern teilzunehmen, angesehen. Der UV-Träger bleibe „Herr des Verfahrens“, und es erfolge ein enger Informationsaustausch, einschließlich der Kostenabsprachen. Es seien gute Fachkenntnisse der IFD über jeweilige Verletzungsmuster (z.B. Schädel-Hirn-Verletzte) vorhanden. Die Mitarbeiter seien telefonisch gut erreichbar, und es würden Zusagen verbindlich eingehalten.

Nach Mitteilung der **BIH** haben sich als Erfolgsfaktoren für eine gute Zusammenarbeit mit dem IFD regelmäßige Fallbesprechungen, eine flexible Handhabung der Förderinstrumente, ein miteinander abgestimmtes Vorgehen (z.B. auch gemeinsame Betriebsbesuche), Zielvereinbarungen und vor allem regionale Netzwerkarbeit mit allen Akteuren bewährt. Ergänzend als Erfolgskriterien benannt wird von einem Integrationsamt (Thüringen): gute Organisation und Kommunikation des Gesamtprozesses zwischen Reha-Träger/BA und IFD, die Vereinbarung konkreter Aufträge und Ziele sowie Netzwerkarbeit in der Region. Treffende Beispiele seien die Vermittlung in ein neues Arbeitsverhältnis mit Beauftragung des IFD durch die DRV, auch die Sicherung von Arbeitsverhältnissen mit Beauftragung durch die DRV oder DGUV. Ein weiteres Integrationsamt (Niedersachsen) sieht als Beispiele guter Zusammenarbeit regionale Dienstbesprechungen zwischen Integrationsamt und IFD sowie den landesweiten Sprecherkreis.

Für die **Träger der Kriegsopferversorgung und -fürsorge** wird aus einem Bundesland (Rheinland-Pfalz) berichtet, dass im Bereich Berufsbegleitung so gut wie keine Beauftragung erfolge, was die DRV anbelange, und es daher schon ein Erfolg sei, wenn es mehr Beauftragungen geben würde. Erfolgskriterien könnten Kundenbefragungen sein – entsprechende Beauftragungen vorausgesetzt.

Als Beispiele für Erfolgskriterien benennt das Sozialministerium **Saarland** Sozialdienste der saarländischen Reha-Kliniken und psychiatrischen Kliniken auch während der stationären Aufenthalte. Das Landesverwaltungsamt **Thüringen** nennt insoweit regelmäßige Kontrollen und Zwischenberichte des IFD in kurzen Zeitabständen.

b) Welche Rolle hat hierbei der Landeskoordinierungsausschuss gespielt?

Landeskoordinierungsausschüsse sind nach Mitteilung der **BA** nicht flächendeckend eingerichtet und insoweit daher auch nur begrenzt Aussagen möglich. Dort, wo Landeskoordinierungsausschüsse eingerichtet seien, hätten sie Transparenz geschaffen,

Netzwerkpartnerschaften verfestigt und die Zusammenarbeit positiv beeinflusst. Die **DRV Bund** wie auch die **DGUV** verneinen eine Rolle des Landeskoordinierungsausschusses.

Die **BIH** teilt mit, dass ein Landeskoordinierungsausschuss nur in einem Teil der Bundesländer bestehe und kaum unmittelbare Auswirkungen auf die Arbeit vor Ort habe.

In ihrer Rückmeldung bestätigt dies die **Caritas** (Kath. Jugendfürsorge der Diözese Augsburg – IFD Schwaben) beispielsweise für Bayern.

3.2.4 Wenn keine Landeskoordinierungsausschüsse bestehen: Wo liegen die Gründe hierfür?

Während die übrigen Leistungsträger, so ausdrücklich die BA und die DRV Bund, insoweit auf mangelnde Kenntnisse und Erfahrungen hinweisen, äußert sich anstelle der BIH selbst hierzu das Integrationsamt beim Landesverwaltungsamt **Thüringen** und benennt als Gründe für das Nichtbestehen eines Landeskoordinierungsausschusses, dass es seitens des Integrationsamtes dafür keine personellen Ressourcen gebe. Auch sei nach dessen Einschätzung durch einen Landeskoordinierungsausschuss keine signifikante Verbesserung zu erwarten, da die Beauftragungszahlen der Reha-Träger im Vergleich mit den Integrationsämtern im Bund ebenfalls sehr gering seien. Das Integrationsamt beim Landesamt **Niedersachsen** führt aus, dass bisher für die Bildung von Landeskoordinierungsausschüssen kein Bedarf gesehen worden sei.

3.2.5 Wo sehen Sie insgesamt Verbesserungsbedarf bei der Gemeinsamen Empfehlung?

Die **BA** sieht ebenso wie die **DGUV** insgesamt keinen Verbesserungsbedarf.

Gleiches vermeldet für die Seite der Träger der **Kriegsopferversorgung** das Landesamt für Gesundheit und Soziales **Mecklenburg-Vorpommern**. Das Landesamt für Soziales, Jugend und Versorgung **Rheinland-Pfalz** verneint eine Verbindlichkeit zur Einhaltung der GE mit dem Argument, es handele sich nur um eine Empfehlung. Dies spiegeln die mangelnden Beauftragungen wider.

a) Wo gibt es Schwierigkeiten bei der Umsetzung der Gemeinsamen Empfehlung?

Grundsätzlich gibt es nach Mitteilung der **BA** keine Schwierigkeiten bei der Umsetzung der Gemeinsamen Empfehlung.

Laut **DRV Bund** wird die Qualität der Leistungserbringer zum Teil als unterschiedlich wahrgenommen. Wesentliche oder grundsätzliche Schwierigkeiten bei der Umsetzung der Gemeinsamen Empfehlung seien jedoch nicht benannt geworden. Eine Anpassung an die Regelungen des BTHG sei erforderlich.

Die **DGUV** bestätigt, dass es sich um ein unkompliziertes, unbürokratisches und zeitnahes Verfahren handele.

Nach Mitteilung der **BIH** zeigt sich im Bereich der Rehabilitation ein uneinheitliches Bild. Während auf der einen Seite eine enge Zusammenarbeit des IFD mit den jeweiligen Reha-Trägern bestehe, z.B. mit gemeinsamen Betriebsbesuchen, erfolge auf der anderen Seite nur eine Einbindung des IFD bei dem Versuch der Vermittlung in ein neues Arbeitsverhältnis. Die Unterstützung einer Wiedereingliederung werde häufig nur in Einzelfällen durch den Reha-Träger beauftragt, sozusagen als letzte Option vor einer Verrentung. Aufgrund der bei den Integrationsämtern bestehenden Strukturverantwortung bleibe die nicht planbare Beauftragung durch die Reha-Träger finanziell und personell ein Thema. Laut Integrationsamt beim Landesverwaltungsamt **Thüringen** zeigten die Erfahrungen, dass Mitarbeiter der Reha-Träger vielfach keine Kenntnis von der Gemeinsamen Empfehlung „Integrationsfachdienste“ haben. Des Weiteren wird als problematisch eingeschätzt, dass Vorarbeiten, z.B. Problemklärung und Unterstützung des Klienten bei der Antragstellung mit dem Ziel, dass der IFD vom Reha-Träger beauftragt wird (was für eine effiziente Fallbearbeitung notwendig sei), von den Reha-Trägern nicht vergütet würden.

Ebenso wie etwa das Landesamt **Niedersachsen** berichtet auch die **Caritas**, dass derzeit keine Umsetzungsschwierigkeiten erkennbar seien bzw. es keine Probleme und gute Ergebnisse gebe.

b) Wie würden Sie die Regelungen der Gemeinsamen Empfehlung bewerten in Bezug auf

- ausreichende Klarheit und Verständlichkeit?
- ausreichende Konkretetheit?
- ausreichende Verbindlichkeit?

Die Regelungen der Gemeinsamen Empfehlung sind aus Sicht der **BA** wie auch der **DRV Bund** ausreichend klar, verständlich, konkret und verbindlich. In die gleiche Richtung geht die Rückmeldung der **DGUV**.

Laut **BIH** hat die Gemeinsame Empfehlung „Integrationsfachdienste“ sich nach Ansicht der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen inhaltlich bewährt und bietet einen guten Rahmen für die Nutzung der IFD. Die Gemeinsame Empfehlung in der aktuellen Fassung inklusive der neuen Vergütungssätze werde positiv bewertet. Eine verbindlichere Regelung zum niederschweligen Zugang von allen Seiten werde befürwortet.

Für die **Träger der Kriegsopferversorgung und –fürsorge** schätzen das Landesverwaltungsamt **Thüringen** und das Landesamt für Soziales, Jugend und Versorgung **Rheinland-Pfalz** die Regelungen ebenfalls als ausreichend ein. In gleicher Weise äußert sich neben dem Sozialministerium **Saarland** auch das Landesamt für Gesundheit und Soziales **Mecklenburg-Vorpommern** für die Seite der Kriegsopferversorgung. Doch sei die Gemeinsame Empfehlung wenig konkret, da sie nur eine Empfehlung sei und viele Formulierungen im Konjunktiv enthalte. Bemängelt wird dies auch durch die **Caritas**, die zudem auf eine fehlende Verbindlichkeit zur Beauftragung von IFD hinweist.

c) **Wo ergeben sich aufgrund der bisherigen Erfahrungen Weiterentwicklungsmöglichkeiten und Verbesserungsmöglichkeiten (Ergänzung/ Streichung/ Änderung)?**

Die BA sieht keinen Veränderungsbedarf, ebenso die **DRV Bund** wie die **DGUV** unter Hinweis auf die auch hier als erforderlich gesehene Anpassung an das BTHG.

Anstelle der BIH äußern sich von Seiten der **Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen** das Integrationsamt beim Landesverwaltungsamt **Thüringen** sowie das Integrationsamt beim Landesamt **Niedersachsen** und vermelden keinen Verbesserungsbedarf. Das Landesamt für Soziales, Jugend und Versorgung **Rheinland-Pfalz** spricht sich dafür aus, dass Vereinbarungen getroffen werden sollten, die verbindlich seien, z.B. die Vereinbarung von Beauftragungskontingenten.

In die gleiche Richtung weist die Rückäußerung der **Caritas** (Kath. Jugendfürsorge der Diözese Augsburg – IFD Schwaben).

Ergänzungsfragen für die BIH:

3.2.6 Werden regionale Beauftragungskontingente – auf Landesebene? auf örtlicher Ebene – vereinbart? Wenn ja: von wem?

Laut **BIH** werden auf Landesebene in der Regel keine Beauftragungskontingente vereinbart.

Auch von Seiten der **Caritas** wird die Frage nach Beauftragungskontingenten verneint.

3.2.7 An welchen Landeskoordinierungsausschüssen beteiligen Sie sich? Wie arbeiten die Landeskoordinierungsausschüsse (Teilnehmer, Themen, Häufigkeit der Treffen, Beteiligung der Verbände der Menschen mit Behinderung)?

Die **BIH** führt aus, dass dort, wo Landeskoordinierungsausschüsse bestehen, sich dieser einmal pro Jahr treffe. Teilnehmen würden – mit leichten regionalen Unterschieden – das Integrationsamt, der Träger der Eingliederungshilfe, die Regionaldirektion der BA, Vertreter der DRV und Knappschaft-Bahn-See, das Jobcenter und IFD- Vertreter sowie Vertreter der Interessenverbände der Arbeitgeber bzw. Schwerbehindertenvertretung und Betriebsräte/Personalräte. Angedacht sei die Einbindung einer LAG Selbsthilfe. Themen im Landeskoordinierungsausschuss seien der Austausch über Neuigkeiten in den Institutionen, neue Arbeitsmarktprogramme, Nutzung und Angebot des IFD, behinderungsspezifische Schwerpunktthemen wie Autismus und der gesamte Sektor der Übergänge in andere Leistungsbereiche.

Nach Mitteilungen des Integrationsamtes beim Landesverwaltungsamt **Thüringen**, des Landesamtes für Gesundheit und Soziales **Mecklenburg-Vorpommern** und ebenso des Integrationsamtes beim Landesamt **Niedersachsen** erfolgen keine Beteiligungen an Landeskoordinierungsausschüssen.

Der IFD Schwaben weist über die **Caritas** darauf hin, dass es in Bayern seit Jahren keinen Landeskoordinierungsausschuss gebe.

3.2.8 An welchen örtlichen Koordinierungsausschüssen beteiligen Sie sich? Wie arbeiten die örtlichen Koordinierungsausschüsse (Teilnehmer, Themen, Häufigkeit der Treffen, etc.)? Zu welchen Bereichen wurden Konkretisierungen vorgenommen?

Die **BIH** teilt mit, dass örtliche Koordinierungsausschüsse – wenn überhaupt – auf Arbeitsagenturebene bestehen. Die Inhalte entsprechen denen im Landeskoordinierungsausschuss.

Nach Mitteilung des Integrationsamtes beim Landesverwaltungsamt **Thüringen**, des Landesamtes für Gesundheit und Soziales **Mecklenburg-Vorpommern** und ebenso des Integrationsamtes beim Landesamt **Niedersachsen** gibt es keine Beteiligungen an örtlichen Koordinierungsausschüssen.

Ergänzend teilt der IFD Schwaben über die **Caritas** mit, dass es einen örtlichen Koordinierungsausschuss im Raum Schwaben seit Jahren nicht mehr gebe, ein solcher aber aktuell wieder im Gespräch sei.

3.2.9 Wenn keine Koordinierungsausschüsse bestehen: wo liegen die Gründe hierfür?

Hierzu äußert sich explizit das Integrationsamt beim Landesamt **Niedersachsen** unter Hinweis auf einen bislang nicht festgestellten Bedarf für Koordinierungsausschüsse.

3.2.10 Wie erfolgt die Dokumentation nach § 7 der Gemeinsamen Empfehlung?

Die Dokumentation im IFD erfolgt laut **BIH** durch eine entsprechende Klientensoftware (KLIFD, 3In, IFD DoQu) oder Einzellösungen wie eine Exceldatenbank. Im Rahmen der Qualitätssicherung bei den IFD werde KASSYS eingesetzt, das sich gerade in einer Aktualisierung befinde.

Laut Integrationsamt beim Landesverwaltungsamt **Thüringen** werden die auftragsrelevanten Daten der Klienten im System „Klientenverwaltung Integrationsfachdienste“ KLIFDWeb dokumentiert. Jährlich würden die IFD in ihrem Jahresbericht dem Integrationsamt über die Fachdienstarbeit berichten. Zudem veröffentliche das Integrationsamt selbst jährlich einen Bericht über die Durchführung der Aufgaben im Bereich Schwerbehindertenrecht. Nach Mitteilung des Integrationsamtes beim Landesamt **Niedersachsen** erfolgt dort die Dokumentation über die EDV-Software Patfak light.

Nach einer diesbezüglichen Einzelmeldung einer **Agentur für Arbeit** erfolgt die Dokumentation in Form eines schriftlichen Austausches anhand von Berichten oder Leistungs- und Verhaltensbeurteilungen (LuV).

Ergänzend berichtet der IFD Schwaben von der Durchführung einer ausführlichen Dokumentation (Ablaufdokumentation), zum Einsatz komme die ICF, ein Erhebungsbogen zur Bedarfsbeschreibung befinde sich in der Erprobungsphase (orientiert an „ICF Reha Score der BAR“).

3.2.11 Wie wird die Qualitätssicherung nach § 8 sichergestellt?

Nach Mitteilung eines einzelnen Integrationsamtes (**Thüringen**) bildet das Qualitätsmanagement-Referenzmodell „KASSYS“ der BIH die Grundlage der Fachdienstarbeit. Auch in **Niedersachsen** und im Saarland wird die Qualitätssicherung über KASSYS gewährleistet. Für **Sachsen-Anhalt** wird mitgeteilt, dass die Qualitätssicherung über das örtliche Integrationsamt erfolge.

Nach weiterer Mitteilung des IFD Schwaben erfolgt die Sicherstellung i.W. über die AZAV (Akkreditierungs- und Zulassungsverordnung Arbeitsförderung)-Zertifizierung, Qualitätsmanagement, Abschlussberichte, Ergebnisüberwachung, Austausch über Zufriedenheit mit den Auftraggebern sowie Klientenbefragung.

3.2.12 Sonstige Anmerkungen

Nach Einschätzung des Integrationsamtes beim Landesverwaltungsamt **Thüringen** hat die Anhebung der Vergütungspauschalen zu einer angemessenen Bezahlung der IFD-Leistungen im Rahmen einer Beauftragung durch die Reha-Träger geführt. Die Erhöhung der Vergütungspauschalen hat laut Integrationsamt LWL das Beauftragungsverhalten der Reha-Träger in wenigen Fällen beeinflusst.

Wie ergänzend der IFD Schwaben mitteilt, ermöglicht die Erhöhung der Preise ihm eine deutlich intensivere Unterstützung, was sich auch in den Ergebnissen sichtbar auswirke. Die individuelle Unterstützung sei oft sehr hilfreich. Es werde damit auch die Eigenverantwortung und die Teilhabe am Unterstützungsprozess gestärkt.

3.2.13 Zusammenfassung und Kontext der Berichte

Allgemein festgestellt wird eine rückläufige bzw. gänzlich ausbleibende Beauftragung der IFD durch die Reha-Träger. Daran habe letztlich auch die über die Gemeinsame Empfehlung „Integrationsfachdienste“ bewirkte – vor allem aus Sicht der BIH positiv bewertete – Erhöhung der Vergütungspauschalen nichts grundlegend ändern können. Die Gemeinsame Empfehlung hat sich nach allgemeiner Einschätzung gleichwohl inhaltlich bewährt und biete einen guten Rahmen für die Nutzung der IFD. Vor allem seitens der Unfallversicherungsträger wird vermeldet, dass die IFD mit dem Unternehmen vor Ort gut vernetzt seien. Als besonders zielführend werde dort das Unterstützungsangebot der Mitarbeiter der IFD, an Vorstellungsgesprächen bei potentiellen Arbeitgebern teilzunehmen, angesehen. Als Erfolgsfaktoren für eine gute Zusammenarbeit mit dem IFD haben sich nach genereller Einschätzung regelmäßige Fallbesprechungen, eine flexible Handhabung der Förderinstrumente, ein miteinander

abgestimmtes Vorgehen (z.B. auch gemeinsame Betriebsbesuche), Zielvereinbarungen und vor allem regionale Netzwerkarbeit mit allen Akteuren bewährt.

Im Leistungsspektrum der Integrationsämter spielen die IFD eine bedeutsame Rolle, im Rahmen ihrer Strukturverantwortung für die IFD halten sie ein flächendeckendes Netz dieses Unterstützungsangebotes vor. So wurden in 2015 von den 174 IFD insgesamt fast 71000 Klienten bei der Inklusion auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt begleitet und unterstützt. Die von der BIH bestätigte hohe Qualität der IFD-Arbeit findet sich dadurch bestätigt, dass die Quote der durch die IFD-Begleitung erfolgreich gesicherten Arbeitsverhältnisse seit Jahren konstant über 80 % liegt. Bei gleichzeitig rückläufiger Beauftragung von IFD durch die Rehabilitationsträger, vor allem die BA, finanzieren die Integrationsämter alleine die Förderung von rd. 75 % der begleiteten Klienten (BIH-Jahresbericht 2015/2016 „Arbeit & Inklusion“, S. 35 f.).

4. **Kompakte Berichte zu Erfahrungen mit den Gemeinsamen Empfehlungen**
- 4.1 **Gemeinsame Empfehlung „Reha-Prozess“ gemäß §§ 12 Abs. 1 Nr. 1 bis 3, 13 Abs. 2 Nr. 2, 3, 5, 8 und 9 SGB IX**
- 4.1.1 **Sehen Sie Verbesserungsbedarf bei der Gemeinsamen Empfehlung „Reha-Prozess“ und wenn „Ja“ welchen?**

Nach Einschätzung der **BA** definiert der Arbeitsentwurf der GE „Reha-Prozess“ (Stand: Januar 2018) klare Prozesse, bindet alle Beteiligten ein und ist umfassend und handlungsorientiert. Insoweit sei der Verbesserungsbedarf eingearbeitet. Aus der Praxis bestehe der Wunsch nach Überprüfung des Umfangs der Gemeinsamen Empfehlung, bei einem Umfang von 82 Seiten erscheine die Handhabbarkeit eher schwierig.

Laut **DRV Bund** haben die Rentenversicherungsträger ihre Erfahrungen nach der bis zum 31.12.2017 geltenden Rechtslage nach dem SGB IX und der darauf beruhenden Gemeinsamen Empfehlung „Reha-Prozess“ geschildert. Diese habe Festlegungen aus den bisherigen Gemeinsamen Empfehlungen (GE) „Einheitlichkeit/Nahtlosigkeit“, „Teilhabeplan“, „Frühzeitige Bedarfserkennung“, „Gegenseitige Information und Kooperation“ in eine GE zusammengefasst. Dadurch seien Inhalte konkretisiert worden. Aus diesem Grund und wegen der Neuregelungen des SGB IX zum 1.1.2018 seien von den Rentenversicherungsträgern keine Verbesserungsvorschläge benannt, sondern ausdrücklich der Wunsch geäußert worden, die GE an die neuen Regelungen anzupassen.

Die **BAG der Landesjugendämter** sieht keinen Verbesserungsbedarf und verweist ebenso auf die anstehende Überarbeitung der Gemeinsamen Empfehlung.

Seitens der **Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen** benennt das Integrationsamt **Sachsen** einen Verbesserungsbedarf, indem es sich für die Aufnahme von Fallbeispielen in die Gemeinsame Empfehlung ausspricht.

Von den **Trägern der Kriegsopferversorgung und –fürsorge** melden der kommunale Sozialverband des Freistaates **Sachsen**, das Landesverwaltungsamt **Thüringen** und das Landesamt für Gesundheit und Soziales **Mecklenburg-Vorpommern** (für die Seite der Kriegsopferversorgung), keinen Verbesserungsbedarf zu sehen.

Gleiches verlautet aus den Bundesländern **Hessen**, **Rheinland-Pfalz** und **Berlin**. Das Land **Niedersachsen** erwartet aufgrund des BTHG eine verbesserte Klarheit und Verbindlichkeit zu Gunsten der Leistungsberechtigten.

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

Die **BA** sieht Umsetzungsprobleme angesichts des Umfangs des Arbeitsentwurfs der Gemeinsamen Empfehlung.

Die **DRV Bund** berichtet, dass die Rentenversicherungsträger mehrheitlich Probleme bei der Umsetzung der Gemeinsamen Empfehlung verneint haben. Fälle, in denen mehrere Träger beteiligt gewesen seien, seien selten aufgetreten.

Von den **Integrationsämtern und Hauptfürsorgestellen** sieht das Integrationsamt (Sachsen) keine Umsetzungsprobleme. Aus einem anderem Bundesland (Brandenburg) werden teilweise Probleme bei der praktischen Durchführung von trägerübergreifenden Teilhabekonferenzen hinsichtlich der Örtlichkeit, Barrierefreiheit, Zumutbarkeit für behinderte Menschen, Zeitfaktor sowie bei den Zuständigkeiten, insbesondere Widerspruchsverfahren bzgl. von Zuständigkeiten, berichtet.

Seitens der **Träger der Kriegsopferversorgung und –fürsorge** verneint der kommunale Sozialverband **Sachsen** die Frage nach Umsetzungsproblemen, ebenso das Landesamt für Gesundheit und Soziales **Berlin**, das Landesamt **Mecklenburg-Vorpommern** (für die Seite der Kriegsopferversorgung) und das Landesamt für Soziales, Jugend und Versorgung **Rheinland-Pfalz**, ebenso das Land **Hessen**.

Die **BAG der Landesjugendämter** sieht keine Umsetzungsprobleme, geht andererseits davon aus, dass die Gemeinsame Empfehlung von den im Rahmen der kommunalen Selbstverwaltung autonom handelnden Jugendämtern berücksichtigt werde.

4.1.2 Sonstige Anmerkungen

Die **BA** hebt hervor, dass es im Kontext des SGB IX (i.d.F. des BTHG) entscheidend sein werde, dass alle Rehabilitationsträger ein identisches Grundverständnis für einen zügigen Reha-Prozess im Sinne des Kunden haben. Grundlage des gemeinsamen Handelns werde die Neuauflage der Gemeinsamen Empfehlung „Reha-Prozess“ sein.

Laut **DRV Bund** ist vereinzelt auf das Problem hingewiesen worden, dass nicht für alle am Reha-Prozess beteiligten Träger die Regelungen der Gemeinsamen Empfehlung „Reha-Prozess“ verbindlich seien. Ein Träger habe auf faktische Umsetzungsschwierigkeiten aufmerksam gemacht: Danach sei niedergelassenen Ärzten oft die Rehabilitation nicht so bekannt, wie es wünschenswert sei. Und Beschäftigte würden sich um den Arbeitsplatz sorgen, wenn sie einen Rehabilitationsbedarf formulieren.

4.2 Gemeinsame Empfehlung „Zuständigkeitsklärung“ nach § 14 SGB IX

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

Auf die Vergangenheit bezogen erachtet die **BA** die Gemeinsame Empfehlung „Zuständigkeitsklärung“ als hinreichend konkret und praktikabel. In der Umsetzung habe es keine Probleme gegeben. Die **BA** weist auf den Umstand hin, dass die Gemeinsame Empfehlung bereits eine Überarbeitung erfahren habe und in der GE „Reha-Prozess“ aufgegangen sei, Anpassungen würden im Rahmen BTHG erfolgen. Laut **BA** wäre es wünschenswert, wenn die Jugend- wie Sozialhilfeträger flächendeckend der neuen Gemeinsamen Empfehlung beitreten würden.

Nach Mitteilung der **DRV Bund** haben die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung überwiegend einen Verbesserungsbedarf bei der Gemeinsamen Empfehlung verneint, aber einen Anpassungsbedarf an die Neuregelungen des SGB IX zum 1.1.2018 gesehen.

Laut **BIH** ergibt sich aus den Rückmeldungen der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellten grundsätzlich, dass sich die Gemeinsame Empfehlung „Zuständigkeitsklärung“ in der praktischen Arbeit bewährt habe. In Bezug auf einen Verbesserungsbedarf werde das Einhalten der vereinbarten Regelungen der Zuständigkeitsklärung von allen Beteiligten eingefordert sowie darauf verwiesen, dass eine fristgerechte Gutachtenerstellung in der Praxis nicht einzuhalten sei.

Seitens der **Träger der Kriegsopferversorgung und –fürsorge** verneint der kommunale Sozialverband des Freistaates **Sachsen** die Frage nach einem Verbesserungsbedarf, ebenso das Landesamt für Gesundheit und Soziales **Berlin** und das Landesamt für Soziales, Jugend und Versorgung **Rheinland-Pfalz**. Das Landesamt für Gesundheit und Soziales **Mecklenburg-Vorpommern** sieht ebenfalls keinen Verbesserungsbedarf, weist aber für den Bereich der Kriegsopferfürsorge explizit auch darauf hin, mangels Fälle über keine Erfahrungen zu verfügen. Das Landesverwaltungsamt **Thüringen** weist darauf hin, dass eine fristgerechte Gutachtenerstellung in der angegebenen Frist von 2 Wochen nach Beauftragung nicht einzuhalten sei. Es würden trotz der Gemeinsamen Empfehlung Erstattungsstreitigkeiten (zu Lasten der Leistungsberechtigten) auftreten.

Das Sozialministerium **Saarland** sieht ebenso wie das Sozialministerium **Hessen** keinen Verbesserungsbedarf. Das zuständige Ministerium in **Niedersachsen** führt aus, dass die Gemeinsame Empfehlung zur Zuständigkeitsklärung vermehrt Anwendung finde. Vereinzelt komme es allerdings durchaus vor, dass im Bereich der gesetzlichen Krankenkassen Weiterleitungen an das Landesamt für Soziales, Jugend

und Familie vorgenommen worden seien, ohne dass eine an sich erforderliche Prüfung vorgenommen worden wäre („Teilhabebedarf wegen der Schädigungsfolgen“).

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

Laut **DRV Bund** berichten die Rentenversicherungsträger teilweise von Schwierigkeiten bei der Durchsetzung von Erstattungsansprüchen.

Nach Einschätzung der **BIH** scheinen fehlende Informationen über die Tatbestandsvoraussetzungen des Sozialen Entschädigungsrechts oder des Schwerbehindertenrechts in einigen Fällen zu einer Weiterleitung „auf Verdacht“ zu führen, ohne dass eine ausreichende schriftliche Begründung der Weiterleitung gegeben werde. Vereinzelt sei es auch zu Erstattungsstreitigkeiten gekommen. Zudem könne sich die Abstimmung mit dem tatsächlich zuständigen Leistungsträger langwierig und schwierig gestalten.

Seitens der **Träger der Kriegsoferversorgung und –fürsorge** sehen das Landesamt für Gesundheit und Soziales **Berlin** und das Landesamt für Soziales, Jugend und Versorgung **Rheinland-Pfalz** keine Umsetzungsprobleme. So äußert sich auch das Landesamt für Gesundheit und Soziales **Mecklenburg-Vorpommern** und merkt ergänzend an, dass einige Krankenkassen ohne Prüfung eigener Zuständigkeit weiterleiten würden in Fällen, in denen andere Träger auch zuständig sein könnten. Bei entsprechender Weiterleitung sogleich an das Integrationsamt/die Hauptfürsorgestelle sei die Frist von 2 Wochen nicht einzuhalten. Die Hauptfürsorgestelle **Brandenburg** führt dies darauf zurück, dass Abstimmungen mit dem tatsächlich zuständigen Leistungsträger sich in einigen Fällen schwierig und langwierig gestalteten. Der kommunale Sozialverband des Freistaates **Sachsen** weist darauf hin, dass die Rehabilitationsträger weiterhin über die Tatbestandsvoraussetzungen für Leistungen nach dem Sozialen Entschädigungsrecht zu informieren seien, um für die Zuständigkeitsklärung entsprechende Kenntnisse zu haben. Zugleich berichtet die Hauptfürsorgestelle in Sachsen, dass die Anzahl der Antragsweiterleitungen, die offensichtlich keine Anspruchsberechtigung nach dem Sozialen Entschädigungsrecht haben, zurückgegangen seien; vorherige Rück- und/oder Absprachen zwischen den Rehabilitationsträgern ermöglichten eine reibungslose Zuständigkeitsklärung. Das Landesverwaltungsamt **Thüringen** führt aus, dass von der BA, dem gesetzlichen Rentenversicherungsträger oder den Krankenkassen häufig Anträge an den Reha-Träger Kriegsoferversorgung weitergeleitet würden ohne vorherige Klärung (Rückfrage), ob bereits eine Anerkennung nach dem BVG vorliegt; in diesen Fällen müsse der Antrag „zurückgegeben“ werden, damit die Maßnahme (in Vorleistung) begonnen oder erbracht werde. Für den Reha-Träger Kriegsoferversorgung (Bereich Heil- und Krankenbe-

handlung) würden die vorgenannten Probleme in gleicher Art und Weise auftreten. Eine Absprache vor Abgabe des Antrages wäre nach Einschätzung des Landesverwaltungsamtes Thüringen effektiver.

Umsetzungsprobleme verneinen die Sozialministerien des **Saarlandes** und von **Hessen** keine Umsetzungsprobleme.

4.2.3 Sonstige Anmerkungen (z. B. Positives):

Die **BIH** merkt ergänzend an, dass die Mitarbeiter der Reha-Träger sehr oft die seit dem 01.03.2015 gültige Verwaltungsabsprache zwischen den Reha-Trägern und der BIH (Erbringung von Leistungen der Begleitenden Hilfe im Arbeitsleben nach dem SGB IX Teil 2 im Verhältnis zu den Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben gemäß Teil 1 des SGB IX) nicht kennen und sie deshalb auch nicht anwenden. Dies führe insbesondere zu Schwierigkeiten bei der Abstimmung von Leistungen zur Arbeitsassistenz. Eine konkrete Anregung erfolgt durch das Integrationsamt Thüringen; Da nach dessen Feststellung die Zuständigkeiten in ihrer Detailliertheit nicht immer bekannt seien (z.B. BAGüS: Empfehlungen für Leistungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen zum Besuch einer Hochschule), empfehle sich in den Fällen, in denen eine Zuständigkeit nicht sicher erkennbar sei, mit dem – aus Sicht des erstangegangenen Trägers – vermutlich zuständigen Träger telefonischen Vorabkontakt unter Schilderung der grundlegenden Umstände aufzunehmen, um eine Weiterleitung an eine nichtzuständige Stelle möglichst zu vermeiden.

Seitens der **Träger der Kriegsopferversorgung und –fürsorge** weist der kommunale Sozialverband des Freistaates **Sachsen** darauf hin, dass die Anzahl der Weiterleitungen von Anträgen, denen offensichtlich keine Anspruchsberechtigung nach dem Sozialen Entschädigungsrecht zugrunde liegt, zurückgegangen sei. Vorherige Rück- und/oder Absprachen zwischen den Rehabilitationsträgern ermöglichten eine reibungslose Zuständigkeitsklärung. Das **Landesamt für Gesundheit und Soziales Mecklenburg-Vorpommern** stellt für den Bereich der Kriegsopferfürsorge eine verbesserte Zusammenarbeit mit der BA fest.

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

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

Die **BA** merkt an, dass Rechtsänderungen durch das am 1.1.2018 in Kraft getretene BTHG zu berücksichtigen seien. Die Ergänzung der Gemeinsamen Empfehlung um den Aspekt divergierender Gutachten sei nach ihrer Ansicht zu überprüfen.

Laut Mitteilung der **DRV Bund** sehen die Träger der Deutschen Rentenversicherung grundsätzlich keinen Verbesserungsbedarf bei der Gemeinsamen Empfehlung „Begutachtung“. In dieser würden alle wesentlichen Aspekte einer trägerübergreifenden Nutzung sozialmedizinischer Gutachten benannt.

Seitens der **Träger der Kriegsopferversorgung und –fürsorge** verneinen der kommunale Sozialverband des Freistaates **Sachsen**, das Landesamt für Gesundheit und Soziales **Berlin**, das Landesamt für Gesundheit und Soziales **Mecklenburg-Vorpommern** sowie das Landesamt für Soziales, Jugend und Versorgung **Rheinland-Pfalz** die Frage nach einem Verbesserungsbedarf, ebenso das Land **Hessen**. Das Landesverwaltungsamt **Thüringen** weist auf § 17 Abs. 1 SGB IX hin, wonach den Leistungsberechtigten in der Regel vom Rehabilitationsträger drei möglichst wohnortnahe Sachverständige benannt werden sollen, und spricht sich insofern für einen Hinweis auf das Wunsch- und Wahlrecht des Leistungsberechtigten in der Gemeinsamen Empfehlung „Begutachtung“ aus. Nach Auffassung der Hauptfürsorgestelle **Brandenburg** ist im Hinblick auf die für die Leistungsberechtigten nach dem BVG geltende Besonderheit des notwendigen medizinischen und wirtschaftlichen Kausalzusammenhanges zwischen den Schädigungsfolgen und dem Hilfebedarf eine differenzierte Beurteilung zur Behinderung erforderlich und werden einheitliche Beurteilungskriterien und Begutachtungsstandards als positiv eingeschätzt.

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

Die **BA** sieht keine Umsetzungsprobleme.

Laut Mitteilung der **DRV Bund** ist in den Rückmeldungen von einzelnen Trägern der Deutschen Rentenversicherung die Gewinnung qualifizierter Gutachter problematisiert worden. Dadurch steige der Druck zur Rationalisierung und Arbeitsverdichtung mit möglichen Auswirkungen auf die Qualität. Ein Rentenversicherungsträger bemängelt die schwankende Qualität von durch die BA veranlasste externe Gutachten, die in vielen Fällen sozialmedizinisch nicht nachvollziehbar seien. Im Hinblick auf die

Rechtsfolgen des § 145 Abs. 1 SGB III sei eine interne Qualitätskontrolle wünschenswert.

Seitens der **Träger der Kriegsopferversorgung und -fürsorge** verneinen der kommunale Sozialverband des Freistaates **Sachsen**, das Landesamt für Gesundheit und Soziales **Berlin**, das Landesamt für Gesundheit und Soziales **Mecklenburg-Vorpommern** sowie das **Landesamt** für Soziales, Jugend und Versorgung **Rheinland-Pfalz** die Frage nach Umsetzungsproblemen, ebenso die Sozialministerien des **Saarlandes** und von **Hessen**. Laut Landesverwaltungsamt **Thüringen** zeigt die Praxis, dass bei der Erstellung von Gutachten die Fristen nach § 14 SGB IX oftmals nicht eingehalten werden können. In der Gemeinsamen Empfehlung fehlten Ausführungen zur Art und Weise, wie Gutachten den Leistungsberechtigten in geeigneter Form zugänglich gemacht werden können. Der Hinweis, dass dem Leistungsberechtigten das Gutachten auf Wunsch zur Verfügung zu stellen sei, sollte aufgenommen werden.

4.3.4 Sonstige Anmerkungen:

Laut **DRV Bund** wird seit 2014 das sog. Peer Review-Verfahren bei der Deutschen Rentenversicherung vorgenommen. Ziel dieses Verfahrens sei es, nicht nur die Qualität der Gutachten zu sichern, sondern auch durch Kommunikation und Schulungen eine Qualitätsverbesserung zu erreichen. Die DRV Bund merkt darüber hinaus generell an, dass die Gutachtenformulare an die Neuerungen des BTHG anzupassen seien.

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

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

Die **BA** merkt an, dass Rechtsänderungen durch das am 1.1.2018 in Kraft getretene BTHG zu berücksichtigen seien.

Laut Mitteilung der **DRV Bund** sehen die Träger der Deutschen Rentenversicherung keinen Verbesserungsbedarf.

Seitens der **Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen** heißt es von einzelnen Integrationsämtern, die rückgemeldet haben, entweder keinen Verbesserungsbedarf zu sehen oder von der Gemeinsamen Empfehlung nicht betroffen zu sein.

Seitens der **Träger der Kriegsopferversorgung und –fürsorge** verneinen der kommunale Sozialverband des Freistaates **Sachsen** und auch die dortige Hauptfürsorgestelle, ebenso wie die Hauptfürsorgestellen anderer Bundesländer die Frage. Das Landesamt für Gesundheit und Soziales **Mecklenburg-Vorpommern** teilt ebenfalls mit, keinen Verbesserungsbedarf zu sehen.

Auch die Sozialministerien des **Saarlandes**, von **Hessen** und **Berlin** verneinen einen Verbesserungsbedarf.

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

Die **DRV Bund** teilt mit, dass der Austausch der Rehabilitationsträger über Daten zu den an ihren Qualitätssicherungsprogrammen teilnehmenden Reha-Einrichtungen vereinzelt nicht reibungslos verlaufe.

Von **Integrationsämtern** wird vereinzelt rückgemeldet, keine Umsetzungsprobleme zu sehen.

Ebenso verneinen für die **Träger der Kriegsopferversorgung und –fürsorge** der kommunale Sozialverband des Freistaates **Sachsen**, das Landesamt für Gesundheit und Soziales **Mecklenburg-Vorpommern** und das Landesamt für Gesundheit und Soziales **Berlin** die Frage. Die Hauptfürsorgestelle in **Thüringen** teilt mit, dass die Gemeinsame Empfehlung für sie keine Bedeutung habe.

Keine Umsetzungsprobleme sehen auch das die Sozialministerien des **Saarlandes** und von **Hessen**.

4.4.3 Sonstige Anmerkungen (z. B. Positives):

Die **DRV Bund** weist darauf hin, dass der Themenbereich Qualitätssicherung bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben immer stärkere Beachtung finde (z.B. Erprobung von Visitationen).

Der kommunale Sozialverband des Freistaates **Sachsen** teilt mit, dass das Erbringen von zielgerichteten, qualitativ hochwertigen Maßnahmen und Leistungen im Rahmen der gesetzlichen Möglichkeiten im Sozialen Entschädigungsrecht selbstverständlicher Grundsatz sei. Die Gemeinsame Empfehlung „Qualitätssicherung“ habe im Berichtszeitraum für das Soziale Entschädigungsrecht keine praktische Bedeutung gehabt.

Nach Mitteilung des Landesverwaltungsamtes **Thüringen** findet die Gemeinsame Empfehlung „Qualitätssicherung“ für den Reha-Träger Kriegsopferfürsorge keine Berücksichtigung.

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

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

Die **BA** sieht keinen Verbesserungsbedarf, eine neue Version der Gemeinsamen Empfehlung „Prävention“ sei mittlerweile veröffentlicht.

Die **DRV Bund** berichtet, dass die Aktualisierung/Anpassung der Gemeinsamen Empfehlung „Prävention“ an die neuen gesetzlichen Bestimmungen (Inkrafttreten der neuen GE am 1.1.2018) von einigen RV-Trägern ausdrücklich begrüßt werde. Weiterer Verbesserungsbedarf werde derzeit von keinem Rentenversicherungsträger gesehen.

Von **Integrationsämtern** wird vereinzelt berichtet, keinen Verbesserungsbedarf zu sehen oder aber auch wegen fehlender Hilfefälle über keine Erfahrungswerte zu verfügen.

Seitens der **Träger der Kriegsopferversorgung und –fürsorge** verneinen der kommunale Sozialverband des Freistaates **Sachsen**, das Landesverwaltungsamt **Thüringen**, das Landesamt für Gesundheit und Soziales **Mecklenburg-Vorpommern**, das Landesamt für Gesundheit und Soziales **Berlin** sowie das Landesamt für Soziales, Jugend und Versorgung **Rheinland-Pfalz** die Frage nach einem Verbesserungsbedarf, ebenso die Sozialministerien des **Saarlandes** und von **Hessen**. Aus Brandenburg heißt es, dass trägerübergreifend keine Erfahrungen vorlägen: Der Leistungskatalog der Versorgungsverwaltung umfasse auch Leistungen für Baderkuren, in der Kriegsopferfürsorge würden Erholungshilfen gewährt. Beide Leistungen würden z.T. in Zusammenarbeit mit dem medizinischen Dienst auf Zweckmäßigkeit und Ziel der Leistung geprüft und ausgewählt.

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

Nach Wahrnehmung der **BA** bestehen derzeit keine Umsetzungsprobleme.

Auch die Rentenversicherungsträger sehen laut **DRV Bund** keine Probleme bei der Umsetzung der Gemeinsamen Empfehlung „Prävention“. Allerdings hätten sie bisher auch kaum Gelegenheit gehabt, Erfahrungen mit der neuen GE zu sammeln.

Aus vereinzelt Rückmeldungen aus dem Bereich der **Integrationsämter** geht hervor, dass dort keine Umsetzungsprobleme gesehen werden. Ein Integrationsamt vertritt die Auffassung, dass § 9 Abs. 1 der Gemeinsamen Empfehlung (betr. Betriebliches Eingliederungsmanagement) kaum umsetzbar sei. Aus Thüringen heißt es, dass keine präventiven Leistungen erbracht würden. Das Integrationsamt Sachsen sieht keine Umsetzungsprobleme, wenn erforderlich werde es seitens des Arbeitgebers in das Präventionsverfahren einbezogen.

Seitens der **Träger der Kriegsopferversorgung und –fürsorge** verneinen der kommunale Sozialverband des Freistaates **Sachsen**, das Landesamt für Gesundheit und Soziales **Berlin**, das **Landesamt** für Gesundheit und Soziales **Mecklenburg-Vorpommern** sowie das **Landesamt** für Soziales, Jugend und Versorgung **Rheinland-Pfalz** die Frage nach Umsetzungsproblemen, ebenso die Sozialministerien des **Saarlandes** und von **Hessen**.

4.5.3 Sonstige Anmerkungen (z. B. Positives):

Die **DRV Bund** teilt mit, dass von einem Rentenversicherungsträger die Aufnahme der Praxisbeispiele im Anhang gelobt werde, da hierdurch die Aktivitäten der Rentenversicherungsträger für Dritte transparenter würden.

4.6 Gemeinsame Empfehlung „Unterstützte Beschäftigung“ nach § 38a Abs. 6 SGB IX

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

Die Frage wird von der **DRV Bund** verneint.

Die **BA** sieht redaktionellen Überarbeitungsbedarf aufgrund des BTHG, auch den Bedarf für eine Aktualisierung bzgl. Dokumentenverweise, z.B. sei unter § 12 Abs. 1 GE „Unterstützte Beschäftigung“ der Verweis auf die Gemeinsame Empfehlung „Teilhabeplan“ überholt. Berücksichtigt werden sollten die Erfahrungen aus den Projekten der BAG UB, z.B. im Hinblick auf die Zusammenarbeit der Akteure, und Hinweise auf optionale Arbeitsmittel seien aufzunehmen.

Von den Integrationsämtern und Hauptfürsorgestellen sind laut **BIH** keine Verbesserungsbedarfe definiert worden. Das Integrationsamt LWL sieht in der Gemeinsamen Empfehlung wie die Rahmenvereinbarung NRW als Leitfaden eine solide Grundlage für die Vorbereitung und Umsetzung der UB-Berufsbegleitung durch die Kooperationspartner. Der Aufbau der Gemeinsamen Empfehlung sei klar strukturiert, die einzelnen Handlungsempfehlungen seien in der Zusammenarbeit durchweg ein- und im Großteil der Fälle umsetzbar. Auch das Integrationsamt Thüringen beurteilt die Gemeinsame Empfehlung als in der Zusammenarbeit mit den Leistungserbringern hilfreich, um die an die Unterstützte Beschäftigung gestellten Anforderungen personeller und qualitativer Art dazustellen und durchzusetzen. Sie böte Transparenz bei der Darstellung von Potentialen der Unterstützten Beschäftigung gegenüber Arbeitgeber und interessierten Teilnehmern in der Öffentlichkeit, da sie konkrete Verfahrenswege, Leistungsinhalte und Perspektiven aufzeige.

Seitens der **Träger der Kriegsoferversorgung und –fürsorge** verneint der kommunale Sozialverband des Freistaates **Sachsen** die Frage nach einem Verbesserungsbedarf, ebenso auch das Landesverwaltungsamt **Thüringen** unter Hinweis darauf, dass im Berichtszeitraum keine Leistungen der unterstützten Beschäftigung durch den Reha-Träger Kriegsopferfürsorge erbracht worden seien. Das Landesamt für Gesundheit und Soziales **Mecklenburg-Vorpommern** sieht ebenfalls keinen Verbesserungsbedarf, weist aber für den Bereich der Kriegsopferfürsorge explizit auch darauf hin, mangels Fälle über keine Erfahrungen zu verfügen. Das Landesamt für Soziales, Jugend und Versorgung **Rheinland-Pfalz** führt aus, dass es nur für den Bereich der Berufsbegleitung antworten könne, in dem vor allem die Agentur für Arbeit zuständig sei. Ein Verbesserungsbedarf wird hinsichtlich der Gemeinsamen Empfehlung nicht gesehen.

Auch das Sozialministerium des **Saarlandes** sieht keinen Verbesserungsbedarf.

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

Die **BA** verneint die Frage.

Die **DRV Bund** zeigt auf, dass in einigen Regionen nach Ablauf der 1. Phase (Individuelle betriebliche Qualifizierung) regelmäßig nur die WfbM empfohlen werde. Andere, vergleichbare Leistungsanbieter würden hier aktiver nach Nischenarbeitsplätzen zu suchen scheinen. Bei Rehabilitanden ohne Schwerbehindertenausweis sei oftmals nicht erkennbar, dass vom Leistungserbringer auf dessen Notwendigkeit für die 2. Förderphase (Berufsbegleitung) hingewiesen werde.

Nach Feststellung der **BIH** hat sich die Gemeinsame Empfehlung grundsätzlich in der praktischen Arbeit bewährt. Sie bilde eine gute Grundlage für die Arbeit im Einzelfall sowie für die Zusammenarbeit mit den Kooperationspartnern. Teilweise werde darauf hingewiesen, dass die Gemeinsame Empfehlung als Basis für länderspezifische Konkretisierungen durch spezielle Vereinbarungen diene und dass sich das Förderinstrument der Unterstützten Beschäftigung in der Praxis gut etabliert habe sowie für schwerbehinderte Menschen eine echte Chance zu einem Weg auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt biete. Die BIH macht zugleich aber darauf aufmerksam, dass es deutliche Hinweise auf eine schwierige Kooperation mit der BA bzw. dem von der BA beauftragten Trägern unterstützter Beschäftigung (UB-Träger) gegeben habe. Die Integrationsämter erhielten kaum oder keine Informationen über den jeweiligen UB-Träger – weder von der BA noch dem UB-Träger selbst (vgl. §13 GE „Unterstützte Beschäftigung“). Seitens der BA werde dies z.B. begründet mit dem Bieterschutz im Ausschreibungsverfahren. Dies gestaltet nach Einschätzung der BIH den Übergang in die Phase 2 der UB unnötig langwierig und zeitaufwendig, da die Mitarbeitenden der UB-Träger oftmals nicht über das Leistungsspektrum des Integrationsamtes informiert seien.

Seitens der **Träger der Kriegsopferversorgung und –fürsorge** verneint der kommunale Sozialverband des Freistaates **Sachsen** ebenso wie das Landesverwaltungsamt **Thüringen** die Frage. Die Gemeinsame Empfehlung habe Eingang in die spezifischen Arbeitsanweisungen für den Träger der Kriegsopferversorgung gefunden und werde insoweit berücksichtigt. Auch dem Landesamt für Soziales, Jugend und Versorgung **Rheinland-Pfalz** sind keine Probleme bekannt. Das Landesamt für Gesundheit und Soziales **Mecklenburg-Vorpommern** sieht ebenfalls keine Umsetzungsprobleme. Für den Bereich der Kriegsopferversorgung weist es darauf hin, dass es

in „KOF-Empfehlungen“ Ausführungen zu den trägerspezifischen Besonderheiten bei der Umsetzung eines „UB-Falles“ gebe.

Keine Umsetzungsprobleme sieht das Sozialministerium des **Saarlandes**.

4.6.3 Sonstige Anmerkungen (z. B. Positives):

Die **BA** bewertet die Gemeinsame Empfehlung „Unterstützte Beschäftigung“ als aussagekräftig und umfassend.

Die **DRV Bund** regt eine Anpassung an die Regelungen des BTHG an.

Das Landesamt für Soziales, Jugend und Versorgung **Rheinland-Pfalz** sieht in unterstützter Beschäftigung eine erfolgversprechende Maßnahme, um Menschen wieder in das Arbeitsleben zu integrieren. „Erst platzieren, dann qualifizieren“ sei für die Integration sehr zielführend. Das Landesamt für Gesundheit und Soziales **Mecklenburg-Vorpommern** weist für den Bereich der Kriegsopferversorgung darauf hin, dass in dem Bundesland die kooperative Vereinbarung zwischen der BA und dem Landesamt den Übergang von der betrieblichen Qualifizierung zur Berufsbegleitung regelt.

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

4.7.1 **Sehen Sie Verbesserungsbedarf bei der Gemeinsamen Empfehlung „Einrichtungen für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben“ und wenn „Ja“ welchen?**

Die **DRV Bund** sieht keinen Verbesserungsbedarf, weist aber darauf hin, dass eine Anpassung an die Regelungen des BTHG vorgenommen werden sollte.

Auch die **BA** spricht sich für redaktionelle Anpassungen der Gemeinsamen Empfehlung aufgrund des BTHG aus. Nach deren Auffassung sollte die übergeordnete Zielsetzung - nachhaltige Integration in den allg. Arbeitsmarkt - deutlicher hervorgehoben und damit der Maßnahmeerfolg stärker fokussiert werden, z.B. durch Konkretisierung von Pflichten zur Gestaltung von Übergängen, zur Nachbetreuung von Teilnehmenden, bzgl. Integrationsbemühungen. Die Prüfrechte auch für BfDI und BRH sollten verankert, ggfs. auch Sanktionsmöglichkeiten aufgenommen werden.

Aus vereinzelt Meldungen von **Integrationsämtern** geht hervor, dass dort (grundsätzlich) kein Verbesserungsbedarf gesehen wird.

Seitens der **Träger der Kriegsopferversorgung und -fürsorge** verneinen der kommunale Sozialverband des Freistaates **Sachsen**, das Landesverwaltungsamt **Thüringen** und das Landesamt für Gesundheit und Soziales **Mecklenburg-Vorpommern** die Frage. Das Landesamt für Gesundheit und Soziales **Berlin** teilt mit, dass die Gemeinsame Empfehlung für den Arbeitsbereich der Hauptfürsorgestelle nicht relevant sei.

Nach Auffassung des Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung **Niedersachsen** regelt die Gemeinsame Empfehlung klar und verbindlich die den Einrichtungen in § 35 SGB IX auferlegten Pflichten mit dem Ziel, über die Herstellung eines einheitlich sachgerechten Niveaus der Leistungserbringung unter Berücksichtigung von geschlechtsspezifischen Anforderungen die Eingliederung in eine dauerhafte Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zu erreichen. Derartige Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation würden durch die Hauptfürsorgestellen im Rahmen der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben häufig beauftragt. Verbesserungsbedarf bzw. Probleme bei der Gemeinsamen Empfehlung seien nicht ersichtlich.

4.7.2 **Sehen Sie Probleme bei der Umsetzung der Gemeinsamen Empfehlung „Einrichtungen für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben“ und wenn „Ja“ welche?**

Umsetzungsprobleme sieht die **BA** darin, dass Ausführungen zum Thema "Wohnen" sich teilweise nicht problemlos umsetzen lassen, z.B. die Unterbringung mit Kind während AU-Zeiten.

Umsetzungsprobleme werden von der **DRV Bund** grundsätzlich verneint. Zwei Träger der Deutschen Rentenversicherung würden jedoch anregen, die Anforderungen zur Struktur und zum Qualitäts- und Leistungshandbuch ergänzend zur Gemeinsamen Empfehlung abzustimmen.

Nach Mitteilung eines **Integrationsamtes** (Hamburg) ergeben sich – jedenfalls bei in seltenen Fällen erfolgreicher Beteiligung - keine Probleme.

Seitens der **Träger der Kriegsopferversorgung und –fürsorge** verneinen der kommunale Sozialverband des Freistaates **Sachsen** und das Landesamt für Gesundheit und Soziales **Mecklenburg-Vorpommern** die Frage nach Umsetzungsproblemen. Laut Landesverwaltungsamt **Thüringen** kommt die Gemeinsame Empfehlung für den Reha-Träger Kriegsopferfürsorge nicht zur Anwendung, so dass auch keine Umsetzungsprobleme benannt werden könnten.

4.7.3 Sonstige Anmerkungen

Laut Mitteilung des kommunalen Sozialverbandes des Freistaates **Sachsen** hat die Gemeinsame Empfehlung „Einrichtungen für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben“ für das Soziale Entschädigungsrecht keine praktische Bedeutung.

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

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

Die **BA** sieht keinen Verbesserungsbedarf. Die Gemeinsame Empfehlung sei ausreichend konkret formuliert. Auch für die Träger der Deutschen Rentenversicherung wird nach Mitteilung der **DRV Bund** kein Verbesserungsbedarf benannt.

Auch verneinen seitens der **Träger der Kriegsopferversorgung und –fürsorge** der kommunale Sozialverband des Freistaates **Sachsen**, das Landesverwaltungsamt **Thüringen**, das Landesamt für Gesundheit und Soziales **Berlin** sowie das Landesamt für Soziales, Jugend und Versorgung **Rheinland-Pfalz** die Frage, ebenso das Sozialministerium des **Saarlandes**. Auch das Landesamt für Gesundheit und Soziales **Mecklenburg-Vorpommern** sieht keinen Verbesserungsbedarf. Die Sozialdienste würden in wenigen Fällen in Anspruch genommen, d.h. durch die Hauptfürsorgestelle beauftragt, ein Gutachten zu erstellen. Die Hauptfürsorgestelle in **Brandenburg** verneint die Frage nach einem Verbesserungsbedarf und vermeldet dazu, dass die Zusammenarbeit insbesondere bei Fällen der Eingliederungshilfe im Rahmen der teilstationären und ambulanten Betreuung (Fachleistungsstunden und Tagesstruktur) auch im Zusammenwirken mit den Jugend- und Sozialämtern gut funktioniere. Hierbei nutze die Kriegsopferversorgung die Erfahrungen bei der Bedarfsermittlung und wende die Ergebnisse entsprechend der Besonderheiten der Leistungsberechtigten nach dem **BVG** an.

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

Nach Auffassung der **BA** werde gelegentlich gezielt auf bestimmte Träger und/oder Maßnahmen hin beraten. Dies führe bei den Betroffenen unter Umständen zu Erwartungen, die aufgrund der Rahmenbedingungen nicht erfüllt werden können.

Die Rentenversicherungsträger sehen nach Mitteilung der **DRV Bund** keine Probleme bei der Umsetzung der Gemeinsamen Empfehlung.

Auch für die **Träger der Kriegsopferversorgung und –fürsorge** bestehen nach Mitteilung des kommunalen Sozialverbandes des Freistaates **Sachsen**, des Landesamtes für Gesundheit und Soziales **Berlin**, des Landesverwaltungsamtes **Thüringen**, des Landesamtes für Gesundheit und Soziales **Mecklenburg-Vorpommern** sowie auch des Landesamtes für Soziales, Jugend und Versorgung **Rheinland-Pfalz** keine Umsetzungsprobleme. Ebenso antwortet das Sozialministerium des **Saarlandes**.

4.8.3 Sonstige Anmerkungen (z. B. Positives):

Die **BA** betont, dass die Sozialdienste im Rehabilitationsprozess einen Beitrag als Bindeglied zwischen den Betroffenen, den Reha-Trägern und weiteren Akteuren leisten, die Zusammenarbeit werde im Allgemeinen als gut beschrieben.

Die **DRV Bund** erwähnt, dass ein Rentenversicherungsträger regelmäßig Schulungen und Info-Veranstaltungen für die Sozialdienste anbiete und in der Vergangenheit immer wieder Vorträge z.B. für Sozialdienste von Kliniken und Krankenhäusern gehalten habe. Andere Rentenversicherungsträger führten regelmäßig gemeinsame Besprechungen mit den Sozialdiensten der Kliniken und dem Reha-Fachberatungsdienst durch. Ein weiterer Rentenversicherungsträger habe in dem Zusammenhang berichtet, dass die gute Vernetzung und ein kontinuierlicher Erfahrungsaustausch auf regionaler Ebene die rasche und zielgerichtete Zuweisung von Patienten im AHB-Verfahren vereinfache.

Die **DGUV** hebt vor dem Hintergrund des BTHG die Regelung des § 4 Abs. 2 der Gemeinsamen Empfehlung „Sozialdienste“ hervor. Sie spricht sich dafür aus, dass ein kontinuierlicher Erfahrungsaustausch zwischen Rehabilitationsträgern und Sozialdiensten im Rahmen der regionalen Netzwerkbildung angestrebt werden sollte.

Laut Mitteilung des kommunalen Sozialverbandes des Freistaates **Sachsen** hatte die Gemeinsame Empfehlung „Sozialdienste“ im Berichtszeitraum für das Soziale Entschädigungsrecht keine praktische Bedeutung. Das Landesverwaltungsamt **Thüringen** teilt ergänzend mit, dass Anfragen an Sozialdienste zeitnah und ausführlich beantwortet würden. Für den Reha-Träger KOF sei die gute Zusammenarbeit in Form von Beratung der Leistungsberechtigten und zur Bedarfsermittlung insbesondere durch den Allgemeinen Sozialdienst der Sozialämter für die Erstellung des Gesamtplans unverzichtbar.

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

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

Die **BA** weist darauf hin, keinen gesetzlichen Auftrag zur Förderung der Selbsthilfe zu haben, dies sei nicht in ihrem Leistungsportfolio enthalten. Die Zusammenarbeit mit Selbsthilfeeinrichtungen erfolge im Rahmen der Netzwerkpflege. Empfohlen werde, die Gemeinsame Empfehlung entsprechend den allgemeinen Entwicklungen und denen im Rahmen des BTHG anzupassen (fachlich inhaltlich wie auch begrifflich).

Laut **DRV Bund** sehen die Träger der Deutschen Rentenversicherung keinen Verbesserungsbedarf bei der Gemeinsamen Empfehlung „Förderung der Selbsthilfe“.

Seitens der **Träger der Kriegsopferversorgung und -fürsorge** verneinen der kommunale Sozialverband des Freistaates **Sachsen**, das **Landesamt für Gesundheit und Soziales Mecklenburg-Vorpommern** (für die Seite der Kriegsopferversorgung) und das **Landesamt für soziale Dienste Schleswig-Holstein** die Frage nach einem Verbesserungsbedarf.

Auch das Sozialministerium **Hessen** verneint einen Verbesserungsbedarf und weist sogleich darauf hin, dass Leistungen zur Selbsthilfe nach § 10 Abs. 6 BVG von den gesetzlichen Krankenkassen nach Maßgabe des SGB V für die Versorgungsverwaltung erbracht würden.

Seitens der **Behindertenverbände/ -organisationen** liegen zur Gemeinsamen Empfehlung „Förderung der Selbsthilfe“ Einzelmeldungen vor. So merkt die **Deutsche Vereinigung Morbus Bechterew** zum Aspekt Pauschalförderung kritisch an, dass bei Antragstellung die Zahlen des laufenden Jahres verlangt würden, obwohl dieses noch nicht zu Ende sei. Auch würde „viel zu viel Papier“ verlangt, welches unmöglich alles gesichtet werde. Der **Deutsche Psoriasis Bund (DPB)** teilt u.a. mit, dass sich das Krankheitsbild „Psoriasis“ und/oder „Psoriasis-Arthritis“ nicht einfach bezüglich krankheitlicher oder rehabilitativer Faktoren dem Kostenträger Gesetzliche Krankenversicherung oder dem der Gesetzlichen Rentenversicherung zuordnen lasse. Vom DPB positiv bewertet wird, dass der Gesetzgeber für die Zuständigkeitsklärung bei Teilhabeleistungen bestimmt habe, dass die Rehabilitationsträger innerhalb von zwei Wochen ihre Zuständigkeit „als Kostenträger“ prüfen müssen. Der DPB würde es begrüßen, wenn in Analogie zu individualen Leistungsentscheidungen sich die Kostenträger bezüglich der Zuordnung in einer festgelegten Zeit auch einigen könnten, wer für die projektbezogene Förderung der Selbsthilfe Leistungsträger ist. Als günstig würde es gleichfalls eingeschätzt, wenn es mehr konkrete Anhaltspunkte gä-

be, die die Zuordnung zum § 13 SGB IX erleichterten, beispielsweise bei der Durchführung von Qualifizierungsmaßnahmen für ehrenamtlich Tätige.

Die **BAG Selbsthilfe** schließt sich vorstehender Stellungnahme inhaltlich an.

Die **Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe** weist darauf hin, dass nach § 3 Abs. 2 GE Stiftungen explizit von der Förderung ausgeschlossen würden, und spricht sich dafür aus, dass hier Ausnahmen möglich sein sollten, die an feste Kriterien geknüpft seien (z. B. Mitgliedschaft in der BAG Selbsthilfe oder Erklärung einer bestimmten Zahl an Selbsthilfegruppen, dass die Stiftung als Selbsthilfeorganisation tätig sei).

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

Die **DRV Bund** vermeldet keine Probleme.

Seitens der **Träger der Kriegsopferversorgung und -fürsorge** verneinen der kommunale Sozialverband des Freistaates **Sachsen** wie auch das Landesamt für Gesundheit und Soziales **Mecklenburg-Vorpommern** (für die Seite der Kriegsopferversorgung) und das Landesamt für soziale Dienste **Schleswig-Holstein** die Frage nach Umsetzungsproblemen.

Das Ministerium für Soziales und Integration **Hessen** teilt mit, dass Probleme bei der Umsetzung der Gemeinsamen Empfehlung durch die gesetzlichen Krankenkassen nicht bekannt seien.

Seitens der **Behindertenverbände/ -organisationen** teilt der **Deutsche Psoriasis Bund (DPB)** mit, dass ihm in Anbetracht dessen, dass von ihm wegen der Abgrenzungproblematik in den letzten Jahren überhaupt keine Förderanträge gestellt worden seien, auch keine Umsetzungsprobleme bekannt seien.

Die **Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe** weist erneut darauf hin, dass Stiftungen, die als Selbsthilfeorganisationen tätig seien, pauschal komplett von der Förderung ausgeschlossen würden.

4.9.3 Sonstige Anmerkungen

Die **DRV Bund** trägt vor, dass mit der Gemeinsamen Empfehlung verschiedene Förder- und Unterstützungsmöglichkeiten aller Vereinbarungspartner aufgezeigt und den Selbsthilfegruppen und -organisationen der Zugang zu diesen Möglichkeiten übersichtlich dargestellt würde. Darüber hinaus würden mehrere Rentenversicherungsträger die Anpassung der Gemeinsamen Empfehlung wegen Inkrafttretens des BTHG (§ 32 SGB IX n.F.) für erforderlich halten.

Laut Mitteilung des kommunalen Sozialverbandes des Freistaates **Sachsen** hatte die Gemeinsame Empfehlung „Förderung der Selbsthilfe“ im Berichtszeitraum für das Soziale Entschädigungsrecht keine praktische Bedeutung. Auch das Landesamt für soziale Dienste **Schleswig-Holstein** verweist auf eine geringe Bedeutung der Gemeinsamen Empfehlung unter Hinweis darauf, dass die Förderung im Bereich der Heilbehandlung durch die Krankenkassen erfolge. In der Kriegsofopferfürsorge könne die Leistung an Versorgungsberechtigte zur Teilnahme an Selbsthilfegruppen erbracht werden, dies sei allerdings keine Förderung im Sinne der Gemeinsamen Empfehlung.

Der **DPB** wertet es als positiv, bei Überlegungen zu Veränderungen der Gemeinsamen Empfehlung „Förderung der Selbsthilfe“ überhaupt einbezogen zu werden.

Die Erhöhung der Förderung wird von der **Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe** ausdrücklich begrüßt.

5. Ausblick

(1)

Überarbeitung der Gemeinsamen Empfehlung Reha-Prozess im Lichte des BTHG

Die weiteren Entwicklungen betreffend das Instrument Gemeinsame Empfehlungen werden in wesentlichen Teilen geprägt sein von der Umsetzung der einschlägigen Änderungen durch das Bundesteilhabegesetz (BTHG). Unmittelbar nach Ablauf des Berichtszeitraums, im Januar 2018, wurde ein Arbeitsentwurf für eine überarbeitete Gemeinsame Empfehlung „Reha-Prozess“ veröffentlicht. Mit dieser Überarbeitung

- führen die Rehabilitationsträger die Gemeinsamen Empfehlungen zur Zuständigkeitsklärung und „Reha-Prozess“ zusammen
- greifen die einschlägigen durch das BTHG ab 1.1.2018 im SGB IX vorgenommenen Änderungen im Teil 1 SGB IX, insbesondere in den Kapiteln 2 bis 4, auf
- setzen den durch das BTHG geregelten neuen gesetzlichen Auftrag zur Vereinbarung von Grundsätzen der Instrumente für die Ermittlung des Rehabilitationsbedarfs nach § 13 um.

Die Veröffentlichung eines Arbeitsentwurfs nach Abschluss der fachlichen Beratungen erfolgt erstmals vor dem Hintergrund des hohen Abstimmungsbedarfs angesichts des Inkrafttretens der neuen gesetzlichen Regelungen zum 1.1.2018. Die neuen gesetzlichen Vorschriften können nach Einschätzung der Beteiligten möglicherweise erhebliche Auswirkungen auf die Gestaltung der trägerübergreifenden Zusammenarbeit, insbesondere nach Antragstellung und im Bereich der Teilhabeplanung, haben.

Es ist damit zu rechnen, dass im kommenden Berichtszeitraum hierzu zahlreiche neue Erkenntnisse zusammengetragen werden können

(2)

Gemeinsame Empfehlung „Prävention“ – Betriebliches Eingliederungsmanagement

Zeitgleich mit dem Inkrafttreten des durch das BTHG neugefassten SGB IX tritt eine überarbeitete Fassung der Gemeinsamen Empfehlung „Prävention“ in Kraft. Sie nimmt ausdrücklich Bezug auf eine Entschließung des Bundestages vom 1.12.2016, in der das BMAS gebeten wurde, die BAR aufzufordern, eine Gemeinsame Empfehlung zum Betrieblichen Eingliederungsmanagement zu vereinbaren.

6. Anlagen

6.1 Fragenkonzept zur Gemeinsamen Empfehlung „Beteiligung der Bundesagentur für Arbeit“ nach § 38 SGB IX

- 1) In welchen Fällen hat sich im Abfrage-/Berichtszeitraum die Notwendigkeit einer Beteiligung der BA nach § 38 SGB IX ergeben?
- 2) Erfolgt im Rahmen einer gutachterlichen Stellungnahme regelmäßig eine umfassende Berücksichtigung der Kontextfaktoren (im Sinne der ICF) in Bezug auf die Person und Umwelt als Voraussetzung für den angestrebten Rehabilitationserfolg (§ 2 Abs. 2 GE)?
- 3) In welcher Weise und welchem Umfang werden bei der Beurteilung der arbeitsmarktlichen Zweckmäßigkeit einer Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben im Rahmen gutachterlicher Stellungnahme gemäß § 3 Abs. 1 GE folgende Aspekte berücksichtigt:
 - der für den betroffenen Menschen in Betracht kommende Arbeitsmarkt
 - die innerhalb angemessener Zeit nach Abschluss der Leistung zu erwartenden, dem Ziel der Leistung entsprechenden BeschäftigungsmöglichkeitenIst dies in der Praxis ausreichend?
- 4) Wie erfolgt in aller Regel die Abstimmung des zuständigen Reha-Trägers mit der BA unter Einbeziehung des betroffenen Menschen in denjenigen Fällen, in denen die angestrebte Leistung von der Agentur für Arbeit als zweckmäßig beurteilt wird? (§ 3 Abs. 3 GE)
- 5) In welchen Fällen ergibt sich die Notwendigkeit einer Einbindung von Fachdiensten der BA (Technische Beratung, Berufspsychologischer Service, Ärztlicher Dienst)? Und wie findet diese Einbindung statt? (§ 4 GE)
- 6) Inwieweit lässt sich vor allem eine qualitative Verbesserung der beruflichen Eingliederung und Teilhabe von leistungsberechtigten Menschen unter Berücksichtigung arbeitsmarktlicher Rahmenbedingungen als Folgewirkung der GE feststellen? (Präambel GE)
- 7) Wo sehen Sie insgesamt Verbesserungsbedarf bei der Gemeinsamen Empfehlung?
 - a. Wo gibt es Schwierigkeiten bei der Umsetzung der Gemeinsamen Empfehlung?
 - b. Wie würden Sie die Regelungen der Gemeinsamen Empfehlung bewerten in Bezug auf
 - ausreichende Klarheit und Verständlichkeit?
 - ausreichende Konkretheit?
 - ausreichende Verbindlichkeit?
 - c. Wo ergeben sich aufgrund der bisherigen Erfahrungen Weiterentwicklungs- und Verbesserungsmöglichkeiten (Ergänzung/Streichung/Änderung)?
- 8) Sonstige Anmerkungen (z.B. Positives)

6.2 Fragenkonzept zur Gemeinsamen Empfehlung „Integrationsfachdienste“ nach § 113 Abs. 2 SGB IX

- 1) Wie erfolgt die Beobachtung der Bedarfe? Wie haben sich die Bedarfe entwickelt?
- 2) Die Hilfestellung durch Integrationsfachdienste soll frühzeitig und unbürokratisch erfolgen. Wie wird dies sichergestellt? Wie werden die Übergänge aus Maßnahmen der Krankenbehandlung bzw. der medizinischen Rehabilitation in den allgemeinen Arbeitsmarkt gestaltet? Wie werden die Übergänge aus schulischen Maßnahmen und aus LTA gestaltet?
- 3) Was sind Ihrer Ansicht nach Erfolgskriterien für eine gute Zusammenarbeit mit Integrationsfachdiensten?
 - a. Nennen Sie bitte treffende Beispiele:
 - b. Welche Rolle hat hierbei der Landeskoordinierungsausschuss gespielt?
- 4) Wenn keine Landeskoordinierungsausschüsse bestehen: Wo liegen die Gründe hierfür?
- 5) Wo sehen Sie insgesamt Verbesserungsbedarf bei der Gemeinsamen Empfehlung?
 - a. Wo gibt es Schwierigkeiten bei der Umsetzung der Gemeinsamen Empfehlung?
 - b. Wie würden Sie die Regelungen der Gemeinsamen Empfehlung bewerten in Bezug auf
 - ausreichende Klarheit und Verständlichkeit?
 - ausreichende Konkretetheit?
 - ausreichende Verbindlichkeit?
 - c. Wo ergeben sich aufgrund der bisherigen Erfahrungen Weiterentwicklungs- und Verbesserungsmöglichkeiten (Ergänzung/Streichung/Änderung)?

Ergänzungsfragen für die BIH

- 6) Werden regionale Beauftragungskontingente - auf Landesebene? auf örtlicher Ebene? - vereinbart? Wenn ja: von wem?
- 7) An welchen Landeskoordinierungsausschüssen beteiligen Sie sich? Wie arbeiten die Landeskoordinierungsausschüsse (Teilnehmer, Themen, Häufigkeit der Treffen, Beteiligung der Verbände der Menschen mit Behinderung)?
- 8) An welchen örtlichen Koordinierungsausschüssen beteiligen Sie sich? Wie arbeiten die örtlichen Koordinierungsausschüsse (Teilnehmer, Themen, Häufigkeit der Treffen, etc.)? Zu welchen Bereichen wurden Konkretisierungen vorgenommen?
- 9) Wenn keine Koordinierungsausschüsse bestehen: Wo liegen die Gründe hierfür?
- 10) Wie erfolgt die Dokumentation nach § 7 der Gemeinsamen Empfehlung?
- 11) Wie wird die Qualitätssicherung nach § 8 der Gemeinsamen Empfehlung sichergestellt?
- 12) Sonstige Anmerkungen (z.B. Positives)

6.3 Fragenkonzept zu den übrigen Gemeinsamen Empfehlungen

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