

– Fachbeitrag D26-2021 –

15.07.2021

Kooperation der Leistungsträger gemäß dem BTHG unter besonderer Berücksichtigung der gesetzlichen Unfallversicherung¹

*Von Dr. Friedrich Mehrhoff, Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung a. D.,
Prof. Dr. Bert Wagener, Hochschule der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung*

I. Vorbemerkung

Das gegliederte System der sozialen Sicherheit in Deutschland bedarf eines Bewusstseins aller Leistungsträger, dass kooperatives Handeln ihrer Beschäftigten die Teilhabe von Menschen mit Behinderungen in die Gesellschaft wesentlich mit ermöglicht. Die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, zur Teilhabe am Arbeitsleben, an Bildung und zur sozialen Teilhabe sollen bei den Leistungsberechtigten „wie aus einer Hand“ ankommen. Diese Entstehungsgeschichte sowie dieser Sinn und Zweck durchziehen das Bundesteilhabegesetz (BTHG) an vielen Stellen der Neufassung des SGB IX. Erklärtes Vorbild war und ist die gesetzliche Unfallversicherung.

Aber wie können die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung (UV) selbst zu diesem Anliegen des Gesetzgebers beitragen, also den individuellen Bedarf der Sozialversicherten zufriedenstellend absichern, um sie gesund und arbeitsfähig zu machen und zu halten? Die UV-Träger weisen immer wieder darauf hin, dass sie, sobald ein Arbeitsunfall oder eine Berufskrankheit gemeldet wird, ein Bündel von Leistungen der Akutversorgung einleiten, nahtlos mit geeigneten Maßnahmen zur medizinischen Rehabilitation und mit Blick auf die Erhaltung des Jobs, also mit dem Ziel einer betrieblichen Teilhabe.

In diesem Beitrag soll deutlich werden, dass auch in der gesetzlichen Unfallversicherung Schnittstellen zu anderen Trägern der sozialen Sicherheit überwunden werden müssen und es dafür noch mehr eines Bewusstseins zur Kooperation bedarf. Unerlässlich dafür sind eine positive Einstellung der Beschäftigten und Kooperationswilligkeit in den UV-Trägern genauso wie in den anderen Trägern der sozialen Sicherheit. Diese Kooperati-

¹ Dieser Beitrag wurde unter www.reha-recht.de als Fachbeitrag D26-2021 in der Kategorie D: Konzepte und Politik veröffentlicht; Zitiervorschlag: Mehrhoff, Wagener: Kooperation der Leistungsträger gemäß dem BTHG unter besonderer Berücksichtigung der Gesetzlichen Unfallversicherung; Beitrag D26-2021 unter www.reha-recht.de; 15.07.2021.

onskultur zur Umsetzung des BTHG gelingt nur, wenn derzeitige und künftige Führungskräfte Wert auf Kooperationen legen und geeignete Methoden nutzen, die in diesem Beitrag ausgeführt werden.²

II. Kooperationsvorgaben im BTHG

Zunächst bedeutet Kooperation nicht Koordination. Koordination von Teilhabeleistungen im Einzelfall ist das Ziel. Kooperation unter Beteiligten ist eine wirksame Strategie, um das Ziel zu erreichen. So etwa gelingt ein Teilhabe-Management in Komplexfällen meist nur durch enge Kooperation mit Fachleuten in der sozialen Sicherheit, den sog. Leistungserbringern. Diese Kooperation, etwa mit der Ärzteschaft, ist den Reha-Managerinnen und -Managern sehr vertraut. Weniger bewusst ist indes die Bedeutung der Kooperation für den Reha-Erfolg unter den Leistungsträgern. Darauf legt aber gerade das BTHG einen besonderen Wert.³

Das SGB IX erweitert die gesetzlichen Pflichten zur Kooperation unter den Leistungsträgern. Auf Bundesebene müssen sie auf der Ebene der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) gemäß § 25 SGB IX ausdrücklich in bestimmten Aufgaben kooperieren. Sie beschließen Gemeinsame Empfehlungen, etwa zum Reha-Prozess.⁴ Und in komplexen Einzelfällen müssen die Reha-Träger kooperieren und Regeln einhalten, wie etwa einen Teilhabeplan aufstellen zur Absicherung eines ganzheitlichen Teilhabebedarfs. Sogar ein ausführlich beschriebener Anspruch der Leistungsberechtigten auf das Einsetzen einer Teilhabeplankonferenz steht in den §§ 15 ff SGB IX n. F.

Diese umfassenden Teilhabeziele im SGB IX zugunsten der Sozialversicherten, die auf der Grundlage des Übereinkommens der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (UN-BRK) umgesetzt wurden, werden ergänzt durch die Kooperation der Leistungsträger in präventiver Hinsicht. So müssen diejenigen, die sich mit der nationalen Präventionsstrategie befassen, zusammenarbeiten mit den Fachleuten in der Teilhabe, um möglichst früh Teilhabebedarf zu identifizieren und Verschlimmerungen vorzubeugen (§§ 20d–20g SGB V). Das steht ausdrücklich in § 3 Abs. 2 SGB IX

² Die Hochschule der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) in Bad Hersfeld (HGU) hat deswegen im WS 2020 einen Wahlfachkurs im Bachelor-Studiengang (5. Semester) zum Thema Kooperation angeboten, wobei es nicht um die bloße Zuständigkeitsklärung ging. Als Prüfungsleistung konzipierten die Studierenden Lehrmodule eines Fortbildungskurses für die UV-Träger.

³ Das gegliederte System der sozialen Sicherheit lebt von der Kooperation der Leistungsträger, also besonders der Träger der gesetzlichen Unfall-, Kranken und Rentenversicherung sowie die Bundesagentur für Arbeit und die Integrationsämter. Die Kooperation mit den Trägern der Eingliederungshilfe wird in diesem Beitrag vernachlässigt, weil Berührungen zu den UV-Trägern gering sind.

⁴ Besonders die Ausführungen zu §§ 31–34 i. V. m. §28 und die §§ 61 ff in dieser Empfehlung aus 2019 beziehen sich auf die Kooperation unter den Leistungsträgern, veröffentlicht unter www.bar-frankfurt.de, zuletzt abgerufen am 15.07.2021.

n. F. Die Umsetzung dieser Vorgaben erscheint indes nicht justitiabel. Sanktionen sieht der Gesetzgeber, bis auf die Prüfung durch die Aufsichtsbehörden, nicht vor.

Das Gleiche gilt für eine andere, meist übersehene Vorgabe zur Kooperation im SGB IX, die in § 167 SGB IX steht, also im Kontext zum Betrieblichen Eingliederungsmanagement (BEM). Gemäß § 167 Abs. 2 Satz 4 SGB IX werden die Reha-Träger und das Integrationsamt (im Falle einer Schwerbehinderung) zum BEM hinzugezogen. Sie alle wirken darauf hin, dass die erforderlichen Hilfen im Betrieb erbracht werden. Damit ist klargestellt, dass im Falle von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben auch das Integrationsamt als Kooperationspartner einbezogen werden muss. Deswegen haben diese Partner auch auf der Ebene der BAR eine Verwaltungsvereinbarung geschlossen.⁵

III. Fallkonstellationen in der gesetzlichen Unfallversicherung

Für alle UV-Träger beginnt jede Fallbearbeitung mit der Frage, ob es sich um einen Arbeitsunfall oder eine Berufskrankheit handelt. Denn nur dann vollzieht sich das versicherte Risiko im Arbeitsleben, auch des Arbeitswegs, wofür die Arbeitgeber im Arbeitsverhältnis haften sollen. Dafür zahlen auch nur die Arbeitgeber Beiträge. Insoweit ist die gesetzliche Unfallversicherung eigentlich eher eine Haftpflicht-Versicherung und unter den Trägern der sozialen Sicherung eine Ausnahmeerscheinung, wie in fast allen Ländern der Welt. Aber gerade deswegen müssen sie kooperieren, um eigenständig zu bleiben.⁶

Mit dem Blick auf die Kooperation zur Erfüllung des umfassenden Teilhabebedarfs, dem Thema dieses Beitrags, soll indes der auf die Zuständigkeits-Klärung durch die sog. Kausalität nicht vernachlässigt werden. Die UV-Träger versuchen, die Kausalität schnellstmöglich zu klären und im Rahmen der Fristen zur Zuständigkeitsklärung zu entscheiden, ob Teilhabeleistungen rasch eingeleitet oder Fälle weitergeleitet werden bis

⁵ Auch die „Begleitende Hilfe – Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben“ aus dem Jahr 2020 ist auf der Website der BAR veröffentlicht. Mit dem Teilhabestärkungsgesetz sollen auch einheitliche Ansprechstellen für Arbeitgeber geschaffen werden (als begleitende Hilfe im Arbeitsleben), die von Integrationsämtern beauftragt werden und mit Dritten, die aufgrund ihres fachlichen Hintergrunds über eine besondere Betriebsnähe verfügen, zusammenarbeiten (§ 185a Abs. 5 SGB IX in der Ausschuss-Fassung des Teilhabestärkungsgesetzes (Bundestags-Drucksache 19/28834)). Diese Kooperationspartner können auch die UV-Träger sein.

⁶ Die deutsche Kooperationskultur in der sozialen Sicherheit wird weltweit, wo nahezu alle Reha-Systeme mehr oder weniger gegliedert sind, gelobt. In anderen Ländern, wie etwa in Polen, wo gerade in 2020 ein von der EU finanziertes Modell-Projekt zum Reha-Management in Komplexfällen beendet wurde, sieht das ganz anders aus. Die Verfasser gehörten dem Team (zusammen mit Carsten Koops) des deutschen Juniorpartners DGUV an.

zur Klärung der wesentlichen Teilursache, meist nach Einholung von ärztlichen Gutachten. Es gibt indes drei Fallgestaltungen,⁷ in denen die UV-Träger den Blick auf Kooperationen richten müssen:

- **Fallgestaltung 1:**

Nach Beginn von Teilhabeleistungen, etwa einer Maßnahme zur medizinischen Rehabilitation, stellt sich heraus, dass es sich nicht um einen Arbeitsunfall oder eine Berufskrankheit handelt, sondern um einen Fall der Kranken- oder Rentenversicherung. Diese Fälle wurden vor dem SGB IX n. F. immer mal wieder ohne weiteres abgegeben (**kalte Abbrüche**). Diese Fälle müssen indes in Kooperation mit den zuständigen Leistungsträgern ohne Nachteile für die Sozialversicherten „wie aus einer Hand“ überführt werden. Ziel ist eine nahtlose Maßnahme mit dem Teilhabeziel.

- **Fallgestaltung 2:**

Bei den Maßnahmen im Zusammenhang mit dem Teilhabebedarf nach einem festgestellten Arbeitsunfall oder bei einer Berufskrankheit stellt sich heraus, dass ein zusätzlicher Reha-Bedarf besteht („**fremder Reha-Bedarf**“). Nehmen wir an, ein Bauarbeiter hat sich ein Fersenbein gebrochen und leidet an einer vom Unfall unabhängigen Depression. In diesem Fall bedarf es einer Kooperation mit dem für dieses Leiden zuständigen Reha-Träger und, im Falle einer Schwerbehinderung, mit dem Integrationsamt wegen gemeinsamer Anstrengungen zur Erhaltung des Arbeitsplatzes.

- **Fallgestaltung 3:**

Und dann gibt es noch einen besonderen Teilhabebedarf, für den andere Reha-Träger zwar zuständig sind, an deren Erfüllung die UV-Träger aber ein gesteigertes Interesse haben, weil ohne geeignete Maßnahmen im Kontext dieser unfallunabhängigen Leiden die Teilhabe am Arbeitsleben nach einem Arbeitsunfall nicht reibungslos gelingen wird (**Ko-Faktoren**). So wird eine Verkäuferin nach einer Sprunggelenkverletzung auf Dauer nur in ihrem Job weiterarbeiten können, wenn der hochgradige Diabetes gut eingestellt ist. In diesen Fällen bedarf es eines proaktiven Zusammenwirkens der Reha-Träger, um das gemeinsame Teilhabeziel zu erreichen.

Solche Versicherungsfälle mit Bedarfen aus unterschiedlichen medizinischen Diagnosen kommen besonders bei der VBG vor, da dieser UV-Träger Unfälle während der Reha-

⁷ Diese drei Fallkonstellationen mit Fragen-Komplexen sind eingestellt in der Online-Diskussion der www.dvfr.de über „Das neue SGB IX in der Praxis“ zum Thema „Kooperation mit der Unfallversicherung“ im Februar 2021. Die DGUV hat zusammen mit der SVLFG im Juli 2020 einen Leitfaden für die UV-Träger erstellt, wo auch die Kooperation Eingang fand auf S. 12–15 (www.dguv.de, zuletzt abgerufen am 15.07.2021).

Maßnahmen anderer Leistungsträger absichert.⁸ In all diesen Fällen kommt es neben der raschen Klärung der Zuständigkeit auf die Kooperation bei der Klärung des individuellen Teilhabebedarfs an. Auf der Ebene der DGUV wurde ein Handlungsleitfaden für alle UV-Träger zur Umsetzung des BTHG auch in Hinsicht auf Kooperationen erstellt.⁹ Aber die Mitarbeitenden der Leistungsträger müssen sich bewusst sein, dass nur auf der Basis einer ausgeprägten Kooperationskultur unter Personen auf lokaler und regionaler Ebene den Sozialversicherten ganzheitlich geholfen werden kann. Die ca. 1200 Ansprechstellen¹⁰ bieten nur ein Hilfsmittel zur Kontaktaufnahme, aber eher zur Klärung der Zuständigkeit als zur Klärung des umfassenden Teilhabebedarfs.

IV. Fehlanreize für kooperatives Handeln

Die UV-Träger¹¹ beklagen immer wieder die Probleme mit den anderen Leistungsträgern bei der **Kostenerstattung**. Die Erstattungsregeln in § 16 SGB IX sollen zwar als Anreiz dienen, um denjenigen zu belohnen, der sich pro-aktiv einem umfassenden Teilhabebedarf widmet, anstatt die Fälle im Zweifel erst einmal abzugeben. Gerade die UV-Träger, die nicht auf Antrag handeln, sondern auf der Grundlage einer Anzeige von Betrieben und Ärzten (Unfallanzeige, Bericht der Durchgangsärztin bzw. des -arztes und Anzeige der Berufskrankheit), erkennen früher als andere Leistungsträger einen Teilhabebedarf und versuchen mit allen geeigneten Mitteln, die Unfallversicherten wieder ins Arbeitsleben zurückzubringen, möglichst am alten Arbeitsplatz oder innerhalb desselben Arbeitgebers. Dieser Maßstab, alles Geeignete zu tun, deckt sich indes nicht mit dem Notwendigen und Zweckmäßigen, etwa in den Krankenkassen und den RV-Trägern. Ergebnis: Zu viel Streit um die Höhe der Erstattung. Für die Betroffenen noch viel schlimmer sind die Abbrüche von eingeleiteten Maßnahmen. Das muss sich ändern!

Kooperationen gelingen nur im Vertrauen auf **Gegenseitigkeit**. Die UV-Träger beklagen, dass sie wegen ihrer Sonderstellung und der geringen Anzahl der Reha-Fälle oft nicht einbezogen werden in die Kooperationsgespräche auf regionaler Ebene. Sie werden schlicht vergessen. Dadurch können sie die für die Einzelfälle nötigen Netzwerke nicht aufbauen. Wie so oft liegt der Grund für mangelnde Kooperation also in dem Unwissen über das Leistungsspektrum der UV-Träger und deren Struktur. Deren Branchenbezug macht es in diesen Fällen nicht leichter. Wen soll man also in der Region ansprechen für ein Netzwerk-Treffen, zu dem mehrere Betriebe aus verschiedenen

⁸ Die VBG (www.vbg.de, zuletzt abgerufen am 15.07.2021) nutzt wegen dieser Nähe zu den anderen Leistungsträgern ihre (gemäß SGB IX a. F.) gemeinsamen Servicestellen weiter, die sich als Plattformen der Kooperation in der Region bewährt hatten und deswegen wertvoll bleiben.

⁹ Die DGUV hat zusammen mit der SVLFG im Juli 2020 einen Leitfaden für die UV-Träger erstellt, wo auch die Kooperation Eingang fand auf S. 12–15 (www.dguv.de, zuletzt abgerufen am 15.07.2021).

¹⁰ Vgl. www.ansprechstellen.de, zuletzt abgerufen am 15.07.2021.

¹¹ Im Rahmen des Unterrichts der HGU im Februar 2021 (siehe Rn. 2.) wurde eine Umfrage bei den UV-Trägern ausgewertet, die in diesen Beitrag einfließen: dazu auch die Fragenkomplexe in der o. g. (siehe Rn. 7.) Online-Diskussion der DVfR.

Branchen eingeladen sind. Die wenigsten kennen die sechs koordinierenden Landesverbände der DGUV.¹² Und Erfahrungen zeigen, dass andere Leistungsträger nicht sicher sein können, dass diese Landesverbände auch auf Kooperationsangebote bereitwillig reagieren.

Kooperationen mit anderen Leistungsträgern gelingen auch schon deswegen nicht leicht, weil die **ärztlichen Gutachterinnen und Gutachter** für die UV-Träger selten einen Hinweis auf den unfallunabhängigen Teilhabebedarf geben, höchstens im Kontext zur Frage der Kausalität, um zu erklären, ob der UV-Träger für dieses Leiden zuständig ist. Ein Manko liegt daran, dass die UV-Träger die Gutachterinnen und Gutachter nicht ausreichend nach dem unfallunabhängigen Teilhabebedarf fragen, was aber wichtig wäre.¹³ Die Gutachter, die für die UV-Träger tätig sind, müssten, so wie auch bei anderen Leistungsträgern, geschult und in Gutachtaufträgen auf einen umfassenden Teilhabebedarf hingewiesen werden. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die gesetzliche Unfallversicherung über keinen separaten Gutachtendienst verfügt, sondern sich der handelnden Ärztinnen und Ärzte bedient.

Natürliche Hemmnisse zur Kooperation liegen zudem immer wieder in der **Akzeptanz der Leistungsberechtigten** selbst. Die Leistungsträger können noch so sehr kooperieren wollen, um den Teilhabebedarf umfassend zu klären. Wenn dann letztlich die Betroffenen von Verletzungen und Krankheiten sich weigern, Angebote zu Teilhabemaßnahmen anzunehmen, ist alle Mühe umsonst. Besonders häufig, so die UV-Träger, lehnen Sozialversicherte mit psycho-sozialen Störungen Unterstützungsangebote ab. Oft liegt der Grund, neben den hohen Hürden des Datenschutzes, in der Skepsis gegenüber den Reha-Trägern, Ansprüche auf Geldleistungen könnten verloren gehen. Reha vor Rente bedarf einer aktivierenden Haltung, nicht nur bei den Leistungsträgern. Die ergänzenden unabhängigen Beratungsstellen gemäß § 32 SGB IX könnten um nötiges Vertrauen werben.¹⁴

V. Kooperation zugunsten der Betriebe

In den o. g. Fallkonstellationen gemäß den Vorgaben des BTHG zur umfassenden Bedarfsklärung geht es um die Vorteile für die Leistungsberechtigten in Einzelfällen. Aber die Träger der sozialen Sicherheit müssen auch deswegen zusammenwirken, damit die Unternehmen in Deutschland, die einen unerlässlichen Beitrag zum Wohlstand in Deutschland leisten, zufrieden sind. Sie wollen ihre Beschäftigten wieder arbeitsfähig

¹² Vgl. www.dguv.de, zuletzt abgerufen am 15.07.2021.

¹³ Dazu müsste die Gemeinsame Empfehlung zur Begutachtung weiterentwickelt (www.bar-frankfurt.de, zuletzt abgerufen am 15.07.2021) und § 26 III SGB IX genutzt werden (s. Welti in der Online-Diskussion unter Rn 7).

¹⁴ Die EUTB-Stellen (www.teilhabeberatung.de, zuletzt abgerufen am 15.07.2021) in ganz Deutschland beraten Betroffene und Angehörige. Mit diesem Netzwerk sollten die Leistungsträger kooperieren, auch um diesen Stellen bewusst zu machen, welche Anreize und Fehl-anreize in der Kooperation unter den Leistungsträgern bestehen und wie sie genutzt bzw. verändert werden können zum Wohle der Menschen mit Behinderungen.

zurückerhalten, wenn sie sich verletzen oder krank werden. Diese Komponente hat große Bedeutung für die Akzeptanz eines gegliederten Systems der Sozialversicherung. Arbeitgeber und Arbeitnehmer zahlen Beiträge und achten auf eine betriebsbezogene Gegenleistung. Beide Sozialpartner stellen über ihre **Selbstverwaltung** in den Sozialversicherungs-Zweigen die grundlegenden Weichen, auch für die Haltung zur Kooperation innerhalb der Mitarbeitenden in den Organisationen. Das muss öfter geschehen!

Ernst genommen wird besonders die Verpflichtung zur Kooperation innerhalb der BAR, also auf Bundesebene, wofür vor allem der Vorstand der BAR verantwortlich ist, der sich im Wesentlichen aus den Sozialpartnern aller Sozialversicherungs-Zweige zusammensetzt. In den über 100 Trägern der Sozialversicherung wird die Kooperation unter den Leistungsträgern zugunsten der Betriebe nur vereinzelt thematisiert. Um betriebsnahe Strategien zusammen mit anderen bemühen sich ohnehin meist nur die Leistungsträger, indes freiwillig, um früh und umfassend einen **Reha-Bedarf im Betrieb** zu entdecken und um pro-aktive Maßnahmen zu ergreifen. Kooperationen unter den Leistungsträgern bieten sich auch an, damit die Betriebe mit vereinter Unterstützung der Leistungsträger ein Betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM) ein- und durchführen. Daran haben alle Beteiligten oft ein gemeinsames Interesse.

Daraus haben sich in den vergangenen Jahren gute regionale und branchenbezogene Beispiele entwickelt, die zumeist zwischen Trägern der **Unfall- und Rentenversicherung** entstanden sind auf der Grundlage einer Kooperationsvereinbarung auf Bundesebene zwischen der DGUV und der DRV Bund, zusammen mit mehreren regionalen RV-Trägern.¹⁵ In einem Führungskreis werden vorhandene Erfahrungen analysiert und neue Projekte angestoßen, damit daraus geeignete Methoden für flächendeckende Aktivitäten in Deutschland entstehen können zum Wohle der Betriebe und deren Beschäftigten. Als wesentlicher Faktor für ein Mehr an Kooperation stellte sich ein Mehr an Kenntnis über das Portfolio beider Versicherungszweige heraus. Die RV-Träger profitieren von der Nähe der UV-Träger in den Betrieben. Denn alle rund 3,3 Mio. Betriebe sowie alle öffentlichen Verwaltungen sind Mitglieder in den UV-Trägern. Und die UV-Träger können umgekehrt Erkenntnisse über arbeitsbedingte Erkrankungen der RV-Träger nutzen, um Maßnahmen zum Arbeits- und Gesundheitsschutz zugunsten der Betriebe einzuleiten.

Diese Kooperation unter den Leistungsträgern gelingt aber nur dann effizient, wenn innerhalb der UV-Träger die **Fachleute in Prävention und Rehabilitation** miteinander kooperieren. Das gilt auch für die RV-Träger, in denen die Bedeutung des sog. Firmenservice nicht immer angemessen genug wahrgenommen wird. Obwohl in den UV-Trägern in den letzten Jahren Führungskräfte beider Gestaltungsbereiche immer mehr den Wert der Kooperation verinnerlicht haben, steckt eine systematische und strategische Kooperationshaltung immer noch in den Kinderschuhen. Die Beschlüsse der Gremien

¹⁵ In dem Begleitkreis, der seit 2019 auf einer unbefristeten Vereinbarung beruht, werden Kurz-Portfolios auf einer Seite für Beschäftigte von UV/RV erstellt, Netzwerktreffen in den Regionen initiiert (Münster, Hannover usw.) und Online-Seminare für Präventionsfachleute konzipiert, um nur einige Aktivitäten zu nennen.

der DGUV sind in vielen UV-Trägern noch nicht ausreichend umgesetzt und nur wenige flexibilisieren die Grenzen zwischen den Arbeitsbereichen Arbeits- und Gesundheitsschutz (Prävention) und Versicherungsleistungen (Rehabilitation).¹⁶ Eines sollte verbessert werden: Wenn Reha-Manager in die Betriebe gehen, sollten sie die Aufsichtspersonen darüber informieren. Genauso wenig hilft es Betrieben und ihren Beschäftigten, wenn Leistungsträger die Betriebe im BEM nur jeweils einzeln unterstützen wollen anstatt abgestimmt mit anderen.

Solche Schwierigkeiten in der Kooperation entstehen besonders dann, wenn der eigentlich unter Sozialversicherern fremde **Konkurrenzgedanke** stärker ausgeprägt ist. Das gilt insbesondere unter den Krankenkassen. Versuche, die Kassen in die o. g. regionalen Netzwerke zwischen UV-Trägern und RV-Trägern einzubeziehen, scheitern meist an den Eigeninteressen der Kassen, Mitglieder zu werben. Erfolg versprechen nur auf einzelne Betriebe oder manchmal auch auf einzelne Branchen bezogene Kooperationsmodelle, an denen vereinzelt Kassen nachhaltiges Interesse haben. Die zwölf Regionaldirektionen der Bundesagentur für Arbeit (BA) mit ihrem Firmenservice kooperieren derzeit auch zu selten mit anderen Leistungsträgern, obwohl diese Kooperation auf regionaler Ebene eine Bereicherung für die Betriebe wäre. Intensiver und dennoch ausbaufähig erscheint zudem die Kooperation mit den Integrationsämtern, die im Wesentlichen betriebsnahe Leistungen zu Teilhabe am Arbeitsplatz bieten.

Die **Integrationsämter** gehören zwar nicht zur beitragsfinanzierten Sozialversicherung. Ihre Aufgaben ergeben sich aus dem SGB IX Teil 3 (§§ 163 ff), beschränken sich auf die berufliche Teilhabe und werden über die Ausgleichsabgabe der Arbeitgeber (§ 160 SGB IX) finanziert. Sie sind angesiedelt in den Kommunen und Kreisen oder in Landesbehörden. Deswegen sollten zum Wohle der Betriebe und der Beschäftigten diese Ämter mit den UV-Trägern zusammenarbeiten, um den umfassenden individuellen Bedarf an betrieblicher Teilhabe, besonders zum Abbau von Barrieren, synergetisch zu klären und zu erfüllen. Und darüber hinaus sollten die UV-Träger und Integrationsämter auch mehr zur Unterstützung der Betriebe im BEM kooperieren, damit eine Rückkehr an den Arbeitsplatz bestmöglich gelingt und eine Kündigung vermieden wird. Denn einen neuen Arbeitgeber zu finden, ist meistens sehr viel aufwändiger für alle Beteiligten.

VI. Systemische Maßnahmen für mehr Kooperationshaltung

An oberster Stelle eines Maßnahmenkatalogs steht die Verankerung der Kooperation unter Leistungsträgern in den **Leitbildern und Strategien der UV-Träger**, natürlich auch in denen der anderen Leistungsträger. Denn nur durch diese korporative Verantwortung (Verpflichtung) nehmen die Mitarbeitenden ihre individuelle Verantwortung für

¹⁶ Auf der Ebene der Geschäftsführer-Konferenz (GFK) besteht schon seit 2017 Konsens, dass beide Bereiche stärker kooperieren müssen, was besonders die Ausschüsse der GFK zur Prävention und Rehabilitation umsetzen. Dennoch haben bisher nur einige UV-Träger ihre Organisation darauf ausgerichtet, so wie die VBG, BGW, BG BAU oder Unfallkasse (UK) Braunschweig-Hannover.

Kooperation wahr und ernst.¹⁷⁾ Ohne dieses Führungsprinzip in einer Organisation wird sich die Haltung zur Kooperation der Beschäftigten in den Leistungsträgern nicht ändern, weil weiterhin der Hauptfokus im alleinigen Abhandeln von (vermeintlich) eigenen Fällen gesehen wird. Kooperation unter Führungskräften, besonders auch zwischen den Fachleuten in den Arbeitsbereichen Prävention und Rehabilitation (s.o. 5), muss vorgegeben, von den Geschäftsführungen vorgelebt und mit Anreizen versehen werden. Versicherte und Betriebe/Verwaltungen werden den UV-Trägern dankbar sein. Insoweit sollten auch die Sozialpartner, also die Selbstverwalter auf Arbeitgeber- und Arbeitnehmerseite, in jedem Leistungsträger wegweisende Akzente setzen.

Ein weiterer Erfolgsfaktor für eine Kooperationskultur unter derzeitigen und künftigen Führungskräften ist die **Qualifizierung durch Bildungsmaßnahmen**. Es gehört zu den Aufgaben der Hochschule der DGUV (HGU in Bad Hersfeld), zusammen mit der Hochschule Bonn-Rhein-Sieg (BRS) in Hennef sowie der Akademie der DGUV in Dresden, das Thema Kooperation in ihren Bildungsprogrammen anzubieten, sowohl im Bereich Prävention als auch in der Rehabilitation. Das gilt entsprechend für die Bildungseinrichtungen der anderen Leistungsträger. Idealerweise kommt es zu Abstimmungen unter den verantwortlichen Dozenten für diese Kurse innerhalb der Hochschulen/Akademien der Leistungsträger. Alle Bildungsangebote sollten das Thema Kooperation zudem als Querschnittsthema aufnehmen. Sichtweisen, wie etwa der Fokus nur auf Schnittstellen und Zuständigkeiten zu legen, ohne die Kooperation zur umfassenden Bedarfsklärung ins Zentrum zu rücken, entsprechen nicht mehr dem BTHG-Grundgedanken und müssen angepasst werden.

Erst in Corona-Zeiten wird vielen bewusst, wie beschwerlich und ineffektiv nur über virtuelle Medien kooperiert werden kann. Kooperation lebt von Begegnungen, von Mimik, Gestik und Sympathie. Erst recht Kooperationen mit anderen Leistungsträgern gelingen dauerhaft nur durch **Gemeinschaft stiftende Ereignisse**. Eine wichtige Rolle spielen die sechs Landesverbände der DGUV. Auf dieser regionalen Ebene kommen UV-Träger mit anderen Leistungsträgern, also auch mit Integrationsämtern, zu wechselseitigen Netzwerk-Treffen zusammen. Wie oben unter 5. ausgeführt macht es Sinn, die Teilhabebeauftragten mit den Präventions-Koordinatoren zusammen zu bringen und Kooperationspartner bei den regionalen RV-Trägern und den Regionaldirektionen der BA zu finden. Ziel ist es, persönliche Kontakte zu knüpfen für die o. g. Fallkonstellationen, um den Teilhabe-Bedarf zu klären, und um Projekte zu initiieren, die die Betriebe zufrieden stellen.

Kooperation lebt von der Sozialkompetenz und Teamfähigkeit von Menschen. Nur wer bereit ist, andere Kolleginnen und Kollegen einzubeziehen, um deren Netzwerke und Kenntnisse bei Entscheidungen zu berücksichtigen, handelt verantwortungsbewusst. Es gibt zahlreiche **Netzwerker** in einem UV-Träger, die allein schon wegen ihrer Aufgabe

¹⁷ Diese einfache Formel hat einer der führenden zeitgenössischen Philosophen aufgestellt und ausgeführt in seinem lesenswerten Buch über die Verantwortung; Julian Nida-Rümelin, 2011, S. 130 ff.

geeignet sind, gefragt zu werden, ob sie Kooperationspersonen bei anderen Leistungsträgern kennen, die man selbst auch einmal ansprechen kann. Dazu gehören z.B. die Ansprechpersonen in den UV-Trägern zur Umsetzung der UN-BRK und der BEM-Aktivitäten.¹⁸ Denn beide Themen betreffen mehr als einen einzigen Gestaltungsbereich in den UV-Trägern und haben Bezüge zu den anderen Leistungsträgern und den Betrieben. Dieses kooperative Vorgehen schafft Synergien.

Natürlich gibt es **weitere gute Methoden**, Kooperationen anzubahnen. Dazu gehört das Internet-Portal zum Reha-Recht der DVfR mit den Online-Diskussionsforen¹⁹ zu bestimmten Themen, zuletzt auch zu Kooperationen (s. Anm. 7). Diese weltweit einmalige Plattform sollten die UV-Träger stärker nutzen, um auf ihre besonderen Probleme aufmerksam zu machen und Gleichgesinnte zu suchen. Überhaupt sollten die Angebote der BAR auf Bundesebene, nicht nur die zu Gemeinsamen Empfehlungen, genutzt werden. Besonders neu und geeignet ist das E-Learning Programm der BAR mit drei Modulen, wobei das dritte Modul sich dem Thema Kooperation unter den Reha-Trägern widmet.²⁰ Einen Zugewinn brächte es auch, wenn das aus dem Ausgleichsfonds geförderte neue Monitoring-Projekt (2021–2024) zum BTHG auf der Ebene der DVfR evaluieren würde, ob und wie die Leistungsträger die Kooperation untereinander umsetzen, mit dem Schwerpunkt auf die betriebliche Teilhabe.

VII. Ausblick

Im Gegensatz zu den Erfahrungen in anderen Ländern, auch Nachbarländern Deutschlands sind viele Leistungsträger in der sozialen Sicherheit bereit zu kooperieren. Das gilt auch für die UV-Träger. Das BTHG hat dazu nochmals gesetzgeberische Akzente gesetzt, die es künftig nachhaltig auszugestalten gilt. Die Erfahrung vieler Wissenschaften lehrt: Ohne Kooperation können sich keine komplexen Systeme entfalten. Die Folge sind Einheitssysteme. Das gilt für die innere Sicherheit, die öffentliche Verwaltung und eben auch für die soziale Sicherheit. Die private Wirtschaft gibt das Vorbild. Dort werden klare Interessen ausgelotet und es wird auf Kooperationen abgezielt, um Synergien zu schaffen, die es erleichtern, Unternehmensziele effizienter zu erreichen. Im BTHG wird das Ziel der Klärung des umfassenden Teilhabebedarfs und der frühen Maßnahme zur Erhaltung und Wiederherstellung der Beschäftigungsfähigkeit vorgegeben. Diese Ziele sind nur durch eine Kooperationsstrategie in den UV-Trägern, aber auch in und mit allen anderen Leistungsträgern, effektiv und effizient zu erreichen zum Wohle der Sozialversicherten, der Betriebe und nicht zuletzt zur Erhaltung der gesetzlichen Unfallversicherung als einem Bestandteil des gegliederten Systems der deutschen Sozialversicherung.

¹⁸ So wie in dem vom Vorstand der DGUV verabschiedeten Strategiepapier „UN-BRK 2025“, wonach gemäß S. 3 die UV-Träger „ihre Netzwerke nutzen und erweitern, um das Thema Inklusion zu befördern und Impulse zu setzen“, wozu auch die „Träger der sozialen Sicherheit“ gehören, vgl. www.dguv.de, zuletzt abgerufen am 15.07.2021.

¹⁹ Vgl. <https://fma.reha-recht.de/>, zuletzt abgerufen am 15.07.2021.

²⁰ Vgl. www.bar-frankfurt.de, zuletzt abgerufen am 15.07.2021.

Dessen müssen sich alle Führungskräfte in der Sozialversicherung, natürlich auch die der UV-Träger mit ihrem Dachverband (DGUV) und den Landesverbänden, bewusst sein. Dabei handelt es sich nicht nur um einen sog. weichen Faktor in der Führungskultur. Wenn Systeme sich erfolgreich weiter entwickeln wollen und nicht stagnieren, dann brauchen die Organisationen kooperativ denkende Führungskräfte im dem Sinne, dass sie die Haltung haben, dass nur gemeinsam mit anderen Leistungsträgern erfolgreich soziale Sicherung gelingt. Von diesen Führungskräften gibt es in den UV-Trägern sowie in den anderen Leistungsträgern, besonders bei den RV-Trägern und den Integrationsämtern, schon viele, aber eben noch bei weitem nicht genug. Deswegen sei uns an dieser Stelle noch einmal der Hinweis zum Vorschlag in Abschnitt 6, erster Absatz erlaubt: Zum Wohle der Versicherten und der Betriebe sollte das Netzwerken in den Leitbildern der Sozialversicherungsträgern verankert, von den Führungskräften vorgelebt und die Mitarbeitenden bei der Umsetzung des Netzwerkes wohlwollend unterstützt werden. Auf diese Weise kann eine Kooperationsbereitschaft nicht nur entstehen, sondern Kooperation mit Leben gefüllt werden.

Ihre Meinung zu diesem Fachbeitrag ist von großem Interesse für uns.
Wir freuen uns auf Ihren Kommentar auf www.reha-recht.de.
