



REHA-PROZESS

Gemeinsame Empfehlung

**Gemeinsame Empfehlung zur Erkennung und
Feststellung des Teilhabebedarfs, zur Teilhabe-
planung und zu Anforderungen an die Durchfüh-
rung von Leistungen zur Teilhabe (Reha-Prozess)**
gemäß §§ 12 Abs. 1 Nr. 1 bis 3, 13 Abs. 2 Nr. 2, 3,
5, 8 und 9 SGB IX
vom 1. August 2014

IMPRESSUM

Herausgeber:

*Bundesarbeitsgemeinschaft
für Rehabilitation (BAR) e.V.
Solmsstraße 18
60486 Frankfurt/Main
Telefon: +49 69 605018-0
Telefax: +49 69 605018-29
info@bar-frankfurt.de
www.bar-frankfurt.de*

*Nachdruck nur auszugsweise
mit Quellenangabe gestattet.*

*Frankfurt/Main,
August 2014
ISBN 978-3-943714-15-9*

INHALT

<i>Vorwort</i>	8
<i>Präambel</i>	10
<i>Kapitel 1: Allgemeiner Teil</i>	12
§ 1 Leistungen zur Teilhabe	12
§ 2 Ablauf des Rehabilitationsprozesses	12
§ 3 Akteure	13
§ 4 Grundsätze zur Gestaltung des Rehabilitationsprozesses	13
§ 5 Anforderungen an die Zusammenarbeit	14
§ 6 Auskunft, Beratung und Unterstützung	14
§ 7 Zugänglichkeit/Barrierefreiheit	15
§ 8 Datenschutz	15
<i>Kapitel 2: Ausgestaltung des Rehabilitationsprozesses</i>	16
Abschnitt 1: Bedarfserkennung und Einleitung von Leistungen zur Teilhabe	16
§ 9 Grundsätze zur Bedarfserkennung und Einleitung von Leistungen zur Teilhabe	16
§ 10 Anhaltspunkte für Fallgestaltungen, in denen Leistungen zur Teilhabe in Betracht kommen	17
§ 11 Erkennung von Bedarf an Leistungen zur Teilhabe durch einen Rehabilitationsträger und Art und Weise, wie Menschen mit Behinderung diese Leistungen angeboten werden sollen	18
§ 12 Einbindung von weiteren Akteuren in die Bedarfserkennung	20
§ 13 Aktivitäten der Rehabilitationsträger, um die weiteren Akteure in die Lage zu versetzen, Teilhabebedarf möglichst frühzeitig zu erkennen	21
§ 13a Informationsvermittlung und -bereitstellung	21
§ 13b Zusammenarbeit und Informationsaustausch	22
§ 13c Bereitstellung von Hilfen und Instrumenten zur Bedarfserkennung	23
§ 14 Einbindung der Haus-, Fach-, Betriebsärztinnen und -ärzte in die Einleitung von Leistungen zur Teilhabe	24
Abschnitt 2: Bedarfsfeststellung von Leistungen zur Teilhabe	24
§ 15 Grundsätze zur Bedarfsfeststellung von Leistungen zur Teilhabe	24
§ 16 Anforderungen an die Bedarfsfeststellung von Leistungen zur Teilhabe	25
§ 17 Ablauf der individuellen Bedarfsfeststellung von Leistungen zur Teilhabe	25

Abschnitt 3: Teilhabeplanung	26
§ 18 Grundsätze zur Teilhabeplanung	26
§ 19 Anlass zur Erstellung eines Teilhabeplans	26
§ 20 Inhalt und Form des Teilhabeplans	27
§ 21 Erstellung des Teilhabeplans	28
§ 22 Fortschreibung und Anpassung des Teilhabeplans	30
§ 23 Beratung und Mitwirkung von Menschen mit Behinderung oder drohender Behinderung bei der Teilhabeplanung	30
§ 24 Besondere Anforderungen für Teilhabeplanung	31
Abschnitt 4: Anforderungen an die Durchführung von Leistungen zur Teilhabe	32
§ 25 Grundsätzliche Anforderungen an die Durchführung von Leistungen zur Teilhabe	32
§ 26 Verzahnung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation mit Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben	33
§ 27 Information und Kooperation der Rehabilitationsträger mit weiteren Akteuren	34
Abschnitt 5: Aktivitäten zum bzw. nach Ende einer Leistung zur Teilhabe	35
§ 28 Anforderungen zu den Aktivitäten zum bzw. nach Ende einer Leistung zur Teilhabe	35
Kapitel 3: Schlussvorschriften	37
§ 29 Berichterstattung	37
§ 30 Inkrafttreten, Außerkrafttreten	37
Anlagen	38
Anlage 1: Anzeichen zur Erkennung von Anhaltspunkten nach § 10 Abs. 1	38
Anlage 2: Auswahl möglicher Instrumente zur Erkennung bzw. Einschätzung eines ggf. bestehenden Teilhabebedarfs	41
Anlage 3: Übersicht zu Richt- und Leitlinien	44
Anlage 4: Muster betriebliche Tätigkeitsbeschreibung	46
Anlage 5: Teilhabeplan	50
Verzeichnis der Mitwirkenden	58

Wie aus einem Guss: Mit der Gemeinsamen Empfehlung ist es gelungen, den gesamten Regelungstext an einem gemeinsamen und prozessorientierten Grundverständnis auszurichten. Die Grundlage dafür bildet der idealtypische Reha-Prozess mit seinen Phasen:

- Bedarfserkennung,
- Bedarfsfeststellung,
- Teilhabeplanung,
- Durchführung von Leistungen und
- Aktivitäten zum/am Ende einer Leistung zur Teilhabe.

Auf dieser Basis konnten nach intensiven Beratungen vier schon zuvor zu einzelnen Aspekten bestehende Gemeinsame Empfehlungen in einer vollständig überarbeiteten Fassung unter dem Kurztitel „Reha-Prozess“ zusammengeführt werden. Zwei weitere grundlegende Neuerungen fallen dabei besonders ins Gewicht:

- Klare und konkrete inhaltliche Regelungen stehen für eine stärkere Ausrichtung an dem Selbstverständnis der Vereinbarungspartner. Sie geben so Auskunft darüber, was die Regelungen für das Handeln der Leistungsträger bedeuten, welche Schnittstellen zu weiteren Akteuren im Reha-System bestehen und wie diese Akteure bei der Erfüllung ihrer Aufgaben unterstützt werden können.
- Eine neue Struktur des Textes wurde entwickelt:
 - Es werden Grundsätze definiert, die für alle Phasen des Reha-Prozesses gelten. Sie betreffen z. B. Aspekte wie Beratung, die Barrierefreiheit und den Datenschutz sowie die Definition der dabei beteiligten Akteure (Menschen mit Behinderung, betriebliche Akteure, Ärztinnen/Ärzte, Selbsthilfe u. a.).
 - Die einzelnen Phasen basieren auf einem ähnlichen Aufbau, der sich auf die Grundsätze für die jeweilige Phase, deren spezifische Inhalte und Anforderungen sowie auf die dafür geeigneten Formen der Einbindung der Akteure bezieht.
 - Mit der Gemeinsamen Empfehlung ist eine neue Form der Berichterstattung etabliert, die einen Blick darauf ermöglicht, wie die zentralen Inhalte weiterentwickelt werden.

Die übergeordneten Bezüge der Gemeinsamen Empfehlung sind erkennbar, wenn es um Regelungen für die Bedarfserkennung, Teilhabeplanung, Durchführung und Sicherung der Nachhaltigkeit von Leistungen für Menschen mit Behinderung geht. Zunächst stecken die aktuellen Bezugspunkte UN-Behindertenrechtskonvention, Reformprozess der Eingliederungshilfe, Evaluationsvorhaben zum SGB IX den Rahmen für diese neue Gemeinsame Empfehlung ab. Gleichzeitig bestätigt sich die Einsicht in die Notwendigkeit, kontinuierlich trägerübergreifende Prozesse weiterzuentwickeln, um hier zu nachhaltigen Verbesserungen zu kommen.

Dabei nutzen die Vereinbarungspartner die Zusammenhänge innerhalb dieses Rahmens, um das zu fördern, was sich immer stärker als Grundverständnis zeigt: Der Mensch mit Behinderung und seine umfassende Teilhabe rückt in den Mittelpunkt des Handelns. Dann ist es auch konsequent z. B. die individuelle bzw. personenzentrierte Bedarfserkennung und Teilhabeplanung über den Einzelfall hinaus auch konzeptionell zu stärken. Denn hier wird gleichzeitig Potenzial für Fortschritt und Innovation in einem gegliederten System identifiziert.

Die BAR dankt allen an der Entstehung dieser Gemeinsamen Empfehlung Beteiligten, deren Engagement wesentliche Voraussetzung für das vorliegende Ergebnis war.



Dr. Helga Seel
Geschäftsführerin der BAR e.V. –
Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation

Leistungen zur Teilhabe haben das Ziel, die Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe von Menschen mit Behinderung und von Behinderung bedrohter Menschen, einschließlich Menschen mit chronischer Erkrankung, zu fördern, Benachteiligungen zu vermeiden oder ihnen entgegenzuwirken (§ 1 SGB IX). Die Unterstützung bzw. Ermöglichung gesellschaftlicher Teilhabe ist für Menschen mit Behinderung oder drohender Behinderung von zentraler Bedeutung, da diese ihre gesamte Lebenssituation betrifft.

Mit dieser Gemeinsamen Empfehlung wird vor allem an die Artikel 24–27 der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderung (UN-BRK) angeknüpft und vereinbart, wie eine effektive und effiziente Ausgestaltung des gesamten Rehabilitationsprozesses zielgerichtet sichergestellt werden kann. Dies umschließt auch die frühestmögliche, wirksame Erkennung notwendiger Teilhabeleistungen des SGB IX.

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

Eine nahtlose und zügige Gestaltung des Rehabilitationsprozesses sowie nach Gegenstand, Umfang und Ausführung umfassende und einheitliche Erbringung der im Einzelfall erforderlichen Leistungen zur Teilhabe liegt sowohl im Interesse der Menschen mit Behinderung oder drohender Behinderung als auch der zuständigen Rehabilitationsträger. Sie tragen hierfür gemeinsam die Verantwortung, um eine größtmögliche Wirksamkeit der nach wirtschaftlichen Grundsätzen ausgeführten Leistungen zu erzielen. Die Rehabilitationsträger bekennen sich daher unter Berücksichtigung der Regelungen der Zuständigkeit und der Voraussetzungen für die Teilhabeleistungen in den für den jeweiligen Träger geltenden Leistungsgesetzen zu ihrer gemeinsamen Verantwortung die Zusammenarbeit zu verbessern und Abgrenzungsfragen zu klären.

Durch die Koordination der Leistungen und die Kooperation der Rehabilitationsträger stellen diese eine einheitliche Praxis innerhalb des gegliederten Systems der Rehabilitation und Teilhabe sicher. Hierzu sind durch die Rehabilitationsträger Rahmenbedingungen zu schaffen, die

- den Anspruch von Menschen mit Behinderung und von Behinderung bedrohter Menschen auf die Verwirklichung von Chancengleichheit gewährleisten,
- ihnen eine weitestgehend selbstbestimmte Lebensführung ermöglichen sowie
- unter der umfassenden Zielsetzung des § 4 SGB IX die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft, insbesondere die Teilhabe am Arbeitsleben, sichern.

Diese Gemeinsame Empfehlung

- regelt nach § 13 Abs. 2 Nr. 2 SGB IX trägerübergreifend und für alle Vereinbarungspartner, in welchen Fällen und in welcher Weise rehabilitationsbedürftigen Menschen notwendige Leistungen zur Teilhabe angeboten werden sollen,
- beschreibt nach § 13 Abs. 2 Nr. 5 SGB IX, wie Leistungen zur Teilhabe zwischen verschiedenen Trägern koordiniert werden,

- bildet nach § 13 Abs. 2 Nr. 8 SGB IX eine Grundlage dafür, dass und wie die Rehabilitationsträger, behandelnden Ärztinnen und Ärzte, Betriebs- und Werksärztinnen und -ärzte in die Einleitung und Ausführung von Leistungen zur Teilhabe einzubinden sind,
- unterstützt nach § 13 Abs. 2 Nr. 9 SGB IX einen Informationsaustausch der Rehabilitationsträger mit Beschäftigten mit Behinderung, betrieblichen Arbeitnehmervertretungen, Arbeitgeberinnen und Arbeitgebern, Gemeinsamen Servicestellen für Rehabilitation, Integrationsämtern, Beratungsdiensten, Einrichtungen der Rehabilitation und Teilhabe sowie Interessenverbänden der Menschen mit Behinderung oder drohender Behinderung einschließlich der Interessenvertretungen behinderter Frauen und Selbsthilfegruppen,
- regelt nach § 12 Abs. 1 Nr. 1 bis 3 i. V. m. § 13 Abs. 1 SGB IX, dass
 - a) die im Einzelfall erforderlichen Leistungen zur Teilhabe nahtlos, zügig sowie nach Gegenstand, Umfang und Ausführung trägerübergreifend einheitlich erbracht werden,
 - b) Abgrenzungsfragen einvernehmlich geklärt werden,
 - c) Beratung entsprechend den in §§ 1 und 4 SGB IX genannten Zielen geleistet wird und
 - d) entsprechend § 13 Abs. 2 Nr. 3 SGB IX festgelegt wird, in welchen Fällen und in welcher Weise die Klärung der im Einzelfall anzustrebenden Ziele und des Bedarfs an Leistungen schriftlich festzuhalten ist.

Zu diesem Zweck vereinbaren

- die gesetzlichen Krankenkassen,
- die Bundesagentur für Arbeit,
- die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung,
- die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung,
- die Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau,
- die Träger der Kriegsopferversorgung und -fürsorge im Rahmen des Rechts der sozialen Entschädigung bei Gesundheitsschäden,
- die Integrationsämter in Bezug auf Leistungen der begleitenden Hilfe im Arbeitsleben¹

unter Beteiligung

- der Bundesarbeitsgemeinschaft der Landesjugendämter,
- der für die Wahrnehmung der Interessen der ambulanten und stationären Rehabilitation auf Bundesebene maßgeblichen Spitzenverbände,
- der Kassenärztlichen Bundesvereinigung,
- des Verbandes Deutscher Betriebs- und Werksärzte e.V. und
- der Verbände behinderter Menschen einschließlich der Verbände der Freien Wohlfahrtspflege, der Selbsthilfegruppen und der Interessenvertretungen behinderter Frauen

die nachfolgende Gemeinsame Empfehlung.

¹ Die Vereinbarung gilt für die Integrationsämter hinsichtlich ihrer Aufgaben im Rahmen der begleitenden Hilfe im Arbeitsleben gem. § 102 Abs. 1 Nr. 3 SGB IX, sofern der Leistungs-, Handlungs- und Unterstützungsrahmen vergleichbar mit dem der Rehabilitationsträger ist. Insofern sind die Integrationsämter entsprechend dieser Gemeinsamen Empfehlung auch, soweit sie in dieser Empfehlung nicht ausdrücklich genannt sind, einzubeziehen, wenn vom Rehabilitationsprozess gesprochen wird.

Kapitel 1: Allgemeiner Teil

§ 1 Leistungen zur Teilhabe

Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gesellschaft im Sinne dieser Gemeinsamen Empfehlung sind insbesondere

- Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach § 26 SGB IX,
- Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nach §§ 33 und 34 SGB IX,
- ergänzende Leistungen nach § 44 SGB IX,
- Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft nach § 55 SGB IX sowie
- Leistungen der begleitenden Hilfen im Arbeitsleben nach § 102 Abs. 1 Nr. 3 SGB IX.

§ 2 Ablauf des Rehabilitationsprozesses

Die Aktivitäten im Zusammenhang mit dem Rehabilitationsprozess sind modellhaft verschiedenen Phasen zuzuordnen:

- Bedarfserkennung und Einleitung von Leistungen zur Teilhabe (§ 9 bis § 14),
- Bedarfsfeststellung (§ 15 bis § 17),
- Teilhabeplanung (sofern erforderlich, § 18 bis § 24),
- Durchführung von Leistungen zur Teilhabe (§ 25 bis § 27),
- Aktivitäten zum bzw. nach Ende einer Leistung zur Teilhabe (§ 28).

Vorstehende Phasen greifen oftmals ineinander, wobei sich die Bedarfserkennung wie auch die Fortschreibung/Anpassung des Teilhabepplans über alle jeweils nachfolgenden Phasen erstrecken. Entstehen im Verlauf des Rehabilitationsprozesses, insbesondere im Rahmen der Leistungsdurchführung oder der Aktivitäten zum/nach Leistungsende, Hinweise auf einen möglichen weiteren oder darüber hinausgehenden Bedarf an Leistungen zur Teilhabe, folgt erneut die Phase der Bedarfserkennung bzw. -feststellung.

IM MITTELPUNKT DER REHABILITATION UND TEILHABE STEHT DER MENSCH MIT BEHINDERUNG ODER DROHENDER BEHINDERUNG.“

§ 3 Akteure

- (1) Im Mittelpunkt der Rehabilitation und Teilhabe steht der Mensch mit Behinderung oder drohender Behinderung. Die Rehabilitationsträger bekennen sich zu ihrer bedeutsamen Rolle in allen Phasen des Rehabilitationsprozesses und gestalten diese mit Blick auf die Ziele des § 4 SGB IX aus. Daneben sind je nach Phase des Rehabilitationsprozesses verschiedene weitere Akteure, teilweise in unterschiedlicher Form, bedeutsam. Dies betrifft insbesondere:
 - Akteure der medizinisch-therapeutischen Versorgung,
 - betriebliche Akteure,
 - das soziale Umfeld von Menschen mit Behinderung oder drohender Behinderung (z. B. Angehörige),
 - Gemeinsame Servicestellen für Rehabilitation, eigene Beratungsdienste der Rehabilitationsträger sowie in deren Auftrag tätige Gutachter/gutachterliche Dienste und die Integrationsämter²,
 - Akteure der Selbstvertretung und Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung.
- (2) In der Phase der Durchführung von Leistungen zur Teilhabe sowie bei Aktivitäten zum/nach Leistungsende haben neben den vorgenannten Akteuren insbesondere die im Auftrag der Rehabilitationsträger handelnden Einrichtungen und Dienste (Leistungserbringer) wesentlichen Einfluss auf einen erfolgreichen Verlauf und Abschluss der Leistungen zur Teilhabe.
- (3) Die Art der Einbindung vorstehender Akteure wird in Kapitel 2 näher erläutert.

§ 4 Grundsätze zur Gestaltung des Rehabilitationsprozesses

- (1) Verfahren und Strukturen des Rehabilitationsprozesses sind mit dem Ziel zu gestalten, Menschen mit Behinderung oder drohender Behinderung in allen Lebensbereichen ein Höchstmaß an Selbstbestimmung, Inklusion und Partizipation zu ermöglichen und hierfür frühestmöglich die erforderlichen Leistungen zu erbringen. Die Menschen mit Behinderung oder drohender Behinderung selbst sind mit ihren Kompetenzen einzubinden. Frauen mit Behinderung oder drohender Behinderung werden unter Beachtung ihrer konkreten Lebenssituation besonders unterstützt, um ihren spezifischen Belangen Rechnung zu tragen.
- (2) Der gesamte Rehabilitationsprozess von der Bedarfserkennung über die Durchführung bis zu nachgehenden Aktivitäten ist durch die Rehabilitationsträger und die Integrationsämter zügig und nahtlos zu gestalten. Im Interesse einer zügigen Leistungserbringung gestalten die Rehabilitationsträger und die Integrationsämter die Erkennung und Feststellung der im Einzelfall erforderlichen Leistungen zur Teilhabe sowie die Teilhabeplanung möglichst einfach (§ 17 SGB I). Das Verwaltungsverfahren wird dazu einfach, zweckmäßig und zügig durchgeführt.
- (3) Eine zielgerichtete gegenseitige Information und Kooperation der jeweils beteiligten Akteure bildet einen wichtigen Grundbaustein für eine gelingende Leistung zur Teilhabe. Die Abstimmung unter allen in § 13 Abs. 2 Nr. 8 und 9 SGB IX benannten Akteuren und ein reibungsloser Informationsfluss untereinander sind im gesamten Rehabilitationsprozess zu ermöglichen und sicherzustellen.

² Einschließlich ihrer eigenen Fachdienste, insbesondere des Technischen Beratungsdienstes und der in ihrem Auftrag tätigen Integrationsfachdienste.

KAPITEL 1

- (4) Ausgehend vom einheitlichen Recht der Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen im SGB IX bestehen für die Rehabilitationsträger und Integrationsämter sozialrechtlich jeweils definierte Zuständigkeiten und Leistungsvoraussetzungen. Die nachfolgenden Regelungen gelten daher nicht in gleicher Weise für alle Leistungsträger.
- (5) In allen Phasen des Rehabilitationsprozesses ist die Einbeziehung des Menschen mit Behinderung oder drohender Behinderung unter Berücksichtigung seiner Kompetenzen sicherzustellen (vgl. z. B. auch §§ 8, 9 und 11).

§ 5 Anforderungen an die Zusammenarbeit

Zur Realisierung eines einheitlichen und nahtlosen Rehabilitationsprozesses stellen die Rehabilitationsträger und Integrationsämter unverzüglich, insbesondere durch entsprechende Verfahren und Absprachen, sicher, dass auftretende Kooperations-, Zuständigkeits- und Finanzierungsfragen einvernehmlich und rasch ergebnisorientiert geklärt werden und nicht zu Lasten der Menschen mit Behinderung oder drohender Behinderung gehen.

§ 6 Auskunft, Beratung und Unterstützung

- (1) Die Rehabilitationsträger und Integrationsämter³ unterstützen aktiv die Menschen mit Behinderung oder drohender Behinderung durch Leistungen zur Teilhabe, indem sie insbesondere ihre Kompetenzen und ihre Selbstbestimmung fördern.
Um die aktive Mitgestaltung des Beratungsprozesses durch Menschen mit Behinderung oder drohender Behinderung sicherzustellen, ist diesen Menschen einerseits die Möglichkeit der aktiven Mitarbeit zu geben. Andererseits sollen diese Menschen in die Lage versetzt werden, selbst aktiv das Beratungsgeschehen mitzugestalten. Es muss gewährleistet sein, dass der Mensch mit Behinderung oder drohender Behinderung jederzeit Beistand durch Personen des Vertrauens (z. B. Interessenvertreterinnen bzw. Interessenvertreter, Peers) einbinden kann.
- (2) Die Rehabilitationsträger stellen für Menschen mit Behinderung oder drohender Behinderung und deren soziales Umfeld durch die Gemeinsamen Servicestellen für Rehabilitation nach §§ 22, 23 SGB IX ein flächendeckendes, bürgernahes, umfassendes Auskunfts-, Beratungs- und Unterstützungsangebot zu allen Fragen und Angelegenheiten der Rehabilitation und Teilhabe sicher.
Im Rahmen ihrer umfassenden Beratungs- und Unterstützungsaufgaben nach §§ 22, 84 SGB IX kommt den Gemeinsamen Servicestellen für Rehabilitation eine zentrale Rolle zu, da sie durch ein proaktives Handeln Personen, Betrieben und Institutionen einen frühzeitigen und leichten Zugang zu einem sozialraumorientierten Informations- und Beratungsangebot der Rehabilitationsträger und Integrationsämter ermöglichen können.
- (3) Rehabilitationsträger bieten auch über ihre trägerspezifischen Auskunfts- und Beratungsstellen Auskünfte zu Leistungen zur Teilhabe an und stellen Beratung sicher.

³ Im Rahmen ihres gesetzlichen Auftrages nach § 102 Abs. 1 Nr. 3 SGB IX und ihrer Zuständigkeit für die begleitenden Hilfen im Arbeitsleben zur Teilhabe schwerbehinderter Menschen, sofern der Leistungs-, Handlungs- und Unterstützungsrahmen vergleichbar mit dem der Rehabilitationsträger ist.

KAPITEL 1

- (4) Bereits im Rahmen der Auskunfts- und Beratungsarbeit ist auf mögliche Rechte (z. B. Wunsch- und Wahlrecht) und Pflichten (z. B. Mitwirkungspflichten) der Menschen mit Behinderung oder drohender Behinderung hinzuweisen.
- (5) Der für die Sozialleistung bzw. der nach § 14 SGB IX zuständige Rehabilitationsträger ist dafür verantwortlich, dass die Menschen mit Behinderung oder drohender Behinderung in jeder Phase des Rehabilitationsprozesses (insbesondere auch bei der Durchführung von Leistungen zur Teilhabe) eine Ansprechpartnerin bzw. einen Ansprechpartner haben, die bzw. der sie berät, unterstützt und begleitet.

§ 7 Zugänglichkeit ⁴/Barrierefreiheit

- (1) Die Rehabilitationsträger berücksichtigen die Anforderung der Zugänglichkeit/Barrierefreiheit sowohl bei Informations- und Beratungsangeboten als auch beim Verwaltungsverfahren. Insbesondere der Kommunikationsprozess zwischen den Menschen mit Behinderung oder drohender Behinderung und den Rehabilitationsträgern ist barrierefrei zu ermöglichen (z. B. Hinzuziehung eines Gebärdensprachdolmetschers).
- (2) Wird ein Teilhabeplan erstellt (Kapitel 2, Abschnitt 3: Teilhabeplanung), ist dieser in barrierefreier Form zugänglich zu machen.
- (3) Die Rehabilitationsträger verpflichten sich, dass Leistungen zur Teilhabe barrierefrei zur Verfügung stehen.

§ 8 Datenschutz

- (1) Während des Rehabilitationsprozesses und während des damit in Verbindung stehenden Verwaltungsverfahrens sind der Schutz der personenbezogenen Daten einschließlich der Sozialdaten sowie das Recht auf informationelle Selbstbestimmung im Rahmen der Wahrung der Persönlichkeitsrechte zu gewährleisten.
- (2) Auch bei der Erstellung des Teilhabeplans und der Weitergabe der Daten durch den zuständigen Rehabilitationsträger an die weiteren beteiligten Rehabilitationsträger und die jeweiligen Leistungserbringer ist der Datenschutz zu wahren. Insbesondere sind das Einwilligungserfordernis und der Grundsatz der Erforderlichkeit der Datenerhebung und -übermittlung zu beachten.

4 Entnommen aus Art. 9 UN-BRK.

Kapitel 2: Ausgestaltung des Rehabilitationsprozesses

Abschnitt 1: Bedarfserkennung und Einleitung von Leistungen zur Teilhabe

In der Phase der Bedarfserkennung geht es um das Erkennen von potenziellem Bedarf an Leistungen zur Teilhabe.

§ 9 Grundsätze zur Bedarfserkennung und Einleitung von Leistungen zur Teilhabe

- (1) Leistungen zur Teilhabe haben Vorrang vor Rentenleistungen sowie Leistungen infolge Pflegebedürftigkeit, weshalb ein zielgerichtetes, umfassendes und möglichst frühzeitiges Erkennen eines Bedarfs an Leistungen zur Teilhabe besonders bedeutsam ist ⁵.
- (2) Damit Menschen mit Behinderung oder drohender Behinderung die für sie erforderlichen Leistungen zur Teilhabe im frühestmöglichen Stadium erhalten, ist es erforderlich, dass Anzeichen eines möglichen Bedarfs an Leistungen zur Teilhabe frühzeitig erkannt werden. Das Erkennen solcher Anzeichen ist gemeinsame Aufgabe der Rehabilitationsträger sowie aller potenziell am Rehabilitationsprozess beteiligten Akteure (§ 3). Dafür ist es notwendig, eine systematische, gegenseitige Information und Kooperation in einem kontinuierlichen Entwicklungsprozess sicherzustellen (auch § 4 Abs. 3 und § 8).
- (3) Leistungen zur Teilhabe ⁶ sind angezeigt, wenn eine individuelle Rehabilitationsbedürftigkeit und Rehabilitationsfähigkeit festgestellt und ein Rehabilitationsziel mit positiver Rehabilitationsprognose formuliert werden kann. Eine Rehabilitationsbedürftigkeit besteht, wenn infolge einer Schädigung der Körperfunktionen und -strukturen und/oder Beeinträchtigungen der Aktivitäten unter Berücksichtigung von personbezogenen und Umweltfaktoren die Teilhabe an Lebensbereichen bedroht oder beeinträchtigt ist ⁷.

IN DER PHASE DER BEDARFSERKENNUNG GEHT ES UM DAS ERKENNEN VON POTENZIELLEM BEDARF AN LEISTUNGEN ZUR TEILHABE.“

⁵ Die Besonderheiten des Nach-, Gleich- und Vorrangs von Leistungen der Eingliederungshilfe im Verhältnis zu anderen Leistungen bleiben unberührt.

⁶ Gilt nicht für ergänzende Leistungen und Leistungen der begleitenden Hilfen im Arbeitsleben.

⁷ Näheres zu Begriffen und Konzept der ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) siehe www.dimdi.de oder „ICF-Praxisleitfaden 1 beim Zugang zur Rehabilitation“ der BAR.

§ 10 Anhaltspunkte für Fallgestaltungen, in denen Leistungen zur Teilhabe in Betracht kommen

- (1) Nach § 13 Abs. 2 Nr. 2 SGB IX sollen in definierten Fällen rehabilitationsbedürftigen Menschen notwendige Leistungen angeboten werden, insbesondere um eine durch eine Chronifizierung von Erkrankungen bedingte Behinderung zu verhindern. Anhaltspunkte für einen möglichen Bedarf an Leistungen zur Teilhabe und somit für Fallgestaltungen entsprechend Satz 1 ergeben sich oftmals aus bereits vorliegenden Informationen. Ein möglicher Bedarf besteht insbesondere bei Personen auf die mindestens einer der nachfolgend aufgeführten Sachverhalte zutrifft⁸:
- a) Länger als sechs Wochen ununterbrochene oder wiederholte Arbeitsunfähigkeit innerhalb der letzten 12 Monate z. B. im Rahmen des Betrieblichen Eingliederungsmanagements.
 - b) Bestehen einer chronischen Erkrankung oder einer Multimorbidität bei Menschen jeden Alters.
 - c) Wiederholte oder lang andauernde ambulante oder stationäre Behandlungen wegen derselben Erkrankung; insbesondere dann, wenn durch eine Erkrankung eine Behinderung oder eine Gefährdung bzw. Minderung der Erwerbsfähigkeit droht.
 - d) Gesundheitliche Beeinträchtigungen bei der Ausübung oder Aufnahme einer Erwerbstätigkeit sowie ein (drohender) krankheitsbedingter Arbeitsplatzverlust.
 - e) Beantragung oder Bezug einer teilweisen oder vollen Erwerbsminderungsrente.
 - f) (Möglicher) Eintritt oder Verschlimmerung einer Pflegebedürftigkeit.
 - g) Besonders belastende Ausbildungs-, Arbeits- und Lebensbedingungen.
 - h) Verschlimmerung oder sich neu ergebende Aspekte für eine mögliche Verbesserung des Leistungs- und Teilhabevermögens nach bereits in Anspruch genommener Teilhabeleistung.
 - i) Gesundheitsstörung, der vermutlich eine psychische Erkrankung, eine psychosomatische Reaktion oder eine Suchtmittelabhängigkeit zugrunde liegt.
 - j) Zustand nach traumatischen Erlebnissen.
- (2) Neben einer (chronischen) Erkrankung, deren Prognose und den ggf. speziellen Gefährdungs- und Belastungsfaktoren sind insbesondere die Auswirkungen des Gesundheitsproblems⁹ für einen potenziellen Bedarf an Leistungen zur Teilhabe maßgeblich. Die dazu notwendige systematische Beschreibung von Krankheitsauswirkungen bzw. möglichen Wechselwirkungen zwischen der Person mit ihrem Gesundheitsproblem und ihrer Funktionsfähigkeit mit den gegebenen Kontextfaktoren¹⁰ ermöglicht die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (International Classification of Functioning, Disability and Health – ICF)¹¹. Mittels der ICF können ausgehend vom bestehenden Gesundheitsproblem neben Auswirkungen auf der Ebene der Körperfunktionen und -strukturen Beeinträchtigungen der Aktivitäten und der Teilhabe in den für Menschen wichtigen Lebensbereichen systematisch erfasst und beschrieben werden.

8 Die unter Punkt b) sowie g) bis j) benannten Anhaltspunkte werden in Anlage 1 dieser Gemeinsamen Empfehlung durch mögliche Anzeichen für deren Vorliegen konkretisiert. Typische Bedarfsanlässe aus dem Bereich der Eingliederungshilfe sind hier noch nicht explizit ausformuliert.

9 Ein Gesundheitsproblem ist aus den Krankheitsdiagnosen nach der jeweils gültigen Fassung der ICD abzuleiten (Internationale Klassifikation der Krankheiten). Aus dem Bestehen einer Erkrankung allein ist ein möglicher Bedarf an Teilhabeleistungen nicht hinreichend ableitbar.

10 Die Kontextfaktoren stellen den gesamten Lebenshintergrund eines Menschen dar und umfassen die Komponenten Umweltfaktoren und personbezogene Faktoren.

11 Siehe Fußnote 6.

§ 11 Erkennung von Bedarf an Leistungen zur Teilhabe durch einen Rehabilitationsträger und Art und Weise, wie Menschen mit Behinderung diese Leistungen angeboten werden sollen

- (1) Zur Umsetzung von § 13 Abs. 2 Nr. 2 SGB IX stellen die Rehabilitationsträger durch entsprechende interne Verfahrensabläufe für ihren jeweiligen Bereich sicher, dass bei der Betreuung und Begleitung der Menschen mit Behinderung oder drohender Behinderung frühzeitig und gezielt auf Indizien für einen Teilhabebedarf geachtet und ggf. auf eine Antragstellung hingewirkt wird. Dies kann z. B. durch ein Fallmanagement insbesondere in Arbeitsunfähigkeits- und Krankenhausfällen oder durch eine gezielte Auswertung von Entlassungsberichten¹² erfolgen.
Ergeben sich bei einem Rehabilitationsträger aus den spezifischen Aktivitäten oder darüber hinaus Anhaltspunkte für einen möglichen Teilhabebedarf (§ 10), prüft dieser in Abstimmung mit dem Menschen mit Behinderung oder drohender Behinderung und ggf. unter Einbeziehung weiterer Akteure (§ 3) die mögliche Rehabilitationsbedürftigkeit auch unter Berücksichtigung des arbeits- und berufsbezogenen Umfelds.
- (2) Um eine frühzeitige Erkennung eines potenziellen Teilhabebedarfs zu erreichen, wirken die Rehabilitationsträger durch die Bereitstellung von Informationsmaterialien und weitere geeignete Mittel (z. B. Verwaltungsabsprachen, Kooperationsvereinbarungen) darauf hin, dass bei anderen Sozialleistungsträgern rehabilitative Aspekte berücksichtigt werden. Dies gilt insbesondere für die Grundsicherungsstellen nach SGB II hinsichtlich gesundheitlicher Einschränkungen auf die Berufsausübung oder Beschäftigungs- oder Vermittlungsfähigkeit.
- (3) In Fällen, in denen Sozialleistungen wegen oder unter Berücksichtigung einer Behinderung oder drohender Behinderung beantragt oder erbracht werden, prüft der jeweilige Rehabilitationsträger oder das Integrationsamt, ob sich über die individuelle Zuständigkeit hinaus ein möglicher Bedarf an Leistungen zur Teilhabe ergibt.
- (4) Für die Feststellung eines Bedarfs an Leistungen zur Teilhabe ist ein Antrag bzw. eine Einverständniserklärung des Menschen mit Behinderung oder drohender Behinderung grundsätzlich erforderlich, weshalb in den Fällen nach Abs. 1 bis 3 die Rehabilitationsträger oder das Integrationsamt auf die Einleitung eines Antragsverfahrens hinwirken. Die individuelle Lebenssituation des Menschen mit Behinderung oder drohender Behinderung und seine berechtigten Wünsche (§§ 1 Satz 2, 4 Abs. 3, 9 Abs. 1, 10 Abs. 3 SGB IX) sind dabei zu berücksichtigen. Verfahren von Amts wegen werden entsprechend den Regelungen der jeweiligen Leistungsträger veranlasst.
- (5) Die Rehabilitationsträger fördern die Konkretisierung eines möglichen Teilhabebedarfs von Menschen mit Behinderung oder drohender Behinderung durch den Einsatz von Instrumenten, z. B. Screeningverfahren und Selbstauskunftsbögen. Vorhandene Instrumentarien zur Erkennung des Bedarfs an Leistungen zur Teilhabe sind unter Nutzung der Möglichkeiten des bio-psycho-sozialen Modells der ICF weiterzuentwickeln und, wo möglich, trägerübergreifend zu vereinheitlichen.

¹² Der gesetzlichen Krankenversicherung liegen in der Regel keine Entlassungsberichte vor.

KAPITEL 2

- (6) Die Rehabilitationsträger oder Integrationsämter fragen im Rahmen des Antragsverfahrens über die antragstellende berufstätige Person die zuständige Betriebsärztin bzw. den Betriebsarzt/Arbeitsmedizinischen Dienstleister ab, wenn berufliche Aspekte im Einzelfall relevant sind. Eine dazu eventuell notwendige Ermittlung kann mit Zustimmung dieser Person auch über die jeweilige Arbeitgeberin bzw. den jeweiligen Arbeitgeber erfolgen. Damit kann eine Abfrage von Arbeitsplatz- bzw. Tätigkeitsbeschreibungen und/oder beruflichen Anforderungsprofilen (vgl. § 14 Abs. 3) verbunden werden. Vorgenannte Informationen bilden eine wesentliche Grundlage für die koordinierte Steuerung des Rehabilitationsprozesses. Die Rehabilitationsträger und Integrationsämter stellen bei Bedarf mit Zustimmung des Menschen mit Behinderung oder drohender Behinderung den Informationsweg zwischen behandelnder Ärztin bzw. behandelndem Arzt und der Betriebsärztin bzw. dem Betriebsarzt her.
- (7) Wenn im Verlauf des Rehabilitationsprozesses einem Rehabilitationsträger oder einem Integrationsamt Informationen zur Kenntnis gelangen, die für die anschließende oder ergänzende Versorgung durch einen anderen Rehabilitationsträger bzw. ein Integrationsamt von Bedeutung sein können, soll der aktuell zuständige Rehabilitationsträger bzw. das Integrationsamt unverzüglich
- auf die Person zugehen und
 - diese darauf hinweisen sowie
 - um Einwilligung zur Weiterleitung/Übermittlung der erforderlichen Informationen an einen evtl. nachgehend zuständigen Leistungsträger bitten (unter Hinweis auf die Freiwilligkeit).

Anlass dazu kann beispielsweise sein:

- Entlassungsbericht mit Hinweis auf Folgebedarf für Hilfsmittel
- Begutachtung bei Arbeitsunfähigkeit mit Anhaltspunkten für einen Bedarf an Leistungen zur Teilhabe

„**D**IE REHABILITATIONSTRÄGER FÖRDERN DIE KONKRETI-
SIERUNG EINES MÖGLICHEN TEILHABEBEDARFS VON
MENSCHEN MIT BEHINDERUNG ODER DROHENDER
BEHINDERUNG DURCH DEN EINSATZ VON INSTRUMENTEN“

§ 12 Einbindung von weiteren Akteuren in die Bedarfserkennung

- (1) Da die Rehabilitationsträger aufgrund der ihnen vorliegenden Informationen selbst nicht alle Fälle erkennen können, in denen ein potenzieller Teilhabebedarf besteht, sind sie auf die Mitwirkung weiterer Akteure im Rahmen der Bedarfserkennung angewiesen (vgl. § 3).
- (2) Die Menschen mit Behinderung oder drohender Behinderung selbst, ihre Angehörigen und Personensorgeberechtigten¹³ sollen in die Lage versetzt werden, einen möglichen Bedarf an Leistungen zur Teilhabe zu erkennen, um Hilfen einzufordern bzw. Beratungsdienste aufzusuchen und ggf. einen Antrag auf Leistungen zur Teilhabe zu stellen. Die Rehabilitationsträger und das Integrationsamt unterstützen hierbei insbesondere die Information und Aufklärung der Bürger zu den Leistungen der Teilhabe.
- (3) Akteure der medizinisch-therapeutischen Versorgung, wie niedergelassene (Fach-) Ärztinnen und Ärzte, Ärztinnen und Ärzte in Krankenhäusern und teilstationären Angeboten, Betriebsärztinnen und -ärzte, Psychotherapeutinnen und -therapeuten sowie Angehörige von Gesundheitsberufen¹⁴, sind oft die ersten professionellen Akteure des Gesundheitssystems, die einen möglichen Bedarf an Leistungen zur Teilhabe erkennen können. Daher sind diese darin gezielt zu unterstützen, Menschen mit Behinderung oder drohender Behinderung
 - über geeignete Leistungen zur Teilhabe zu beraten,
 - in ihrer Motivation und Mitwirkung zur Inanspruchnahme und aktiven Teilnahme an diesen Leistungen zu bestärken und
 - bei Anhaltspunkten für einen Bedarf an Leistungen zur Teilhabe bei der Antragstellung zu unterstützen oder eine Beratung zu veranlassen¹⁵.
- (4) Betriebliche Akteure, wie Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber, Schwerbehindertenvertretungen und Personal-/Betriebsrätinnen und -räte, sollen in die Lage versetzt werden, Veränderungen, die sie im Verhalten sowie als Beeinträchtigungen in den Aktivitäten und der Teilhabe bei Beschäftigten wahrnehmen, zu erkennen und diese Menschen ggf. auf Hilfsangebote und Beratungsdienste, z. B. die Gemeinsamen Servicestellen für Rehabilitation, hinzuweisen.
- (5) Wesentliche Anhaltspunkte für einen möglichen Teilhabebedarf können sich auch bei Akteuren im sozialen oder pädagogischen Kontext ergeben, wie Betreuerinnen und Betreuer, Sozialarbeiterinnen und -arbeitern, sozialen Beratungsdiensten¹⁶, Lehrerinnen und Lehrern, Jugendleiterinnen und -leitern und Erzieherinnen und Erziehern, sowie im Kontext der Selbstvertretung und Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung, wie Selbsthilfegruppen/-organisationen und Interessenverbänden der Menschen mit Behinderung. Diese Akteure gilt es, entsprechend der in Abs. 4 formulierten Zielstellung der Erkennung von Beeinträchtigungen und des Umgangs damit, zu sensibilisieren.

13 Nach § 60 SGB IX zählen hierzu Eltern, Vormünder, Pflegerinnen und Pfleger sowie gesetzliche Betreuerinnen und Betreuer.

14 Z. B. Physiotherapeutinnen und -therapeuten, Ergotherapeutinnen und -therapeuten.

15 Benannte Zielstellungen gelten auch für Ärztinnen und Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes und Angehörige anderer Gesundheitsberufe oder -institutionen, z. B. psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten, (Sucht-) Beratungsstellen.

16 Suchtberatungsstellen, Sozialpsychiatrische Dienste, Ehe- und Familienberatungen, Schuldnerberatungen, Beratungsstellen zur Rehabilitation für Mütter/Väter, Frühförderstellen u. a.

§ 13 Aktivitäten der Rehabilitationsträger, um die weiteren Akteure in die Lage zu versetzen, Teilhabebedarf möglichst frühzeitig zu erkennen

Die Rehabilitationsträger stellen durch verschiedene Aktivitäten (§ 13a bis § 13c) sicher, dass die in § 12 Abs. 2 bis 5 benannten Akteure in die Lage versetzt werden, einen Teilhabebedarf möglichst frühzeitig zu erkennen.

§ 13a Informationsvermittlung und -bereitstellung

- (1) Zur Unterstützung der in § 12 Abs. 2 bis 5 benannten Akteure bei der möglichst frühzeitigen Erkennung potenziellen Teilhabebedarfs stellen die Rehabilitationsträger und Integrationsämter zielgruppenspezifische Informationen über Leistungen zur Teilhabe bereit. Diese beziehen sich auf Anhaltspunkte und ggf. Instrumente zur Erkennung eines möglichen Teilhabebedarfs, Inhalte, Ziele und Zugangswege zu Leistungen zur Teilhabe, Kriterien zur Feststellung eines möglichen Teilhabebedarfs sowie Ansprechpartner und Beratungsmöglichkeiten.
- (2) Hinsichtlich der Menschen mit Behinderung oder drohender Behinderung wird insbesondere Erfordernissen nach zielgruppenspezifischen Informationsmaterialien für Personengruppen, bei denen Anhaltspunkte nach § 10 vorliegen, Rechnung getragen. Für die in § 61 SGB IX benannten Personengruppen¹⁷ stellen die Rehabilitationsträger mittels zielgruppenspezifischer Informationen sicher, dass diese in die Lage versetzt werden, auf mögliche Hilfe- und Beratungsdienste hinzuweisen.
- (3) Über die in Abs. 1 benannten Inhalte hinaus beinhalten die Informationen für Akteure der medizinisch-therapeutischen Versorgung insbesondere auch solche zu Anforderungen an ärztliche Befundberichte und Verfahrenswege der Bedarfserkennung.
- (4) Vorgenannte Informationen zu Leistungen zur Teilhabe stellen die Rehabilitationsträger und Integrationsämter mittels Informationsmaterialien, z. B. schriftlich oder über ihre Internetangebote, bereit. Darüber hinaus können zur Erreichung der in § 12 formulierten Zielstellungen auch weitere Informationswege zielführend sein. Dies bezieht sich z. B. auf (ggf. zielgruppenspezifische) Informationsveranstaltungen sowie Informationsangebote im Rahmen persönlicher Beratung. Auf betrieblicher Ebene suchen die Rehabilitationsträger und Integrationsämter auf Anforderung Betriebe auf, informieren vor Ort in Beratungsgesprächen über Leistungen zur Teilhabe und leisten im Einzelfall Unterstützung bei der Bedarfserkennung und Antragstellung.

¹⁷ Hierzu zählen neben Ärztinnen und Ärzten Hebammen, Entbindungspfleger, Medizinalpersonen, Lehrerinnen und Lehrer, Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Jugendleiterinnen und Jugendleiter sowie Erzieherinnen und Erzieher (§ 61 SGB IX).

§ 13b Zusammenarbeit und Informationsaustausch

- (1) Eine effektive Zusammenarbeit mit den in der Phase der Erkennung von Teilhabebedarf besonders relevanten Akteuren stellt für die Rehabilitationsträger und die Integrationsämter einen wichtigen Grundbaustein dar, um eine möglichst frühzeitige Bedarfserkennung und Leistungserbringung zu ermöglichen. Besonders bedeutsam ist hier mittels etablierter Kooperationsformen die beabsichtigten Zielgruppen mit den (ggf. jeweils zielgruppenspezifisch) bereitgestellten Informationen zu erreichen.
- (2) Die Unterstützung der Menschen mit Behinderung oder drohender Behinderung kann z. B. auch durch Zusammenarbeit mit Schulen, Betrieben, Behindertenverbänden und -vertretungen, Selbsthilfe, Beratungsdiensten, Sozialdiensten im Krankenhaus, Arztpraxen und/oder anderen Sozialleistungsträgern erfolgen.
- (3) Die Rehabilitationsträger bieten den Akteuren der medizinisch-therapeutischen Versorgung sowohl eine zielgerichtete, verbindliche Zusammenarbeit (z. B. mittels Kooperationsvereinbarungen) mit entsprechenden Organisationen, z. B. Ärztekammern, den Kassenärztlichen Vereinigungen, Berufsverbänden von Ärzten als auch durch die Nutzung regionaler Strukturen (z. B. Qualitätszirkel der Hausärztinnen/-ärzte) an.
Die Rehabilitationsträger entwickeln mit weiteren Akteuren (z. B. niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten, ambulanten und stationären Einrichtungen, Verbänden behinderter Menschen, Fachverbänden etc.) verbindliche Strukturen, die ein regelhaftes und verlässliches System zum Informationsaustausch und zur Zusammenarbeit sicher stellen, das der möglichst frühzeitigen Erkennung eines Teilhabebedarfs und Einleitung von Leistungen zur Teilhabe dient.
- (4) Hinsichtlich der Zusammenarbeit mit betrieblichen Akteuren etablieren die Rehabilitationsträger und die Integrationsämter geeignete Verfahren und Strukturen zur Sicherstellung eines kontinuierlichen und verlässlichen Informationsaustauschs mit Beschäftigten mit Behinderung oder drohender Behinderung, Arbeitgeberinnen und Arbeitgebern sowie den in § 83 SGB IX genannten betrieblichen Vertretungen der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer. Ziel dieser Zusammenarbeit ist es, möglichst frühzeitig einen möglichen Bedarf für Leistungen zur Teilhabe zu erkennen und ggf. die notwendigen Maßnahmen umgehend einzuleiten. Bewährt haben sich dabei Betriebsvereinbarungen, Integrationsvereinbarungen, Unterweisungen sowie die Bildung von Arbeitskreisen „Gesundheit“.
Die Rehabilitationsträger und Integrationsämter unterstützen ferner die (Weiter-) Entwicklung von Strukturen zur frühzeitigen Erkennung eines Teilhabebedarfs sowie der Einleitung von Leistungen zur Teilhabe in Kooperation mit allen Akteuren in den Betrieben. Sie knüpfen dazu an vorhandenen Organisationsstrukturen des betrieblichen Arbeits- und Gesundheitsschutzes, des betrieblichen Gesundheitswesens und der Schwerbehindertenvertretung bei schwerbehinderten Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern in den Betrieben und Regionen an.
Die Rehabilitationsträger und die Integrationsämter entwickeln Strukturen für den Informationsaustausch mit regionalen Organisationen, insbesondere Kreishandwerkerschaften, Handwerks-, Industrie- und Handelskammern, Unternehmensverbänden sowie Gewerkschaften, um eine zielgerichtete, adressatenspezifische Aufklärung von Akteuren der betrieblichen Ebene über die Erkennung eines möglichen Teilhabebedarfs zu ermöglichen.

§ 13c Bereitstellung von Hilfen und Instrumenten zur Bedarfserkennung

- (1) Für alle Akteure sind die in § 10 und Anlage 1 benannten Anhaltspunkte und Anzeichen bedeutsame Kriterien, die auf einen potenziellen Teilhabebedarf hinweisen können und bei denen eine zielgerichtete Beratung oder die Anregung einer Antragstellung erfolgen sollte. Anlage 2 dieser Gemeinsamen Empfehlung benennt darüber hinaus mögliche Instrumente zur Erkennung bzw. zur Einschätzung eines ggf. bestehenden Teilhabebedarfs für benannte Akteure.
- (2) Zur Unterstützung der Erkennung eines möglichen Bedarfs an Leistungen zur Teilhabe durch Akteure der medizinisch-therapeutischen Versorgung fördern die Rehabilitationsträger den Einsatz von Richt-/Leitlinien¹⁸, Screening- bzw. Assessmentverfahren sowie strukturierten Befundberichten. Diese sind, wo möglich, unter Nutzung der Möglichkeiten des bio-psycho-sozialen Modells der ICF auszurichten.
- (3) Die Rehabilitationsträger empfehlen für betriebliche Akteure als Entscheidungshilfe für das Erkennen eines möglichen Teilhabebedarfs u. a. die systematische Auswertung von Ergebnissen allgemeiner und spezieller arbeitsmedizinischer Vorsorgeuntersuchungen sowie von Ergebnissen betrieblicher Gefährdungsbeurteilungen.
Für Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber ergibt sich eine besondere Verpflichtung durch die Regelungen zur Durchführung von Maßnahmen zur betrieblichen Prävention nach § 84 SGB IX, bei denen die Erkennung eines potenziellen Bedarfs an Leistungen zur Teilhabe von Bedeutung sein kann.
- (4) Die für die frühzeitige Bedarfserkennung erforderlichen trägerübergreifenden Maßstäbe, Standards und Instrumente sind weiterzuentwickeln bzw. durch Anpassung und Vereinheitlichung vorhandener Instrumente und Richtlinien zu präzisieren.

18 Vgl. Anlage 3.

§ 14 Einbindung der Haus-, Fach-, Betriebsärztinnen und -ärzte in die Einleitung von Leistungen zur Teilhabe

- (1) Entsprechend der Verpflichtung aus § 13 Abs. 2 Nr. 8 SGB IX informieren die Rehabilitationsträger und Integrationsämter über die Möglichkeit der Einleitung von Leistungen zur Teilhabe durch die behandelnden Haus- oder Fachärztinnen oder -ärzte sowie durch Betriebsärztinnen und -ärzte oder binden diese in die Einleitung ein.
- (2) In der Regel wird eine Leistung zur Teilhabe durch die Haus- oder Fachärztin bzw. den -arzt angeregt bzw. eingeleitet. Daneben kann eine Teilhabeleistung auch in folgenden Fällen angestoßen werden:
 - Einleitung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation auf Basis der Feststellungen der gesonderten Rehabilitationsempfehlung im Rahmen der Pflegebegutachtung (§ 18a SGB XI)
 - Anregung von Leistungen zur Teilhabe durch die betriebliche Ebene (z. B. im Rahmen des Betrieblichen Eingliederungsmanagements)
 - Kenntnis der Rehabilitationsträger über die Einleitung von Leistungen zur Teilhabe durch einen anderen Rehabilitationsträger (z. B. im Rahmen der Beantragung einer Erwerbsminderungsrente)
 - Kenntnis der Rehabilitationsträger über die Prüfung von Leistungen im Rahmen eines Persönlichen Budgets durch einen anderen Rehabilitationsträger
- (3) Soweit vorhanden, begrüßen es die Rehabilitationsträger, wenn ihnen Arbeitsplatz- bzw. Tätigkeitsbeschreibungen und/oder berufliche Anforderungsprofile im Rahmen der Antragstellung bei berufstätigen Personen mit potenziellem Teilhabebedarf übermittelt werden. Bedeutsame Inhalte einer Tätigkeitsbeschreibung finden sich beispielhaft in Anlage 4.

Abschnitt 2: Bedarfsfeststellung von Leistungen zur Teilhabe

Liegt dem zuständigen Rehabilitationsträger ein Antrag auf Leistungen zur Teilhabe vor oder verfügt der Rehabilitationsträger über Informationen, aufgrund derer er von Amts wegen tätig werden muss, folgt die Phase der Bedarfsfeststellung¹⁹.

§ 15 Grundsätze zur Bedarfsfeststellung von Leistungen zur Teilhabe

- (1) Leistungen zur Teilhabe sind erforderlich, wenn diese unter Beachtung der Ziele des § 4 SGB IX auf den konkreten Einzelfall bezogen bedarfsgerecht sind.
- (2) Haus-, Fach-, Betriebsärztinnen und -ärzte werden bei erkennbarem Bedarf mit Zustimmung des Menschen mit Behinderung oder drohender Behinderung bei der Bedarfsfeststellung durch die Rehabilitationsträger beteiligt.

¹⁹ Die Rehabilitationsträger stellen durch die Gemeinsame Empfehlung über die Ausgestaltung des in § 14 SGB IX bestimmten Verfahrens (Gemeinsame Empfehlung „Zuständigkeitsklärung“) sicher, dass die Zuständigkeitsklärung unverzüglich erfolgt und die Fristen entsprechend eingehalten werden.

§ 16 Anforderungen an die Bedarfsfeststellung von Leistungen zur Teilhabe

- (1) Die individuelle Bedarfsfeststellung hat umfassend zu erfolgen und ihr hat eine trägerübergreifende sowie ggf. multiprofessionelle Ermittlung des Teilhabebedarfs vorauszugehen.
- (2) Im Interesse einer zügigen Bedarfsfeststellung sind Begutachtungen möglichst nach einheitlichen Grundsätzen vorzunehmen. Hierbei finden die Regelungen der Gemeinsamen Empfehlung nach § 12 Abs. 1 Nr. 4 SGB IX „Begutachtung“ Anwendung.

§ 17 Ablauf der individuellen Bedarfsfeststellung von Leistungen zur Teilhabe

- (1) Wird ein Bedarf an Teilhabeleistungen erkannt, prüft der nach § 14 SGB IX zuständige Rehabilitationsträger den individuellen Teilhabebedarf und stellt diesen fest.
- (2) Sofern für die Bedarfsfeststellung noch weitere Informationen notwendig sind, veranlasst der Rehabilitationsträger, ggf. unter Einschaltung weiterer Akteure, die entsprechenden Aktivitäten. Dabei kann es sich beispielsweise um
 - das Einholen von bereits bestehenden Gutachten, Befundberichten oder sonstigen ärztlichen Unterlagen,
 - die Beauftragung eines Gutachtens²⁰ bzw. einer gutachterlichen Stellungnahme²¹ oder
 - die Durchführung eines Beratungsgesprächs handeln.
- (3) Erkennt der zuständige Rehabilitationsträger einen konkreten Teilhabebedarf, der über seine Zuständigkeit hinaus geht, stellt er mit Einverständnis des Menschen mit Behinderung oder drohender Behinderung den weiteren beteiligten Rehabilitationsträgern Kopien des Antrags und aller bereits vorliegenden und für die Entscheidung über den jeweiligen Bedarf notwendigen Informationen (z. B. Leistungsbescheide, Untersuchungsbefunde und -berichte) zur Verfügung. Liegt ein Sachverhalt entsprechend § 19 vor, ist ein Teilhabeplan zu erstellen.
- (4) Der Rehabilitationsträger stellt den Bedarf an Leistungen zur Teilhabe fest und informiert hierüber den Menschen mit Behinderung oder drohender Behinderung.
- (5) Sofern eine gesetzliche Krankenkasse zuständiger Rehabilitationsträger ist, findet für das weitere Verfahren der Bedarfsfeststellung insbesondere die Rehabilitations-Richtlinie nach § 92 Abs. 1 Satz 1 Nr. 8 SGB V Anwendung.
- (6) Ist die gesetzliche Rentenversicherung der zuständige Rehabilitationsträger, wirkt über Vorstehendes hinaus der Rehabilitationsberatungsdienst der Rentenversicherung anlässlich seiner Betriebskontakte und Besuchstermine in den Rehabilitationseinrichtungen sowie im Rahmen der Beratungs- und Auskunftsangebote auf ein Erkennen notwendiger Leistungen zur Teilhabe und deren zielführende Umsetzung hin.

20 Vgl. hierzu Gemeinsame Empfehlung „Begutachtung“ nach § 12 Abs. 1 Nr. 4 SGB IX.

21 Vgl. hierzu Gemeinsame Empfehlung „Beteiligung der Bundesagentur für Arbeit“ nach § 38 SGB IX.

Abschnitt 3: Teilhabeplanung

Die Erstellung eines individuellen Teilhabeplans ist ein wesentliches Mittel zur Erreichung einer einheitlichen Praxis der Feststellung und Durchführung der einzelnen Teilhabeleistungen innerhalb des gegliederten Systems der Rehabilitation und Teilhabe. Er ist das Instrument zur Koordination mehrerer erforderlicher Leistungen zur Teilhabe und zur Kooperation der Rehabilitationsträger. Der Teilhabeplan dient jeweils im Einzelfall einer besseren Verzahnung von Leistungen zur Teilhabe und der Sicherung der Nahtlosigkeit der Leistungserbringung.

§ 18 Grundsätze zur Teilhabeplanung

- (1) Die Menschen mit Behinderung oder drohender Behinderung werden unter Berücksichtigung der individuellen kommunikativen Erfordernisse bei der Erstellung, Anpassung und Fortschreibung des Teilhabeplans aktiv einbezogen. Damit wird eine wichtige Bedingung für ihre Partizipation im gesamten Rehabilitationsprozess erfüllt.
- (2) Der Teilhabeplan ist bei sämtlichen Entscheidungen über Leistungen zur Teilhabe heranzuziehen, wenn gemäß § 19 mehrere Leistungen parallel oder durch verschiedene Leistungsträger erbracht werden. Er dient vor allem als eine fachliche Grundlage für die Steuerung des Rehabilitationsprozesses. Der Teilhabeplan ersetzt keinen Antrag auf Leistungen zur Teilhabe.
- (3) Das Vorgehen bei der Teilhabeplanung ist transparent, individuell, lebensweltbezogen und zielorientiert auszurichten. Ausgehend vom individuellen Bedarf sind die Leistungen nach Inhalt, Umfang und Dauer abzustimmen. Der Prozess der trägerübergreifenden Teilhabeplanung wird konsensorientiert gestaltet.

§ 19 Anlass zur Erstellung eines Teilhabeplans

- (1) Besteht im jeweiligen konkreten Einzelfall Anlass zur Annahme, dass mehrere gleichzeitig durchzuführende oder aufeinander folgende Leistungen zur Teilhabe (verschiedener Leistungsgruppen) oder mehrerer Rehabilitationsträger oder des Integrationsamtes zur Erreichung der Teilhabeziele erforderlich werden, ist unverzüglich ein Teilhabeplan zu erstellen. § 14 Abs. 6 SGB IX bleibt unberührt.
- (2) Ein Teilhabeplan ist auch zu erstellen, wenn dies der Mensch mit Behinderung oder drohender Behinderung ausdrücklich wünscht.

KAPITEL 2

§ 20 Inhalt und Form des Teilhabeplans

- (1) Der individuell zu erstellende Teilhabeplan enthält unter Berücksichtigung datenschutzrechtlicher Aspekte Angaben insbesondere zu
- bio-psycho-sozialen Aspekten im Sinne der ICF, wie
 - a) den Schädigungen der Körperfunktionen und -strukturen,
 - b) den Beeinträchtigungen der alltagsrelevanten Aktivitäten und/oder Teilhabe,
 - c) den personen- und umweltbezogenen Kontextfaktoren in ihrer Bedeutung als Förderfaktoren oder Barrieren,
 - Wünschen und Bedürfnissen des Menschen mit Behinderung oder drohender Behinderung, wie
 - a) den leistungsbezogenen Zielen und Wünschen des Menschen mit Behinderung oder drohender Behinderung,
 - b) die Angabe, ob ein Persönliches Budget gewünscht wird,
 - c) den zu berücksichtigenden besonderen Bedürfnissen von Frauen und Kindern mit Behinderung oder drohender Behinderung,
 - den Leistungen zur Teilhabe wie
 - a) den Feststellungen über den individuellen Teilhabebedarf des Menschen mit Behinderung oder drohender Behinderung und den Gründen für die Erforderlichkeit der Leistungen,
 - b) Ziel, Art, Umfang und inhaltliche Ausgestaltung der vorgesehenen Leistungen,
 - c) voraussichtlichem Beginn, Dauer der vorgesehenen Leistungen und Ort ihrer Durchführung,
 - d) Sicherstellung der zielführenden organisatorischen und zeitlichen Abläufe (insbesondere bei verzahnten und sich überschneidenden Leistungen zur Teilhabe),
 - Anforderungen der beruflichen Tätigkeit (wenn zutreffend),
 - den beteiligten Rehabilitationsträgern und weiteren zu Beteiligten.

DER TEILHABEPLAN DIENT JEWEILS IM EINZELFALL EINER BESSEREN VERZAHNUNG VON LEISTUNGEN ZUR TEILHABE UND DER SICHERUNG DER NAHTLOSIGKEIT DER LEISTUNGSERBRINGUNG.“

KAPITEL 2

- (2) Sofern zur Erreichung oder Unterstützung der individuellen Teilhabeziele weitere Sozialleistungen, die nicht den Leistungen zur Teilhabe zuzuordnen sind, von Relevanz sind, sollen diese in der Teilhabeplanung berücksichtigt und im Teilhabeplan benannt werden.
- (3) Der Teilhabeplan wird erstellt unter Berücksichtigung sämtlicher bereits vorhandener Erkenntnisse zum Bedarf an Leistungen zur Teilhabe (auf Grundlage z. B. sozialmedizinischer Gutachten, von Befundberichten, Gefährdungsbeurteilungen oder Anforderungsprofilen des Arbeitsplatzes bzw. der beruflichen Tätigkeit, Verordnungen sowie Erfahrungen des Menschen mit Behinderung oder drohender Behinderung) einschließlich vorliegender Ergebnisse ggf. bereits durchgeführter Leistungen zur Teilhabe (z. B. Reha- bzw. Krankenhaus-Entlassungs-/Abschlussberichte sowie Rückmeldungen und Anregungen des Menschen mit Behinderung oder drohender Behinderung).
- (4) Der Teilhabeplan einschließlich seiner Anpassung bedarf der Schriftform. Er ist in allgemein verständlicher Form unter Benennung der leistungsbezogenen Rechtsnormen abzufassen.
- (5) Sofern Leistungen zur Teilhabe in Form eines Persönlichen Budgets erbracht werden, wird die Zielvereinbarung nach § 4 Budgetverordnung (BudgetV) in den Teilhabeplan aufgenommen.

§ 21 Erstellung des Teilhabeplans

- (1) Für die Erstellung des Teilhabeplans ist der zuständige Rehabilitationsträger oder das zuständige Integrationsamt²² (§ 102 Abs. 6 SGB IX) verantwortlich. Der Teilhabeplan ist dabei nach trägerübergreifend einheitlichen Vorgaben (siehe Anlage 5) gemäß den vorangehenden Regelungen zu erstellen. Ggf. sollte für die Erstellung des Teilhabeplans ein Vordruck genutzt werden. Der zuständige Rehabilitationsträger ist – bis zu einem etwaigen Wechsel der Trägerzuständigkeit, möglichst bis zum Beginn der Leistung des nachfolgenden Rehabilitationsträgers – dafür verantwortlich, dass nach seiner Feststellung des Teilhabebedarfs die beteiligten Rehabilitationsträger unverzüglich in Abstimmung miteinander und mit dem Menschen mit Behinderung oder drohender Behinderung die nach dem individuellen Bedarf voraussichtlich erforderlichen Leistungen funktionsbezogen feststellen und in einem Teilhabeplan so zusammenfassen, dass sie nahtlos ineinandergreifen können. Die Leistungen sind so aufeinander auszurichten, dass das gesamte Verfahren bis zur möglichst vollständigen und dauerhaften Eingliederung des Menschen mit Behinderung oder drohender Behinderung nahtlos, zügig, wirksam und wirtschaftlich abläuft.
- (2) Bei der Erfüllung dieser Koordinationsaufgabe können die Gemeinsamen Servicestellen für Rehabilitation im Rahmen der Vermittlung örtlicher Ansprechpartner und trägerübergreifender Beratung unterstützend herangezogen werden.
- (3) Der zuständige Rehabilitationsträger unterrichtet die anderen und voraussichtlich weiteren beteiligten Rehabilitationsträger über die Absicht, einen Teilhabeplan zu erstellen. Im Rahmen der Abstimmung teilt er den beteiligten Rehabilitationsträgern seine Vorstellungen über die geplanten Leistungen zur Teilhabe mit und macht die für deren Mitwirkung notwendigen Angaben.

22 Siehe Fußnote 3.

- (4) Die beteiligten Leistungsträger teilen ihre Vorstellungen über die durchzuführenden Leistungen zur Teilhabe (Inhalt, Umfang, Form und Dauer) unverzüglich dem für die Erstellung des Teilhabeplans zuständigen Rehabilitationsträger mit. Dieser berücksichtigt sie bei der Erstellung des Teilhabeplans. Er wirkt darauf hin, dass die beteiligten Rehabilitationsträger ihrer Verpflichtung nach Satz 1 nachkommen sowie die Leistungen im Einvernehmen mit den weiteren beteiligten Rehabilitationsträgern koordiniert und verzahnt entsprechend den Festlegungen im Teilhabeplan erbracht werden. Sofern die Koordination nicht entsprechend diesen Vorgaben erfolgt, ist der Mensch mit Behinderung oder drohender Behinderung über die Gründe hierfür unverzüglich zu unterrichten.
- (5) Die Abstimmung der Rehabilitationsträger untereinander und mit dem Menschen mit Behinderung oder drohender Behinderung kann in unterschiedlicher Art und Weise stattfinden. Es bietet sich eine abgestufte Vorgehensweise an, und zwar:
- Eine vereinfachte Form, z. B. unter Nutzung moderner Kommunikationsmittel. Diese ist zu bevorzugen, wenn die Unterlagen der beteiligten Rehabilitationsträger und des Integrationsamtes zur Feststellung des Teilhabebedarfs für eine Erstellung des Teilhabeplans ausreichen, kein wesentlicher Beratungs- und Abstimmungsbedarf (mehr) besteht und die Wünsche des Menschen mit Behinderung oder drohender Behinderung berücksichtigt sind.
 - Oder eine ausführliche Form, die (darüber hinaus) eine Zusammenkunft aller beteiligten Rehabilitationsträger, des Integrationsamtes und des Menschen mit Behinderung oder drohender Behinderung beinhaltet („Teilhabe-Konferenz“). Bei dieser wird insbesondere über die Wünsche des Menschen mit Behinderung oder drohender Behinderung, die jeweiligen Vorstellungen über die geplanten Leistungen zur Teilhabe der Rehabilitationsträger und des Integrationsamtes, möglichen Beratungs- und Unterstützungsbedarf sowie die Leistungserbringung beraten. Dabei werden gemeinsam die von den einzelnen Rehabilitationsträgern und dem Integrationsamt festgestellten Bedarfe an Leistungen zur Teilhabe so abgestimmt, dass sie in ihren Zielen und ihrem Ablauf nahtlos ineinandergreifen und in einem Teilhabeplan fixiert werden können. An dem Verfahren wird auf Verlangen des Menschen mit Behinderung oder drohender Behinderung eine Person seines Vertrauens beteiligt.
- (6) Der zuständige Rehabilitationsträger bzw. das zuständige Integrationsamt stellt den Teilhabeplan allen bei der Erstellung des Teilhabeplans beteiligten Rehabilitationsträgern, Leistungserbringern, dem Menschen mit Behinderung oder drohender Behinderung sowie ggf. weiteren beteiligten Akteuren – unter Beachtung des Datenschutzes (insbesondere des Einwilligungserfordernisses) – zur Verfügung.

§ 22 Fortschreibung und Anpassung des Teilhabeplans

- (1) Der Teilhabeplan und auf dieser Grundlage die Leistungen werden vom jeweils leistenden Rehabilitationsträger bzw. vom leistenden Integrationsamt während und entsprechend dem Verlauf der Leistungen zur Teilhabe sowie veränderten Umständen überprüft.
- (2) Der Teilhabeplan ist unverzüglich anzupassen, wenn
 - sich im Verlauf der Rehabilitation veränderte bzw. neue Teilhabeziele und andere Leistungsarten und/oder -formen ergeben,
 - sich die persönlichen Lebensumstände des Menschen mit Behinderung oder drohender Behinderung geändert haben,
 - neue, für die Rehabilitation und Teilhabe wesentliche, Vorgaben und Entwicklungen eingetreten sind.
- (3) Die Fortschreibung bzw. Anpassung des Teilhabeplans erfolgt in Abstimmung mit dem Menschen mit Behinderung oder drohender Behinderung sowie unter Beteiligung des Leistungserbringers bzw. der Leistungserbringer (z. B. des Rehabilitationsteams der Einrichtung) durch den zuständigen Rehabilitationsträger (§ 21 Abs. 1) bzw. das zuständige Integrationsamt analog der Regelungen in § 21 Abs. 2 bis 6.

§ 23 Beratung und Mitwirkung von Menschen mit Behinderung oder drohender Behinderung bei der Teilhabeplanung

- (1) Bei der Erstellung, Fortschreibung und Anpassung des Teilhabeplans ist der Mensch mit Behinderung oder drohender Behinderung über
 - die Möglichkeiten der Rehabilitation und Teilhabe unter Einschluss der zu diesem Zeitpunkt maßgeblichen Angaben aus § 20 Abs. 1,
 - die auf Grund der Schädigungen und Beeinträchtigungen voraussichtlich in Betracht kommenden Leistungen zur Teilhabe, insbesondere der begleitenden Hilfen im Arbeitsleben, einschließlich ihrer Voraussetzungen,
 - die Verwaltungsabläufe,
 - die Form der Leistungserbringung, z. B. Persönliches Budget,zu beraten. Insbesondere ist ihm aufzuzeigen, welche Leistungen unter Berücksichtigung seiner individuellen Beeinträchtigungen der Aktivitäten und/oder Teilhabe für ihn in Betracht kommen und welcher Rehabilitationsträger bzw. welches Integrationsamt hierfür zuständig ist.

- (2) Erstellung, Fortschreibung und Anpassung des Teilhabeplans erfolgen über die Beratung nach Abs. 1 hinaus unter Einbindung und Mitwirkung des Menschen mit Behinderung oder drohender Behinderung. Den berechtigten Wünschen des Menschen mit Behinderung oder drohender Behinderung wird bei der Erstellung, Fortschreibung und Anpassung entsprochen.
- (3) Auf berechtigten Wunsch des Menschen mit Behinderung oder drohender Behinderung ist den behandelnden Ärztinnen bzw. Ärzten und ggf. auch weiteren Sachverständigen die Möglichkeit der Mitwirkung bei der Erstellung, Fortschreibung und Anpassung des Teilhabeplans einzuräumen.
- (4) Empfehlungen der behandelnden Ärztinnen bzw. Ärzte (z. B. im Befundbericht oder in Unterlagen, die der Mensch mit Behinderung oder drohender Behinderung selbst beibringt), der Beratungsdienste (z. B. Sozialbericht), der Leistungserbringer sowie von Sachverständigen im Begutachtungsverfahren sollen angemessen berücksichtigt werden.

§ 24 Besondere Anforderungen für Teilhabeplanung

- (1) Wurde eine gutachterliche Stellungnahme der Bundesagentur für Arbeit gemäß § 38 SGB IX²³ zu Notwendigkeit, Art und Umfang von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben unter Berücksichtigung arbeitsmarktlicher Zweckmäßigkeit beauftragt, fließen die entsprechenden Informationen in den Teilhabeplan mit ein.
- (2) Der Teilhabeplan ist
 - bei erforderlichen Leistungen zur Eingliederung in Arbeit mit der Eingliederungsvereinbarung nach § 37 SGB III, § 15 SGB II,
 - bei erforderlicher Eingliederungshilfe für behinderte Menschen nach §§ 53 ff. SGB XII mit dem Gesamtplan nach § 58 SGB XII und
 - bei erforderlicher Hilfe zur Erziehung (§§ 27 ff. SGB VIII) oder Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche (§ 35a SGB VIII) mit dem Hilfeplan nach § 36 SGB VIIIabzustimmen²⁴.
- (3) Hierzu treffen die beteiligten Leistungsträger und das beteiligte Integrationsamt, erforderlichenfalls unter Beteiligung der in § 13 Abs. 6 SGB IX genannten Organisationen, nähere Verfahrensabsprachen mit dem Ziel einer abgestimmten, koordinierten und einheitlichen Planung des Rehabilitationsprozesses im Rahmen des Teilhabeplans.

²³ Vgl. Gemeinsame Empfehlung „Beteiligung der Bundesagentur für Arbeit“ nach § 38 SGB IX.

²⁴ Für die Eingliederungshilfe kann der Teilhabeplan mit dem Gesamtplan und dem Hilfeplan identisch sein. Mit diesem Verständnis wird eine Weiterentwicklung unterstützt, die auf eine umfassende Teilhabeplanung für Menschen mit Behinderung abzielt.

Abschnitt 4: Anforderungen an die Durchführung von Leistungen zur Teilhabe

Ist der Teilhabebedarf festgestellt (Abschnitt 2: Bedarfsfeststellung von Leistungen zur Teilhabe) und gegebenenfalls ein Teilhabeplan erstellt (Abschnitt 3: Teilhabeplanung), erfolgt anschließend die Durchführung der erforderlichen Leistungen zur Teilhabe.

§ 25 Grundsätzliche Anforderungen an die Durchführung von Leistungen zur Teilhabe

- (1) Die Menschen mit Behinderung oder drohender Behinderung werden in die Durchführung der Leistungen zur Teilhabe aktiv einbezogen. Die Rehabilitationsträger und Integrationsämter stellen sicher, dass die erforderlichen Leistungen zur Teilhabe zugeschnitten auf die individuelle Lebenssituation des Menschen mit Behinderung oder drohender Behinderung erbracht werden. Dies erfolgt unter Berücksichtigung dessen berechtigter Wünsche (§§ 1 Satz 2, 4 Abs. 3, 9 Abs. 1, 10 Abs. 3 SGB IX) im Austausch mit diesen bzw. mit dessen Angehörigen bzw. gesetzlichen Vertreterinnen bzw. Vertretern zum frühestmöglichen Zeitpunkt.
- (2) Mit dem Ziel der Nahtlosigkeit werden die im Einzelfall erforderlichen Leistungen durch den oder die Rehabilitationsträger bzw. die Integrationsämter unverzüglich „wie aus einer Hand“ erbracht, d. h. ohne schuldhaftes Zögern und unmittelbar aneinander anschließend. Organisatorische und verfahrensmäßige Prozesse werden durch die Rehabilitationsträger bzw. Integrationsämter daran ausgerichtet.
- (3) Die Rehabilitationsträger und Integrationsämter erbringen ihre Leistungen so, dass die Menschen mit Behinderung oder drohender Behinderung die ihnen zustehenden Leistungen umfassend und zügig erhalten (§ 17 SGB I) und entsprechend der Zielsetzung des § 4 Abs. 2 Satz 2 SGB IX Leistungen anderer Sozialleistungsträger möglichst nicht erforderlich werden.
- (4) Die Rehabilitationsträger und Integrationsämter erbringen die Leistungen nach Gegenstand, Umfang und Ausführung einheitlich, soweit sich aus den für den jeweiligen Rehabilitationsträger/das Integrationsamt geltenden Leistungsgesetzen nichts Abweichendes ergibt (§ 7 SGB IX). Grundlage für eine einheitliche, qualitätsgesicherte Leistungserbringung nach einheitlichen Grundsätzen bildet die Gemeinsame Empfehlung „Qualitätssicherung“ nach § 20 Abs. 1 SGB IX.

Darüber hinaus haben sich die Rehabilitationsträger und Integrationsämter zur Sicherung einer einheitlichen Leistungserbringung auf gemeinsame trägerübergreifende Rehabilitationskonzepte, Rahmenvereinbarungen/-empfehlungen (z. B. für die ambulante medizinische Rehabilitation bei bestimmten Indikationen) oder vergleichbare Regelungen verständigt. Die Rehabilitationsträger und Integrationsämter entwickeln diese regelmäßig weiter und verständigen sich soweit möglich auf weitere Regelungen.

Soweit zur zügigen, nahtlosen und einheitlichen Leistungseinleitung und -erbringung erforderlich, streben die Rehabilitationsträger und Integrationsämter eine Vereinheitlichung der Formulare an.

- (5) In den Fällen, in denen ein Teilhabeplan erstellt wurde, werden die Leistungen zur Teilhabe auf dieser Grundlage erbracht.

§ 26 Verzahnung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation mit Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

- (1) Durch die frühzeitige Berücksichtigung der konkreten beruflichen Situation der Menschen mit Behinderung oder drohender Behinderung bei Leistungen zur medizinischen Rehabilitation kann eine bedarfsorientierte Empfehlung für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben aus der medizinischen Rehabilitationseinrichtung heraus erreicht werden. In diesem Verzahnungsbereich von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben kommt den Rehabilitationsberatungsdiensten der Rehabilitationsträger eine wichtige Rolle zu.
- (2) Erkennt der Rehabilitationsträger während der Durchführung einer Teilhabeleistung, dass für eine erfolgreiche Wiedereingliederung in das Erwerbsleben voraussichtlich Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erforderlich sind, hat er den Menschen mit Behinderung oder drohender Behinderung im Rahmen seiner Verpflichtung zur umfassenden Auskunft und Beratung hierüber zu unterrichten. Er wirkt auf eine entsprechende Antragstellung bei dem seiner Auffassung nach zuständigen Rehabilitationsträger bzw. zuständigen Integrationsamt hin. Die Träger von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation stellen sicher, dass arbeits- und berufsbezogene Fragestellungen bereits während der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation berücksichtigt werden. Dies hat mit dem Ziel zu erfolgen, dass die für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben zuständigen Rehabilitationsträger bzw. Integrationsämter Informationen bezüglich des Erfordernisses der Einleitung entsprechender Maßnahmen erhalten.
- (3) Zu den frühestmöglich einzuleitenden arbeits- und berufsbezogenen Elementen im Rahmen der medizinischen Rehabilitation zählen insbesondere
- Beratung hinsichtlich beruflicher Fragestellungen,
 - arbeitsbezogene Leistungsdiagnostik,
 - Arbeitsplatzanalyse und -beratung,
 - berufsspezifische Belastungserprobung und ggf. Arbeitstherapie,
 - arbeits- bzw. arbeitsplatzbezogene Trainingstherapie,
 - Kontaktaufnahme²⁵ mit dem beruflichen Umfeld (Arbeitgeberinnen und -geber, Betriebsärztinnen und -ärzte, Integrationsfachdienst etc.), z. B. zur Vorbereitung der Einleitung und Unterstützung einer Arbeitsplatzanpassung oder betrieblichen Umsetzung.

²⁵ Die Kontaktaufnahme hat unter Berücksichtigung der diesbezüglichen Belange des Datenschutzes (z. B. Einwilligung des Menschen mit Behinderung oder drohender Behinderung) zu erfolgen.

- (4) Auf Basis der gewonnenen Informationen beginnt unter Einbindung des Menschen mit Behinderung oder drohender Behinderung unverzüglich die Prüfung der Erforderlichkeit von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, ggf. wird ein Teilhabeplan erstellt bzw. fortgeschrieben. Der Träger der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben leitet – soweit erforderlich – während der Leistung zur medizinischen Rehabilitation (§ 11 Abs. 2 SGB IX) unter Einbindung des Menschen mit Behinderung oder drohender Behinderung unverzüglich eine Abklärung durch den jeweiligen (Reha-)Beratungsdienst ein. Unterbrechungen im Rehabilitationsprozess sind zu vermeiden.
- (5) Ist eine berufliche Umorientierung erforderlich, hat der für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben zuständige Rehabilitationsträger unverzüglich eine geeignete Leistung anzubieten bzw. zu ermöglichen sowie auf einen kurzfristigen Beginn der Leistung hinzuwirken.

§ 27 Information und Kooperation der Rehabilitationsträger mit weiteren Akteuren

- (1) Eine zielgerichtete gegenseitige Information und Kooperation der relevanten Akteure während der Durchführung von Leistungen zur Teilhabe bilden einen wichtigen Grundbaustein für eine gelingende Leistung zur Teilhabe. Daher binden die Rehabilitationsträger und Integrationsämter mit Einverständnis des Menschen mit Behinderung oder drohender Behinderung entsprechend § 13 Abs. 2 Nr. 8 SGB IX die Haus-, Fach-, Betriebsärztinnen und -ärzte bei der Durchführung von Leistungen zur Teilhabe ein.
Ist die gesetzliche Rentenversicherung, die gesetzliche Unfallversicherung oder die Bundesagentur für Arbeit Rehabilitationsträger, erfolgt diese Einbindung, wenn sich die Notwendigkeit der Einholung weiterer Informationen über konkrete Anforderungen des Arbeitsplatzes des Menschen mit Behinderung oder drohender Behinderung ergibt, oder bei Arbeitsbelastungen, die die Erwerbsfähigkeit gefährden.
- (2) Durch geeignete Verfahren bzw. Vereinbarungen gewährleisten die Rehabilitationsträger, dass die Rehabilitationseinrichtungen im Bedarfsfall während der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation Kontakt zur behandelnden Ärztin bzw. zum behandelnden Arzt und zu der zuständigen Betriebsärztin bzw. dem -arzt sowie ggf. anderen Beteiligten aufnehmen, um die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu sichern und zu fördern.
- (3) Wenn Hinweise auf die Notwendigkeit eines betrieblichen Teilhabemanagements (z. B. Betriebliches Eingliederungsmanagement, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, Stufenweise Wiedereingliederung) bestehen, stellen die Rehabilitationsträger und Integrationsämter mit Einverständnis des Menschen mit Behinderung sicher, dass Betriebsärztinnen und -ärzte sowie die einzubeziehenden betriebliche Akteure frühzeitig über alle Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben sowohl im Planungsstadium als auch in der Umsetzungsphase informiert und einbezogen werden, um entsprechende Aktivitäten zu ermöglichen.

Abschnitt 5: Aktivitäten zum bzw. nach Ende einer Leistung zur Teilhabe

In der letzten Phase des Rehabilitationsprozesses prüfen die Rehabilitationsträger zum bzw. nach Ende einer Leistung zur Teilhabe weitere nachgehende Leistungen.

§ 28 Anforderungen zu den Aktivitäten zum bzw. nach Ende einer Leistung zur Teilhabe

- (1) Die Rehabilitationsträger prüfen zum oder nach Ende einer Teilhabeleistung die Erreichung der Teilhabeziele und inwieweit weitere Leistungen, insbesondere Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, notwendig sind, um das Teilhabeziel zu erreichen oder zu sichern. Die Bestimmungen des § 26 Abs. 2 Satz 1 dieser Empfehlung gelten hier entsprechend. Die Rehabilitationsträger wirken ferner darauf hin, dass die Entlassungsberichte sachgerecht Hinweise auf ggf. notwendige weitere Leistungen enthalten. Durch Auswertung der Entlassungsberichte (soweit diese vorliegen) prüfen die Rehabilitationsträger empfohlene Leistungen und leiten ggf. deren Umsetzung ein bzw. wirken auf deren Umsetzung hin.
- (2) Die Rehabilitationsträger wirken insbesondere durch geeignete Mittel darauf hin, dass zum Ende einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation die zur Unterstützung der Nachhaltigkeit des Rehabilitationserfolges erforderlichen nachgehenden Leistungen von der behandelnden Ärztin bzw. vom behandelnden Arzt bzw. der Ärztin oder des Arztes der Rehabilitationseinrichtung empfohlen bzw. eingeleitet werden. Hierzu zählt auch die Förderung der Motivation der Inanspruchnahme durch den Menschen mit Behinderung oder drohender Behinderung.
- (3) Nach Beendigung einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation wird die behandelnde Ärztin bzw. der behandelnde Arzt und die Betriebsärztin bzw. der -arzt sowie beteiligte Rehabilitationsträger mit Einverständnis des Menschen mit Behinderung oder drohender Behinderung über die Empfehlung oder bereits eingeleitete nachgehende Leistungen zur Unterstützung der Nachhaltigkeit der Rehabilitationsleistung durch den Leistungserbringer informiert.
- (4) In den Fällen, in denen ein Teilhabeplan erstellt wurde, unterrichtet der für die Erstellung bzw. Fortschreibung zuständige Rehabilitationsträger (§ 21 Abs. 1) den nachfolgend zuständigen Rehabilitationsträger so rechtzeitig vor Beendigung seiner Leistungen zur Teilhabe über den bevorstehenden Wechsel der Leistungszuständigkeit, dass der nahtlose Übergang zu den weiteren erforderlichen Leistungen sichergestellt ist. Hierzu übersendet dieser ihm mit Zustimmung des Menschen mit Behinderung oder drohender Behinderung die zur Fortführung des Teilhabeplans maßgeblichen Unterlagen. Ferner unterrichtet der zuständige Rehabilitationsträger die anderen beteiligten Rehabilitationsträger über den Fortgang des Teilhabeverfahrens.
- (5) Ist für die gesetzliche Krankenkasse nach Beendigung der Leistung zur medizinischen Rehabilitation erkennbar, dass weitere Leistungen zur Sicherung des Arbeitsplatzes erforderlich werden, ohne dass es sich dabei um Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben handelt, informiert die Krankenkasse hierüber die Betriebsärztin bzw. den -arzt, wenn der Versicherte zugestimmt hat und wenn dieses nicht bereits durch einen anderen Akteur erfolgt ist. Die Betriebsärztin bzw. der -arzt bereitet unter Beteiligung der behandelnden Ärztin bzw. des Arztes und der zuständigen Krankenkasse/Rehabilitationsträger das betriebliche Teilhabemanagement

KAPITEL 2

unter Berücksichtigung der Leistungsfähigkeit des Menschen mit Behinderung oder drohender Behinderung vor.

- (6) Die Unfallversicherungsträger legen besonderen Wert darauf, mit Einverständnis des Menschen mit Behinderung oder drohender Behinderung oder dessen gesetzlichen Vertreters, Schulen und Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber sowie Betriebsärztinnen bzw. -ärzte über das Leistungsvermögen des Menschen mit Behinderung oder drohender Behinderung zu informieren, um eine dauerhafte Eingliederung in den Bildungs- und Arbeitsprozess zu erreichen und später auftretende Sekundärfolgen zu vermeiden.

Kapitel 3: Schlussvorschriften

§ 29 Berichterstattung

Die Rehabilitationsträger berichten im Rahmen des 2-Jahresberichts entsprechend § 13 Abs. 8 SGB IX und unter Berücksichtigung der Festlegungen im Ausschuss Gemeinsame Empfehlungen von ihren Erfahrungen mit dieser Gemeinsamen Empfehlung; jedoch frühestens 6 Monate nach deren Inkrafttreten.

§ 30 Inkrafttreten, Außerkrafttreten

- (1) Diese Gemeinsame Empfehlung tritt am 01.08.2014 in Kraft. Sie ersetzt die Gemeinsame Empfehlung „Einheitlichkeit/Nahtlosigkeit“ in der Fassung vom 22.03.2004, die Gemeinsame Empfehlung „Teilhabeplan“ in der Fassung vom 16.12.2004, die „Gemeinsame Empfehlung zur Verbesserung der gegenseitigen Information und Kooperation aller beteiligten Akteure“ in der Fassung vom 22.03.2004 und die Gemeinsame Empfehlung „Frühzeitige Bedarfserkennung“ in der Fassung vom 16.12.2004.
- (2) Die Vereinbarungspartner und die anderen Rehabilitationsträger werden auf der Ebene der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation in angemessenen Zeitabständen unter Einbeziehung der Verbände behinderter Menschen einschließlich der Verbände der freien Wohlfahrtspflege, der Selbsthilfegruppen und der Interessenvertretungen behinderter Frauen sowie der für die Wahrnehmung der Interessen der ambulanten und stationären Rehabilitationseinrichtungen auf Bundesebene maßgeblichen Spitzenverbände prüfen, ob diese Empfehlung aufgrund zwischenzeitlich gewonnener Erfahrungen und eingetretener Entwicklungen verbessert oder wesentlich veränderten Verhältnissen angepasst werden muss. Für diesen Fall erklären die Vereinbarungspartner ihre Bereitschaft, unverzüglich an der Überarbeitung einer entsprechend zu ändernden Gemeinsamen Empfehlung mitzuwirken.

Anlage 1: Anzeichen zur Erkennung von Anhaltspunkten nach § 10 Abs. 1

Mit dem nachstehenden Katalog werden einige in § 10 Abs. 1 benannte Anhaltspunkte um mögliche Anzeichen für deren Vorliegen konkretisiert. Damit soll für alle Akteure, die in ihren professionellen, beruflichen, familiären oder sonstigen sozialen Kontexten Umgang mit Menschen mit Behinderung oder drohender Behinderung haben, eine Hilfestellung gegeben werden, erste Anzeichen eines möglichen Teilhabebedarfs erkennen zu können. Dabei ist der Katalog weder abschließend noch vollständig. Die genannten Anzeichen lassen nicht zwangsläufig den Schluss zu, dass Teilhabebedarf gegeben ist. Sie können allerdings ein Indiz dafür sein, dass eine weitere Klärung notwendig ist. Dies ist insbesondere dann der Fall, wenn verschiedene der benannten Anzeichen zugleich oder wiederkehrend auftreten.

Folgende Anhaltspunkte lassen sich durch benannte Anzeichen für deren Erkennung beschreiben:

- Bestehen einer chronischen Erkrankung oder einer Multimorbidität bei Menschen jeden Alters
 - bei Veränderungen des funktionalen Status, wenn sich die für die Beeinträchtigung der Körperfunktionen/-strukturen ursächliche Erkrankung verschlimmert oder eine weitere Krankheit mit Chronifizierungstendenz hinzutritt;
 - bei Veränderungen der Kontextfaktoren, wenn
 - stützende Umweltfaktoren entfallen, z. B. bei Menschen mit körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung oder drohender Behinderung, denen bisherige (familiäre, nachbarschaftliche usw.) Hilfen nicht mehr gegeben sind, deren Wohnumfeld sich für sie ungünstig verändert hat (Wegfall von Barrierefreiheit, Schließung von nahen Einkaufsmöglichkeiten u. ä.) oder deren Arbeitsstätte verlegt wurde,
 - erhebliche familiäre (z. B. akute Trennungs- und/oder Trauersituation, alleinerziehend) oder berufliche Belastungen oder
 - psychische Belastungen hinzutreten.
- Besonders belastende Ausbildungs-, Arbeits- und Lebensbedingungen, beispielsweise
 - außergewöhnliche Belastungen durch Arbeitszeitregelungen (z. B. vollkontinuierlicher Schichtdienst, Mehrarbeit, Nachtarbeit sowie unregelmäßige Arbeitszeiten über einen längeren Zeitraum),
 - außergewöhnliche physikalische oder chemische Einwirkungen über einen längeren Zeitraum (z. B. Feinstaub, Handhabung von schweren Lasten, Hitze),
 - außergewöhnliche psycho-soziale Belastungen am Arbeitsplatz oder seelisch belastende Arbeitsinhalte,
 - Betreuung eines pflegebedürftigen Angehörigen, Zusammenleben mit abhängigkeitskranken Menschen oder mit schwer psychisch kranken Menschen.

ANLAGE 1

- Verschlimmerung oder sich neu ergebende Aspekte für eine mögliche Verbesserung des Leistungs- und Teilhabevermögens nach bereits in Anspruch genommener Teilhabeleistung.
 - Beispielsweise könnte die Weiterentwicklung von Hilfsmitteln und Behandlungsmethoden dazu führen, dass für Menschen, die bereits Teilhabeleistungen erhalten haben, erneuter Bedarf für eine Teilhabeleistung besteht.
- Gesundheitsstörung, der vermutlich eine psychische Erkrankung, eine psychosomatische Reaktion oder eine Suchtmittelabhängigkeit zugrunde liegt.
 - Anzeichen zur frühzeitigen Erkennung einer psychosomatischen Erkrankung können beispielsweise sein:
 - eine anhaltende depressive Verstimmung, Angststörung oder Belastungs- und Anpassungsstörungen
 - anhaltende körperliche Beschwerden ohne organischen Befund wie Rücken- oder Kopfschmerzen oder Herzschmerzen
 - bei Erkrankungen wie Neurodermitis oder Asthma können psychische Faktoren als Ursache in Betracht kommen
 - Anzeichen zur frühzeitigen Erkennung einer Alkoholabhängigkeit können beispielsweise sein:
 - Bestimmte körperliche Erkrankungen, z. B. Krankheiten des Verdauungssystems, des Nervensystems, des Stoffwechsels, des Herz- und Kreislaufsystems, Verletzungen (z. B. als Sturzfolge)
 - Ferner treten häufig mit einer Alkoholabhängigkeit psychische Störungen auf, z. B. deutliche Gefühls- und Stimmungsschwankungen. Auch sind Auffälligkeiten im Erscheinungsbild und Verhalten (z. B. häufige Fehltage im Betrieb, fehlerhafte Arbeitsergebnisse, Leistungsabfall, Unzuverlässigkeit, „Alkoholfahne“) zu bemerken
 - Anzeichen zur frühzeitigen Erkennung einer Medikamentenabhängigkeit können beispielsweise sein:
 - Bestimmte körperliche Erkrankungen, z. B. vegetative Beschwerden wie Magen- und Darmprobleme, Herzrasen, ständige Müdigkeit und Erschöpfung, Schlafstörungen
 - Ferner treten häufig mit einer Medikamentenabhängigkeit psychische Störungen auf, z. B. Passivität und Antriebslosigkeit, Einschränkung der Merkfähigkeit, Unruhe und Nervosität, Angststörungen, Niedergeschlagenheit, das Gefühl überfordert zu sein und Verpflichtungen nicht mehr erfüllen zu können. Damit verbunden sind soziale und berufliche Probleme

ANLAGE 1

- Anzeichen zur frühzeitigen Erkennung einer Drogenabhängigkeit können beispielsweise sein:
 - Veränderungen des psychischen Befindens, des sozialen Verhaltens, der Leistungsfähigkeit, Entwicklung physischer Störungen. Bezogen auf bestimmte Drogen können kurz- bzw. langfristige Wirkungen z. B. sein:
 - Bei psychischer Abhängigkeit von Haschisch/Marihuana:
Wahrnehmungs- und Konzentrationsstörungen, Antriebsminderung, Interessenverlust, Beeinträchtigung des Reaktionsvermögens und der Informationsverarbeitung, Psychosen.
 - Bei Abhängigkeit von Heroin:
Magen-Darmstörungen, Gebissveränderungen, Infektionen, zurückgehende Leistungsfähigkeit, Bewegungs- und Koordinationsstörungen, starke Gleichgültigkeit. Entzugerscheinungen: Unruhe, Schlaflosigkeit, labile Stimmungslage, depressive Verstimmungen.
 - Bei Abhängigkeit von Kokain, Methamphetamin (Speed):
Schwächung der körperlichen Widerstandskraft, Schädigung der Atmungsorgane, Herzschwäche, Dämpfung des Hunger-, Durst- und Müdigkeitsgefühls, Gewichtsverlust, verminderte Belastbarkeit, verstärkte Reizbarkeit, Aggressivität, Antriebs- und Konzentrationsstörungen, depressive Verstimmungen.
 - Bei Abhängigkeit von Ecstasy:
Herz-Kreislaufkrankungen, Anstieg der Pulsfrequenz, des Blutdrucks und der Körpertemperatur, Schädigung des Gehirns, Erregungszustände, Abnahme des Schmerzempfindens sowie des Hunger-, Durst- und Müdigkeitsgefühls, starker Erschöpfungszustand nach Abklingen der Drogenwirkung, Reizbarkeit, depressive Verstimmungen, Gedächtnisstörungen.
- Zustand nach traumatischen Erlebnissen
 - Anzeichen für eine posttraumatische Belastungsstörung können sein:
 - Wiedererleben (Träume, Flashbacks, Bedrängnis bei Konfrontation mit ähnlichen Ereignissen),
 - Vermeidung von Umständen, die der Belastung ähneln,
 - Amnesie oder erhöhte Sensitivität und Erregung wie Schlafstörungen, Reizbarkeit, Wutausbrüche, Konzentrationsstörungen, erhöhte Schreckhaftigkeit.

Anlage 2: Auswahl möglicher Instrumente zur Erkennung bzw. Einschätzung eines ggf. bestehenden Teilhabebedarfs

Zur Erkennung, Einschätzung und Konkretisierung eines möglichen Teilhabebedarfs bestehen eine Vielzahl verschiedener Instrumente und Verfahren. Um insbesondere eine möglichst frühzeitige Bedarfserkennung durch die in § 3 Abs. 1 i. V. m. § 12 benannten Akteure zu unterstützen, findet sich nachfolgend eine Auswahl möglicher Instrumente, die eine erste Abschätzung eines möglichen Teilhabebedarfs ermöglichen. Diese sind im Einzelfall ggf. durch weitere Instrumente zu ergänzen.

■ **Kurz-Checkliste zur ärztlichen Einschätzung eines Rehabilitationsbedarfs**

Name:	Checkliste für die ärztliche Einschätzung eines Rehabilitationsbedarfs für die Bereiche Somatik und Psychosomatik
Kurzbeschreibung:	Die Checkliste stellt ein Instrument zur Prüfung des medizinischen Rehabilitationsbedarfs dar. Es wurde eine Checkliste für somatische und eine für psychosomatische Erkrankungen entwickelt. Beide Checklisten erfassen jeweils die einzelnen Dimensionen des Rehabilitationsbedarfs und unterstützen Ärztinnen und Ärzte bei der Erkennung des Rehabilitationsbedarfs.
Link:	http://www.deutsche-rentenversicherung.de/cae/servlet/contentblob/225412/publicationFile/46298/K8010.pdf

■ **Instrument zur Beurteilung von Beeinträchtigungen der Ausübung von Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL)**

Name:	Barthel-Index
Kurzbeschreibung:	Dieses Instrument misst die unmittelbaren körperlichen Selbstversorgungsfähigkeiten und gibt so Aufschluss über bestehende Beeinträchtigungen bei der Ausübung von Aktivitäten des täglichen Lebens. Der Anwendungsstandard hierzu ist das Hamburger Einstufungsmanual. Solche Beeinträchtigungen können dabei einen ersten Hinweis auf einen ggf. bestehenden Rehabilitationsbedarf geben. Der Barthel-Index wurde nicht spezifisch für die Einschätzung medizinischen Rehabilitationsbedarfs entwickelt.
Link:	http://www.kcgeriatrie.de/instrumente/barthel-index.pdf

■ **Kurz-Instrument zur Einschätzung gesundheitsbezogener beruflicher Aspekte**

- Name: Screening-Instrument zur Einschätzung des Bedarfs an medizinisch-beruflich orientierten Maßnahmen in der medizinischen Rehabilitation (SIMBO)
- Kurzbeschreibung: Bei SIMBO handelt es sich um einen Fragebogen zur Selbstausskunft der Patienten. Er berücksichtigt 7 Kriterien der Beeinträchtigung beruflicher Teilhabe. Es handelt sich um sozialmedizinische Parameter (Erwerbsstatus, Arbeitsfähigkeit, Fehlzeiten im Jahr vor der Maßnahme), gesundheitsbezogene Beeinträchtigungen im Beruf, die subjektive berufliche Prognose, berufsbezogene Therapiemotivation und das Alter. Es existieren eine indikationsspezifische Version für Erkrankungen des Muskel-Skelett-Apparates (SIMBO-MSK) und eine generische Version für chronische Erkrankungen im Allgemeinen (SIMBO-C). SIMBO kann im Rahmen frühzeitiger Bedarfserkennung als indikationsspezifische und indikationsübergreifende Variante zur Erkennung von Personen mit gesundheitsbezogenen beruflichen Problemlagen dienen, woraus sich Hinweise auf ggf. spezifische Therapiekonzepte in der medizinischen Rehabilitation ableiten. Bestehende gesundheitsbezogene berufliche Problemlagen können auch auf ggf. notwendige Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben hindeuten.
- Link: <http://www.medizinisch-berufliche-orientierung.de/erfassung-und-beschreibung-arbeits-und-berufsbezogener-problemlagen/diagnostik-screening/simbo>

■ **Kurz-Screening-Instrument zur ersten Einschätzung eines problematischen Suchtmittelkonsums in der medizinischen Versorgung**

- Name: AUDIT - Alcohol Use Disorders Identification Test
- Kurzbeschreibung: Der AUDIT-Test ist ein Selbstausskunftsbogen mit 10 Fragen und wurde im Auftrag der WHO entwickelt. Damit können alle Personen ihre Beziehung zum Alkohol selbst beurteilen. Der AUDIT-Test eignet sich auch für Arztpraxen und sozialmedizinische Dienste im Rahmen der Anamnese zur Aufdeckung bzw. ersten Abschätzung eines missbräuchlichen oder abhängigen Alkoholkonsums. Damit wird ihnen eine Vorbeugung, frühzeitige Behandlung und Rehabilitation von Alkoholproblemen ermöglicht.
- Link: <http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/AlkAuditFragebogen.pdf>

■ Instrument zur Erfassung der Arbeitsfähigkeit/Arbeitsbewältigung bei Erwerbstätigen

Name: Work Ability Index (WAI)

Kurzbeschreibung: Der Work Ability Index (WAI) wird auch als Arbeitsfähigkeitsindex oder Arbeitsbewältigungsindex bezeichnet und ist ein Messinstrument zur Erfassung der Arbeitsfähigkeit von Erwerbstätigen. Beim WAI handelt sich um einen Fragebogen, der entweder von den Befragten selbst oder von Dritten, z. B. von der behandelnden Ärztin/dem Arzt oder Betriebsärztinnen/-ärzten, ausgefüllt wird. Ziel der Anwendung in Betrieben ist die Förderung bzw. Erhaltung der Arbeitsfähigkeit der Beschäftigten. Der WAI unterscheidet sich von klassischen Fragebogeninstrumenten in dem Sinne, dass es sich hierbei um ein sehr heterogenes Konstrukt handelt, welches sich durch 10 Fragen aus unterschiedlichen Bereichen zusammensetzt. Der WAI ist in diesem Zusammenhang kein Messinstrument im herkömmlichen Sinne, sondern in erster Linie als Index oder Indikator zu verstehen. Er ist in engem Zusammenhang mit dem Konzept der Arbeitsfähigkeit anzuwenden, das die betrieblichen und individuellen Auswirkungen einer ganzheitlichen betrieblichen Betrachtung der Arbeitsfähigkeit skizziert. Aus dem WAI können Hinweise auf medizinische und berufliche Rehabilitationsleistungen erwachsen.

Link: <http://www.arbeitsfaehigkeit.uni-wuppertal.de>

Anlage 3: Übersicht zu Richt- und Leitlinien

- Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (Rehabilitations-Richtlinie) (Stand: 22.01.2009)
<http://www.g-ba.de/downloads/62-492-340/RL-Reha-2009-01-22.pdf>
- Begutachtungsanleitung Arbeitsunfähigkeit (AU) (Stand: 12.12.2011)
http://www.mds-ev.org/media/pdf/BGA-AU_2011-12-12.pdf
- Rahmenempfehlungen zur mobilen geriatrischen Rehabilitation (Stand: 01.05.2007)
http://www.mds-ev.de/media/pdf/RE_MoGeRe_070501%281%29.pdf
- Rahmenempfehlungen zur ambulanten geriatrischen Rehabilitation (Stand: 01.01.2004)
http://www.aok-gesundheitspartner.de/imperia/md/gpp/bund/reha/leistungen/reha_vorsorge/re_amb_geriater_01_01_2004.pdf

Die nun folgenden Leitlinien können alle von der Homepage der Deutschen Rentenversicherung heruntergeladen werden: **www.deutsche-rentenversicherung.de**
Bitte folgen Sie diesem Pfad: Home → Fachinfos → Sozialmedizin & Forschung → Sozialmedizin → Begutachtung → Leitlinien

- Leitlinien zur Rehabilitationsbedürftigkeit bei Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates (Stand: 01.10.2005)
(Unter der Überschrift „Muskel-Skelett-System- und Bindegewebs-Krankheiten“)
- Leitlinie zur Rehabilitationsbedürftigkeit bei onkologischen Krankheiten (Stand: 06.01.2011)
(Unter der Überschrift „Neubildungen“)
- Leitlinien für die sozialmedizinische Beurteilung der Leistungsfähigkeit bei koronarer Herzkrankheit (KHK) (Stand: Januar 2010)
(Unter der Überschrift „Herz-Kreislauf-Krankheiten“)
- Leitlinie zur Rehabilitationsbedürftigkeit bei arterieller Hypertonie (Stand: Januar 2010)
(Unter der Überschrift „Herz-Kreislauf-Krankheiten“)
- Leitlinien für die sozialmedizinische Begutachtung – Rehabilitationsbedürftigkeit bei Krankheiten der Atmungsorgane (Stand: Januar 2010)
(Unter der Überschrift „Krankheiten des Atmungssystems“)
- Leitlinie zur Rehabilitationsbedürftigkeit bei Stoffwechsel- und gastroenterologischen Krankheiten sowie Adipositas (Stand: Januar 2011)
(Unter der Überschrift „Gastroenterologische und Stoffwechsel-Krankheiten einschließlich Adipositas“)
- Leitlinie zur Rehabilitationsbedürftigkeit bei Krankheiten der Haut (Stand: Januar 2012)
(Unter der Überschrift „Haut-Krankheiten“)
- Leitlinie für die sozialmedizinische Begutachtung bei neurologischen Krankheiten (Stand: Juli 2010)
(Unter der Überschrift „Neurologische Krankheiten“)

ANLAGE 3

- Leitlinie sozialmedizinische Beurteilung bei psychischen und Verhaltensstörungen (Stand: August 2012)
(Unter der Überschrift „Psychische und Verhaltensstörungen einschließlich Abhängigkeits-erkrankungen“)
- Leitlinie zur sozialmedizinischen Beurteilung bei Abhängigkeitskrankheiten (Stand: April 2010)
(Unter der Überschrift „Psychische und Verhaltensstörungen einschließlich Abhängigkeits-erkrankungen“)
- Rehabilitationsbedürftigkeit und indikationsübergreifende Problembereiche – Leitlinien für den beratungsärztlichen Dienst der DRV Bund (Stand: 01.10.2005)
(Unter der Überschrift „Indikationsübergreifende Problembereiche“)
- Leitlinien zur Rehabilitationsbedürftigkeit für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (Stand: 25.10.2005)
(Unter der Überschrift „Teilhabe am Arbeitsleben“)
- Leitlinie zur Rehabilitationsbedürftigkeit bei arteriellen Gefäßerkrankungen (Neuerstellung)

Anlage 4: Muster betriebliche Tätigkeitsbeschreibung

Tätigkeitsbeschreibung

Name, Vorname		Geburtsdatum	
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort			
Tätigkeit:			
Seit wann:			
Ausbildungsberuf:			

Von der Ärztin bzw.
vom Arzt auszufüllen,
bitte Zutreffendes
ankreuzen

*selten/gelegentlich

*zeitweise

*häufig/überwiegend

Heben und Tragen von Lasten			
über 5 kg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
über 10 kg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
über 15 kg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
über 20 kg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
über 25 kg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heben und Tragen von Lasten - Zeitgewichtung			
Hebe- oder Umsetzvorgänge (Zeitdauer < 5 sec)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haltevorgänge (Zeitdauer > 5 sec)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tragen von Lasten über mehr als 5 m	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ziehen und Schieben von Lasten mehr als 5 m	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Erklärung: selten/gelegentlich = 1–10%, zeitweise= 11–50%, häufig/überwiegend= 51–100%

ANLAGE 4

	Von der Ärztin bzw. vom Arzt auszufüllen, bitte Zutreffendes ankreuzen		
	*selten/ gelegentlich	*zeitweise	*häufig/ überwiegend
Körperhaltungen			
Rumpfbeugen (bis 20–30 Grad)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiefes Beugen (über 30 Grad)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bücken (über 60 Grad)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Starke Auslenkung der HWS (Extension, Rotation)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Drehung des Rumpfes über 30 Grad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anheben des Oberarmes über Brusthöhe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Überkopfarbeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hohe Anforderungen an die Fingerfertigkeit/Feinmotorik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treppensteigen/Leitern/Gerüste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tätigkeit im Gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tätigkeit im Stehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tätigkeit im Sitzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hocken/Knien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besondere Belastungen			
Haltearbeit mit erheblichem Krafteinsatz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bewegungen mit erheblichem Krafteinsatz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bewegung mit hoher Frequenz für Unterarme und Hände	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vibrationsbelastung des Hand-Arm-Systems	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Erklärung: selten/gelegentlich = 1–10%, zeitweise= 11–50%, häufig/überwiegend= 51–100%

ANLAGE 4

ja **Kommentar**

Umwelteinflüsse		
Witterung/Arbeiten im Freien	<input type="checkbox"/>	
Hitze/Strahlung	<input type="checkbox"/>	
Kälte/Zugluft	<input type="checkbox"/>	
Lärm (> 80 dBA)	<input type="checkbox"/>	
Atemwegsbelastung/Stäube, Rauche, Gase	<input type="checkbox"/>	
Hautbelastung/Schmutz	<input type="checkbox"/>	
Ganzkörperschwingungen/Erschütterung/ Vibrationen	<input type="checkbox"/>	
Sonstige Gefährdungen		
Erhöhte Unfallgefahr	<input type="checkbox"/>	
Arbeiten an laufenden Maschinen, mit scharfen Werkzeugen	<input type="checkbox"/>	
Arbeiten unter Atemschutz	<input type="checkbox"/>	
Fahr- und Steuertätigkeiten (Stapler, LKW usw.)	<input type="checkbox"/>	
Umgang mit Gefahrstoffen	<input type="checkbox"/>	
Feuchtarbeit	<input type="checkbox"/>	
Dauerhafte Bildschirmarbeit	<input type="checkbox"/>	
Arbeitsorganisation		
Normalschicht (Tagesarbeitszeit in Std.: ____)	<input type="checkbox"/>	
Wechselschicht (früh - spät)	<input type="checkbox"/>	
Contischicht (früh - spät - nachts)	<input type="checkbox"/>	
Dauernachtschicht	<input type="checkbox"/>	
Häufige/regelmäßige Überstunden (____ Std. pro Woche)	<input type="checkbox"/>	
Manuelle Arbeit mit Stückzahlvorgabe/ Taktbindung/Akkord	<input type="checkbox"/>	
Andere Arbeitszeitmodelle	<input type="checkbox"/>	

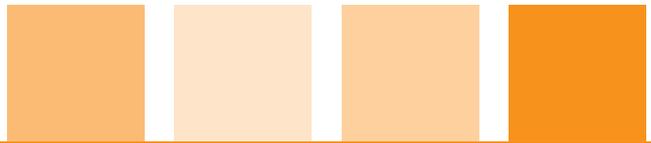
ANLAGE 4

ja Kommentar

Psychomentale Belastungen/Beanspruchungen		
Hohe Verantwortung für Personen und Sachen, Mitarbeiterführung	<input type="checkbox"/>	
Ständiger Zeit- und Termindruck	<input type="checkbox"/>	
Überforderung quantitativ/qualitativ	<input type="checkbox"/>	
Unterforderung/Monotonie	<input type="checkbox"/>	
Häufige Störungen und Unterbrechungen bei der Arbeit	<input type="checkbox"/>	
Geringer Einfluss auf Arbeitsgestaltung- und Organisation	<input type="checkbox"/>	
Teamarbeit/Publikumsverkehr	<input type="checkbox"/>	
Mobbing	<input type="checkbox"/>	
Häufige Reisetätigkeit	<input type="checkbox"/>	
Allgemein: Wohlbefinden am Arbeitsplatz	<input type="checkbox"/>	
SONSTIGES:		
Anlagen wenn vorhanden: z. B. WA1, IMBA Anforderungsprofil, Gefährdungsbeurteilung, Beurteilung nach Leitmerkmalmethode		

Datum der Erstellung

Name, Unterschrift und Stempel des Erstellers/der Erstellerin



Anlage 5: Teilhabeplan

Kopf/Logo des koordinierenden Reha-Trägers

VSNR/Aktenzeichen u. ä.

Teilhabeplan für Teil I

1] Angaben zur Person

Name, Vornamen	Tel.	Fax	E-Mail
Geburtsname	Geburtsdatum		
Postleitzahl	Wohnort		
Straße, Hausnummer			
Staatsangehörigkeit	Geschlecht		
	männlich	weiblich	
ggf. Aufenthaltsgenehmigung bis	ggf. Aufenthaltsort		
Familienstand	ledig	verheiratet	geschieden
		verwitwet	eingetragene Partnerschaft
erlernter Beruf			
zuletzt ausgeübte Tätigkeit			
arbeitslos seit:			

ANLAGE 5

2] Erziehungsberechtigte(r)/Betreuer(in)/Bevollmächtigte(r)

Name, Vornamen	Tel.	Fax	E-Mail
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort/Ort			
Betreuungsverhältnis			eingeleitet am
Betreuungsverhältnis eingeleitet durch			Aktenzeichen

3] Behandelnde Ärztinnen und Ärzte

Name	Telefonisch (Vorwahl/Ruf-Nr.)
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort	
Name	Telefonisch (Vorwahl/Ruf-Nr.)
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort	

4] Aktuelle Leistungen zur Teilhabe (bewilligt, lfd., abgeschlossen)

Art der Leistung	Zeitraum	Ort	Einrichtung	Rehabilitations-träger

5] Art der Krankheit/Behinderung und Angaben zur Notwendigkeit von Teilhabeleistungen unter Berücksichtigung der beruflichen/privaten Situation

--

ANLAGE 5

6] Teilhabebezogene Feststellungen des Leistungsträgers

7] Bedürfnisse und Wünsche der/des Betroffenen in Bezug auf die Leistungen zur Teilhabe

8] Art der beantragten/vorgesehenen Leistungen und zuständige Reha-Träger

Leistungsart	Reha-Träger	Anschrift des Reha-Trägers	Aktenzeichen

9] Sonstiges (z. B. weiterer Verfahrensgang)

ANLAGE 5

10] Teilhabeplan wurde erstellt von:

Name

Anschrift/Institution

Tel./Fax/E-Mail

Unterschrift

Unterschrift des/der Betroffenen

11] Erklärung des/der Betroffenen:

Eingetretene Änderungen gegenüber den gemachten Angaben werde ich unverzüglich mitteilen. Ich nehme zur Kenntnis, dass die personenbezogenen Daten unter Berücksichtigung des § 35 SGB I und der Vorschriften der geltenden Datenschutzgesetze erhoben werden. Ich stimme der Datenweitergabe an folgende Akteure (bitte benennen)

zu.

Unterschrift des/der Betroffenen

Anlagen (z. B. medizinische Unterlagen)

ANLAGE 5

Kopf/Logo des koordinierenden Reha-Trägers

Teil II

Adressfeld des zu beteiligenden Reha-Trägers:

Betr./Bezug: Teilhabeplan für:

Name des/der Betroffenen

Aktenzeichen/VKNR

Sehr geehrte Damen und Herren,

unseres Erachtens ist für die/den Betroffene(n) ein Teilhabeplan zu erstellen. Weitere für erforderlich gehaltene Leistungen bitten wir zu prüfen (s. auch Ziff. 8 dieses Vordruckes). Um unverzüglich Rückmeldung wird gebeten.

Nach Ergebnisfeststellung/Entscheidung bitten wir um Rücksendung dieses Blattes mit den entsprechenden Angaben (s. u.).

Vielen Dank.

ANLAGE 5

Angaben des beteiligten Reha-Trägers zu Leistungen zur Teilhabe:

1] Art, Umfang und Ziel der Leistung:

2] Voraussichtlicher Beginn, Dauer und Ort der Leistung:

3] Sonstige Hinweise:

4] Leistungen zur Teilhabe kommen z. Zt. nicht in Betracht, weil:

5] Ansprechpartner:

Name

Anschrift

Tel./Fax/E-Mail

Unterschrift

Rücksendung an: (Adressfeld des koordinierenden Reha-Trägers)

ANLAGE 5

Kopf/Logo des koordinierenden Reha-Trägers

Teil III

Adressfeld für die Beteiligten:
(Reha-Träger, Betroffene(r), ggf. Reha-Einrichtung, behandelnde(r) Ärztin/Arzt)

Betr./Bezug: Teilhabeplan für:

Name des/der Betroffenen

Aktenzeichen/VKNR

Hiermit übersenden wir Ihnen den Teilhabeplan für

Herrn/Frau: _____ zur Kenntnis und ggf. weiteren Veranlassung.

ANLAGE 5

Teilhabeplan:

Zeitraum	Leistung (einschließlich Art, Umfang, Form, Dauer und Ort)	Reha-Träger/ Aktenzeichen	
			<input type="checkbox"/> vorgesehen <input type="checkbox"/> bewilligt
			<input type="checkbox"/> vorgesehen <input type="checkbox"/> bewilligt
			<input type="checkbox"/> vorgesehen <input type="checkbox"/> bewilligt
			<input type="checkbox"/> vorgesehen <input type="checkbox"/> bewilligt

Wir bitten allen Beteiligten Änderungen/Anpassungen des Teilhabeplans umgehend mitzuteilen.

Ansprechpartner(in) des koordinierenden Reha-Trägers:

Name

Anschrift

Tel./Fax/E-Mail

Unterschrift

Verzeichnis der Mitwirkenden:

Irmgard Backes, GKV-Spitzenverband, Berlin

Dietmar Beyer, Hessisches Landesamt für Versorgung und Soziales, Gießen

Holger Borner, BAG SELBSTHILFE e. V., Düsseldorf

Christa Brähler-Boyan, Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen

Dr. Wolfgang Dryden, Kassenärztliche Bundesvereinigung, Berlin

Katharina Fecher, Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin

Gunnar Friemelt, Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin

Jörg Gantzer, IKK Brandenburg und Berlin, Berlin

Klaus Gerkens, Verband der Ersatzkassen e. V., Berlin

Detlef Glomm, Verband Deutscher Betriebs- und Werksärzte e. V., Karlsruhe

Frank Hassenpflug, Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau, Kassel

Kristin Hetzer, AOK-Bundesverband, Berlin

Sebastian Käding, Knappschaft, Bochum

Gisela Köhler, Kommunalverband für Jugend und Soziales Baden-Württemberg, Stuttgart

Fredi Lahr, Berufsgenossenschaft Holz und Metall, Mainz

Rolf Limbeck, Bundesarbeitsgemeinschaft Beruflicher Trainingszentren, Duisburg

Jens Nitschke, Bundesagentur für Arbeit, Nürnberg

Markus Oberscheven, Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung, Berlin

Peter Ott, Hessisches Landesamt für Versorgung und Soziales, Gießen

Alfons Polczyk, Bundesministerium für Arbeit und Soziales, Berlin

Dr. Katja Robinson, Bundesarbeitsgemeinschaft der Berufsbildungswerke e. V., Berlin

Dr. Dieter Schartmann, Landschaftsverband Rheinland, Köln

Claudia Tietz, Sozialverband Deutschland e. V., Berlin

Barbara Vieweg, Weibernetz e. V., Kassel

Renate Walter-Hamann, Deutscher Caritasverband e. V., Freiburg i. Br.

Dr. Volker Weissinger, Fachverband Sucht e. V., Bonn

Verantwortlich bei der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e. V. , Frankfurt am Main

Bernd Giraud

Regina Labisch (bis Februar 2013)

Dr. Michael Schubert

Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) e. V. ist die gemeinsame Repräsentanz der Deutschen Rentenversicherung Bund, der Bundesagentur für Arbeit, der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung, der gesetzlichen Krankenversicherung, der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau, der Bundesländer, der Spitzenverbände der Sozialpartner, der Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen, der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe sowie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zur Förderung und Koordinierung der Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen.