

Ausschussdrucksache **20(11)509**

Materialzusammenstellung

Zusammenstellung der schriftlichen Stellungnahmen

zur öffentlichen Anhörung von Sachverständigen in Berlin am 1. Juli 2024 zum
Antrag CDU/CSU-Fraktion
**Reintegration in das Erwerbsleben verbessern – Durch Lotsen positive Effekte für den
Arbeitsmarkt und die Sozialversicherungen nutzen**
BT-Drucksache 20/9738

A. Mitteilung	2
B. Liste der eingeladenen Sachverständigen	3
C. Stellungnahmen der eingeladenen Sachverständigen	
Sozialverband VdK Deutschland e. V.	4
Nationaler Normenkontrollrat.....	13
Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management e. V.	18
Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände e. V.....	28
Deutscher Gewerkschaftsbund.....	33
Deutsche Rentenversicherung Bund	37
Sozialverband Deutschland e. V.	46
D. Stellungnahmen nicht eingeladenen Verbände/Institutionen	
InReha GmbH	50



Mitteilung

Berlin, den 20. Juni 2024

**Die 83. Sitzung des Ausschusses für Arbeit und Soziales findet statt am Montag, dem 1. Juli 2024, 16:00 Uhr
10117 Berlin, Adele-Schreiber-Krieger-Str. 1
MELH
Sitzungssaal: MELH 3.101**

Sekretariat
Telefon: +49 30 - 227 3 24 87
Fax: +49 30 - 227 3 60 30

Sitzungssaal
Telefon: +49 30 - 227 3 14 87
Fax: +49 30 - 227 3 04 87

**Achtung!
Abweichender Sitzungsort!**

Tagesordnung - Öffentliche Anhörung

Einzigster Punkt der Tagesordnung

Antrag der Fraktion der CDU/CSU

**Reintegration in das Erwerbsleben verbessern –
Durch Lotsen positive Effekte für den Arbeitsmarkt
und die Sozialversicherungen nutzen**

BT-Drucksache 20/9738

Öffentliche Anhörung von Sachverständigen

Federführend:
Ausschuss für Arbeit und Soziales

Mitberatend:
Ausschuss für Gesundheit



Liste der Sachverständigen:

Verbände und Institutionen:

Deutscher Gewerkschaftsbund

Deutsche Rentenversicherung Bund

Sozialverband Deutschland e. V.

Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände e. V.

Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management e. V.

Nationaler Normenkontrollrat

Sozialverband VdK Deutschland e. V.

Einzel Sachverständige:

Professorin Dr. Katja Nebe, Halle

Ausschussdrucksache **20(11)501**

Schriftliche Stellungnahme
Sozialverband VdK Deutschland e. V.

zur öffentlichen Anhörung von Sachverständigen in Berlin am 1. Juli 2024 zum
Antrag CDU/CSU-Fraktion
**Reintegration in das Erwerbsleben verbessern – Durch Lotsen positive Effekte für den
Arbeitsmarkt und die Sozialversicherungen nutzen**
BT-Drucksache 20/9738

Siehe Anlage

Stellungnahme des Sozialverbands VdK Deutschland e. V.

zum Antrag der Bundestagsfraktion der CDU/CSU: Reintegration
in das Erwerbsleben verbessern – Durch Lotsen positive Effekte
für den Arbeitsmarkt und die Sozialversicherungen nutzen

Bundestagsdrucksache 20/9738

Sozialverband VdK Deutschland e. V.

Abteilung Sozialpolitik
Linienstraße 131
10115 Berlin

Telefon: 030 9210580-300
Telefax: 030 9210580-310
E-Mail: sozialpolitik@vdk.de

Berlin, 25.06.2024

Der Sozialverband VdK Deutschland e. V. (VdK) ist als Dachverband von 13 Landesverbänden mit über zwei Millionen Mitgliedern der größte Sozialverband in Deutschland. Die Sozialrechtsberatung und das Ehrenamt zeichnen den seit über 70 Jahren bestehenden Verband aus.

Zudem vertritt der VdK die sozialpolitischen Interessen seiner Mitglieder, insbesondere der Rentnerinnen und Rentner, Menschen mit Behinderung und chronischen Erkrankungen sowie Pflegebedürftigen und deren Angehörigen.

Der gemeinnützige Verein finanziert sich allein durch Mitgliedsbeiträge und ist parteipolitisch und konfessionell neutral.

1. Zu den Zielen des Gesetzentwurfs und den Maßnahmen der Umsetzung

Ziel des Antrags ist es, „die Situation erkrankter Erwerbstätiger mit hohen Behandlungsbedarfen“ zu verbessern. Diese Betroffenenengruppe soll „durch ein individuelles Fallmanagement in Form eines Lotsen mit Information, Beratung und Anleitung individuell unterstützt werden“, um den Rehabilitationsprozess erfolgreich zu begleiten sowie die stufenweise Wiedereingliederung in den Beruf zu unterstützen. Ziel ist es also die dauerhafte Erwerbsminderung und damit eine Erwerbsminderungsrente sowie weitere „Belastungen“ für die Träger der Sozialversicherungen zu vermeiden.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Maßnahmen der medizinischen und beruflichen Rehabilitation tragen entscheidend zu einem guten und gesunden Leben sowie zu einem funktionierenden Sozialversicherungssystem bei. Das Prinzip Reha vor Rente ist zwar gesetzlich verankert, bisher aber nur in Ansätzen realisiert.

Der VdK begrüßt die Zielstellung des vorliegenden Antrags durch persönliche Lotsen die Rekonvaleszenz von erkrankten Erwerbstätigen zu unterstützen und zu verbessern und mit einem individuellen Fallmanagement das Instrument der stufenweisen Wiedereingliederung zu stärken. Darüberhinausgehend fordert der VdK für dieses Instrument einen verbindlichen Rechtsanspruch für alle Beschäftigten.

Vor der Einführung von Lotsen sollten zudem zunächst die Schwachstellen im Reha-System beseitigt werden, die Lotsen im Irrgarten der medizinischen und beruflichen Reha erst notwendig machen. Das Reha-System in Deutschland ist zu zersplittert.

Der VdK fordert deshalb ein einheitliches Reha-System in dem ein einheitlicher Reha-Träger für alle Reha-Maßnahmen zuständig ist und in einem einheitlichen Verfahren und nach einem Sozialgesetzbuch über die Rehabilitationsmaßnahmen entscheidet. Die Vorschriften aus den verschiedenen Sozialgesetzbüchern müssen hierzu zusammengefasst werden. Die Begutachtung erfolgt durch einen einheitlichen Medizinischen Dienst.

Die Zementierung des Übergangs aus Erwerbstätigkeit in die Sackgasse Erwerbsminderungsrente sowie die mögliche Rückkehr aus der Rente in das Erwerbsleben sind zentrale Schwachpunkte im bundesdeutschen Sozialsystem und auch eine markante

Lücke des vorliegenden Antrags. Hierzu erwartet der VdK nach der Einführung des probeweisen Arbeitens weitere Maßnahmen, die die Reintegration von Erwerbsgeminderten in das Arbeitsleben effektiv unterstützen.

2. Zu den Regelungen im Einzelnen

2.1 Grundsätzliche Reformen im Bereich von medizinischer und beruflicher Rehabilitation

Bereits im Koalitionsvertrag wurde verabredet, dass „längeres, gesünderes Arbeiten zu einem Schwerpunkt der Alterssicherungspolitik“ werden soll. „Hierzu werden wir einen Aktionsplan „Gesunde Arbeit“ ins Leben rufen, sowie den Grundsatz „Prävention vor Reha vor Rente“ stärken. Wir werden Rehabilitation stärker auf den Arbeitsmarkt ausrichten und die unterschiedlichen Sozialversicherungsträger zu Kooperationsvereinbarungen verpflichten. Den Zugang zu Maßnahmen der Prävention und Rehabilitation werden wir vereinfachen sowie das Reha-Budget bedarfsgerechter ausgestalten. Um frühzeitig einer Erwerbsminderung entgegenzuwirken, wollen wir unter Berücksichtigung der Evaluationsergebnisse den Ü45-Gesundheits-Check gesetzlich verankern und flächendeckend ausrollen.“ (Koalitionsvertrag 2021 bis 2025).

Im Bereich der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (berufliche Reha) durch die Rentenversicherung wurden im Jahr 2021 228.600 Anträge neu bewilligt und 112.000 Leistungen abgeschlossen. Nach Angaben des BMAS können 60 Prozent der Rehabilitanden eine Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt innerhalb von zwei Jahren erreichen. Insgesamt gibt es seit 2018 aber einen Rückgang bei den Bewilligungen und Leistungen zur beruflichen Reha.

Zu oft übernimmt bisher – neben den Hausärztinnen und Hausärzten - der VdK mit seinen bundesweiten Rechtsberatungsstellen die Lotsenfunktion, aber auch die juristische Vertretungsfunktion von Rehabilitanden und Erwerbsgeminderten im Irrgarten von Antragsstellung, Begutachtung, Widersprüchen und Verlängerungsanträgen. Bei vielen Widersprüchen und Klagen ist der VdK hier erfolgreich, was auf die Schwächen des Gutachter- und Bewilligungssystems verweist. Schon hier - beim Zugang zur Erwerbsminderungsrente verlieren viele – vor allem psychisch Erkrankte – den Glauben an das Sozialsystem und werden oft noch kränker. An eine Rückkehr auf den Arbeitsplatz ist dann oft nicht zu denken bzw. stehen nach dem Verlust des alten Arbeitsplatzes und damit der konkreten Kontakte oft auch keine Arbeitsplätze bzw. geeignete Arbeitgeber zur Verfügung, die die oft schwierige Reintegration unterstützen könnten.

Der Sozialverband VdK fordert deshalb die Umsetzung der weitgehenden Ziele des Koalitionsvertrags. Insbesondere das bereits 2012 von der DRV für die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation entwickelte Behandlungskonzept „Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation“ (MBOR) zielt auf eine schnelle berufliche Wiedereingliederung und

entspricht weitestgehend der Zielstellung des vorliegenden Antrags und sollte weiter ausgebaut werden.

Grundsätzlich ist darauf abzustellen, dass funktionierende und bewährte Modellprojekte z. B. im Rahmen von rehapro nach Auswertung auch durch die durch Aufnahme in das SGB VI verstetigt werden.

Vom proklamierten Ziel, Leistungen aus einer Hand anzubieten, sind wir meilenweit entfernt. Neben der gesetzlichen Krankenversicherung bieten unter anderem die Unfallversicherung, die Rentenversicherung und die Agentur für Arbeit Reha-Maßnahmen an. Dies führt sich darin fort, dass im Sozialgesetzbuch IX zwar das Recht für alle Reha-Träger zusammengefasst ist, durch den Regelungsvorbehalt (§ 7 SGB IX) gelten aber doch die Einzelschriften der anderen Bücher des SGB. Das bedeutet unterschiedliche Verfahren, Formulare, rechtliche Grundlagen und Entscheidungswege. Außerdem reichen die einzelnen Träger die Anträge der Versicherten weiter und machen das Verfahren noch länger, unübersichtlicher und unwägbarer.

Als Reaktion darauf wurde in diesem Jahr das vom BMAS geförderte Projekt „Gemeinsamer Grundantrag für Reha- und Teilhabeleistungen“ gestartet: Ziel des Projekts ist die fachlich-inhaltliche sowie technische Entwicklung und Erprobung eines trägerübergreifend abgestimmten (digitalen) Antrags für Reha- und Teilhabeleistungen mit dem grundsätzlich alle Leistungen aller Reha-Träger beantragt werden können sowie die Entwicklung einer Strategie zur Vorbereitung der Einführung des „Reha-Antrags“ in die Praxis.

Der VdK begrüßt den gemeinsamen Grundantrag und fordert darüber hinaus ein einheitliches Reha-System, in dem ein einheitlicher Reha-Träger für alle Reha-Maßnahmen zuständig ist und in einem einheitlichen Verfahren und nach einem Sozialgesetzbuch über die Rehabilitationsmaßnahmen entscheidet. Die Vorschriften aus den verschiedenen Sozialgesetzbüchern müssen hierzu zusammengefasst werden. Begutachtungen müssen durch einen einheitlichen Medizinischen Dienst vorgenommen werden. Bis zur Umsetzung dieser weitreichenden Forderung muss eine verbindliche und strukturierte Zusammenarbeit der Reha-Träger angestrebt werden. Doppel-Zuständigkeiten und Zweifelsfälle zwischen den Reha-Trägern sind aufzulösen und einer eindeutigen Lösung zuzuführen.

2.2 Lotsen im Gesundheitssystem

Der VdK begrüßt die Zielstellung des vorliegenden Antrags durch persönliche Lotsen die Rekonvaleszenz von erkrankten Erwerbstätigen zu unterstützen und zu verbessern und mit einem individuellen Fallmanagement das Instrument der stufenweisen Wiedereingliederung zu stärken.

In einer aktuellen Studie¹ verweisen Marie Coors u.a. darauf, dass sich Patientenlotsen „als mögliche Lösung, Sektoren und Gesetzbüchergrenzen zu überwinden“ in den vergangenen Jahren als Berufsbild etabliert und weite Verbreitung gefunden haben. Bundesweit existieren demnach bereits über 55 Modelprojekte, die den Einfluss von Patientenlotsen auf das

¹ Marie Coors u.a., Patientenlotsen. Optimierte Versorgung oder Orientierungshilfe, in: Dt. Ärzteblatt, Heft 12, 2024

Versorgungsgeschehen analysieren. Die Autorinnen und Autoren der Studie werten darin erste Projektberichte aus und geben viele kritische Hinweise auf offene Fragen der Vergütung von Patientenlotsen, dem Fachkräftemangel und dem immer noch rudimentären Austausch von dafür notwendigen Patienteninformationen und resümieren wie folgt: „Zuletzt stellt sich die Frage, ob der Einsatz von Patientenlotsen die Segmentierung des deutschen Gesundheitswesens überwinden kann oder bestenfalls eine Zwischenlösung auf dem Weg zu einer grundsätzlichen Umstrukturierung der Sektoren und Sektorengrenzen darstellt.“

Der Sozialverband VdK verweist neben diesen offenen Fragen darauf, dass aktuell die DRV Bund für alle DRV-Träger ein Konzept zum Fallmanagement für ihre Reha-Prozesse erstellt und dazu laufende Modellprojekte im Rahmen von rehapro erprobt und auswertet. Ziel soll es sein, eine gesetzliche Grundlage im SGB VI für die Durchführung eines strukturierten Fallmanagements zu schaffen.

Der Sozialverband VdK kritisiert aber, dass das Lotsensystem im vorliegenden Antrag von vorneherein aufkommensneutral durch Umwidmung bestehender personeller Kapazitäten und Finanzmittel eingeführt werden soll und die Zielgruppe unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes unter den Vorbehalt der Erfolgswahrscheinlichkeit gestellt werden soll. Dies widerspricht vor allem der geforderten individuellen Ausgestaltung des Stundenkontingents. Reha-Maßnahmen sind durchgängig nicht nur eine lohnende Investition für den Einzelnen, sondern auch in unser Solidarsystem, wenn Menschen somit länger gesund und im Beruf sind, anstatt Krankengeld oder Erwerbsminderungsrente beziehen zu müssen. Auch das Wording in der Einleitung des Antrags, Betroffene als Belastungen für die Träger der Sozialversicherung zu bezeichnen, steht dem Ziel eines präventiven und nachsorgenden Sozialstaates entgegen.

Das vorrangige sozialpolitische Ziel sollte und muss vor der Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit die Gesundung der Patienten haben. Gleichzeitig gibt es schon heute über eine Million schwerbehinderter Menschen, die trotz dauerhafter gesundheitlicher Einschränkungen erwerbstätig sind. Schwerbehinderte Menschen stoßen immer noch, besonders im Arbeitsleben, auf viele Hürden und Barrieren. Die freie Wirtschaft erfüllt seit vielen Jahren die gesetzliche Beschäftigungspflicht nicht und die Schwerbehindertenvertretungen in den Betrieben brauchen angesichts der stetig wachsenden Aufgaben eine bessere Unterstützung ihrer Arbeit durch gesetzliche Regeln.

Da sich die Lotsenfunktion vor allem auf erkrankte Beschäftigte richten soll, die sich bis zu 72 Wochen im Krankengeldbezug und damit unter Obhut der Krankenversicherung befinden, sollte aber geprüft werden, ob sie tatsächlich an die Träger der Rentenversicherung angebunden werden sollten, um frühzeitig die berufliche Reintegration durch eine stufenweise Wiedereingliederung (§ 44 SGB IX) bzw. ein berufliches Eingliederungsmanagement (§ 84 Abs. 2 SGB IX) zu unterstützen. Das 2018 vom Bundesgesundheitsministerium beauftragte IGES-Institut stellte fest, dass Patientenlotsen einen positiven Effekt auf den Gesundheitszustand der Patienten sowie die Versorgungsqualität haben und zu einer Überwindung der Segmentierung im Gesundheitswesen beitragen können. Das Finanzierungsvolumen wurde auf rund 607 Millionen Euro jährlich geschätzt und sollte nach

dem Vorschlag der Autoren im SGB V als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung verankert werden².

Zudem sollten Lotsen im vorliegenden Antrag nicht als Leistungserbringer bezeichnet werden. Leistungserbringer sind die jeweiligen Reha-Träger, die über die Maßnahmen auch entscheiden.

2.3 Betriebliches Eingliederungsmanagement und Stufenweise Wiedereingliederung

Körperliche und psychische Belastungen nehmen in der Arbeitswelt immer mehr zu. Das Betriebliche Eingliederungsmanagement soll dem seit 2005 entgegenwirken und mögliche Ursachen für Arbeitsunfähigkeitszeiten der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter minimieren. Soweit die Theorie. Laut Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin wird nicht einmal jedem zweiten aller Berechtigten nach längerer Krankheit ein Betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM) angeboten. Dieses Verfahren soll dazu beitragen, die Arbeitsfähigkeit der Betroffenen langfristig zu sichern. In der Realität wird dieses Instrument von den Arbeitgebern aber häufig als ein notwendiges Übel und zu erfüllende Voraussetzung für eine wirksame ordentliche Kündigung betrachtet.

Im Koalitionsvertrag wurde eine Stärkung des Betriebliches Eingliederungsmanagements (BEM) versprochen, aber bisher noch nicht konkretisiert. Der VdK fordert die Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber stärker in die Verantwortung für Prävention, das Betriebliches Eingliederungsmanagement und Return-to-Work-Programme zu nehmen. Verweigert eine Arbeitgeberin oder ein Arbeitgeber ein beschäftigungssicherndes Betriebliches Eingliederungsmanagement, sollte eine krankheitsbedingte Kündigung grundsätzlich unwirksam werden. Die Schwerbehindertenvertretung sollte grundsätzlich an jedem BEM-Verfahren zu beteiligen sein, auch wenn der oder die Beschäftigte nicht schwerbehindert oder gleichgestellt ist. Das gilt auch für die sogenannte stufenweise Wiedereingliederung, die sich als effektive Maßnahme bewährt hat.

Die Forderung des vorliegenden Antrags das Instrument der stufenweisen Wiedereingliederung zu stärken, richtet sich direkt an die betriebliche Ebene und damit auch an die Verantwortung der Arbeitgeber. Der VdK fordert einen Rechtsanspruch für alle Beschäftigten auf eine stufenweise Wiedereingliederung unabhängig davon, ob sie schwerbehindert sind oder nicht. Dieser Rechtsanspruch richtet sich insbesondere gegen Arbeitgeber, die eine stufenweise Wiedereingliederung häufig aus betriebsinternen Gründen verweigern oder verzögern.

Vor allem Menschen mit psychischen Erkrankungen benötigen nicht nur Lotsen und ein individuelles Fallmanagement, sondern zu allererst eine gute und schnelle Versorgung. In vielen Regionen stehen aber bislang keine oder nur unzureichende Therapiemöglichkeiten für psychisch Kranke zur Verfügung. Zusätzlich beeinträchtigen psychische Erkrankungen häufig die Fähigkeit, sich aktiv um eine adäquate Behandlung zu kümmern. Die Gefahr der Chronifizierung durch fehlende oder unzureichende Behandlung droht somit sowohl durch

² Braeseke u.a., Studie zum Versorgungsmanagement durch Patientenlotsen. Berlin 2018

strukturelle Mängel im Versorgungssystem als auch durch krankheitsimmanente Barrieren bei der Inanspruchnahme³.

2.4 Return-to-Work. Erwerbsrückkehr aus Erwerbsminderungsrenten unterstützen

Die Träger der Deutschen Rentenversicherung sind bisher meist erst bei Antragstellung einer Erwerbsminderungsrente gehalten, zu prüfen, ob die Leistung durch eine Rehabilitationsmaßnahme abgewendet oder zumindest hinausgezögert werden kann („Reha vor Rente“; § 8 SGB IX; § 9 Abs. 1 Satz 2 SGB VI). Sie kommen also im Sinne der Rekonvaleszenten oft zu spät und gestalten eher den Weg in die Erwerbsminderungsrente.

Ziel sollte es aber sein, sogenannte Return-To-Work-Prozesse also die Rückkehr aus der meist befristet gewährten Erwerbsminderungsrente in die Erwerbstätigkeit zu unterstützen.

Die Zementierung des Übergangs aus Erwerbstätigkeit in die Sackgasse Erwerbsminderungsrente sowie die mögliche Rückkehr aus der Rente in das Erwerbsleben sind zentrale Schwachpunkte im bundesdeutschen Sozialsystem und auch eine markante Lücke des vorliegenden Antrags. Menschen, die nach einer langen Kranken- und Behandlungsgeschichte eine befristete, teilweise oder arbeitsmarktbedingte Erwerbsminderungsrente erhalten, werden nicht ausdrücklich adressiert und vom Lotsensystem nicht erfasst. Das gleiche gilt für erkrankte Menschen im Arbeitslosengeldbezug.

Nach einer Statistik der Deutschen Rentenversicherung schieden im Jahr 2022 mehr als 19.500 Beschäftigte mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen aus dem Erwerbsleben aus, weil sie nicht wieder in den Arbeitsmarkt integriert werden konnten. Sie werden als arbeitsmarktbedingte Erwerbsminderungsrenten erfasst. Dahinter verbergen sich in der Regel ArbeitnehmerInnen, die zwar noch eingeschränkt arbeitsfähig sind, für die es jedoch keine entsprechend angepassten Arbeitszeitmodelle gibt. Auch hier liegt es in der Verantwortung der Arbeitgeber chronisch Kranken mit einer begrenzten Erwerbsfähigkeit Teilzeitarbeitsplätze anzubieten.

Gleichzeitig zeigen neuere Studien⁴, dass eine vollständige Rückkehr aus der Erwerbsminderungsrente mit gleichzeitiger Beendigung des Rentenbezugs die absolute Ausnahme darstellt. Nur zwei Prozent der Erwerbsminderungsrentnerinnen und -rentner beenden nach 12 Monaten den Rentenbezug und kehren in eine Erwerbstätigkeit zurück. Wesentlich häufiger ist die Wiedereingliederung in die Erwerbstätigkeit bei parallelem Rentenbezug – der sogenannte Hinzuverdienst neben der Erwerbsminderungsrente. Bei einem Viertel der untersuchten Gruppe gelingt die oft aber nur kurzfristige und geringfügige Rückkehr in den Beruf bereits in den ersten Monaten des Rentenbezugs und bei einem Fünftel nach einem einjährigen Rentenbezug (Seitz u.a., S. 369).

³ Bettina Hesse u.a., Psychische Erkrankungen in der Rehabilitation und bei Erwerbsminderung – zentrale Handlungsfelder, in: RV aktuell 8/ 2019

⁴ Björn Seitz u.a., Erwerbsminderungsrenten und Erwerbstätigkeit in der späten Lebensphase, in Deutsche Rentenversicherung, Heft 4 / 2022



Der Sozialverband VdK begrüßt daher, dass seit Beginn dieses Jahres die Hinzuverdienstgrenzen bei der Erwerbsminderungsrente erhöht wurde und Erwerbsminderungsrentnerinnen und -rentnern ein probeweises Arbeiten von einem halben Jahr ermöglicht wurde, ohne dass sie beim Überschreiten der erlaubten Stundenzahl mit einem Wegfall der Erwerbsminderungsrente rechnen müssen.

Diesem ersten Schritt müssen weitere folgen, wie die Öffnung der Wiederholungsfrist von bisher vier Jahren bei der medizinischen Rehabilitation und die Anpassung der Dauer von drei Wochen.

Ausschussdrucksache **20(11)502**

Schriftliche Stellungnahme Nationaler Normenkontrollrat

zur öffentlichen Anhörung von Sachverständigen in Berlin am 1. Juli 2024 zum

Antrag CDU/CSU-Fraktion

**Reintegration in das Erwerbsleben verbessern – Durch Lotsen positive Effekte für den
Arbeitsmarkt und die Sozialversicherungen nutzen**

BT-Drucksache 20/9738

Siehe Anlage



Stellungnahme des Nationalen Normenkontrollrates
zur Anhörung des Ausschusses für Arbeit und Soziales am 1. Juli 2024
zum Antrag „Reintegration in das Erwerbsleben verbessern – Durch Lotsen positive Effekte
für den Arbeitsmarkt und die Sozialversicherungen nutzen“ der Fraktion der CDU/CSU
(BT-Drucksache 20/9738)

Der Nationale Normenkontrollrat (NKR)

- hat die Aufgabe, die Bundesregierung bei der Umsetzung ihrer Maßnahmen auf den Gebieten des Bürokratieabbaus und der besseren Rechtsetzung zu unterstützen (§ 1 Abs. 2 NKRG).
- steht den federführenden und den mitberatenden ständigen Ausschüssen des Bundestages und des Bundesrates zur Beratung zur Verfügung (§ 6 Abs. 3 NKRG).

Vor diesem Hintergrund gibt der NKR, vertreten durch sein Mitglied Dr. Reinhard Göhner, Berichterstatter für das Bundesministerium für Arbeit und Soziales, die folgende Stellungnahme ab:

1. Der Antrag sieht vor, schwer Erkrankte mit besonders komplexen Versorgungssituationen und ihre Angehörigen durch Lotsen mit Information, Beratung und Anleitung über staatliche Hilfsangebote und Versicherungsleistungen individuell zu unterstützen. Dafür soll ein individuelles Fallmanagement zu Lasten der gesetzlichen Rentenversicherung geschaffen werden.
2. Der NKR hat sich kürzlich in einem [Gutachten mit dem Titel „Wege aus der Komplexitätsfalle – Vereinfachung und Automatisierung von Sozialleistungen“](#) mit der Komplexität von steuerfinanzierten Sozialleistungen und ihrem Vollzug in Deutschland auseinandergesetzt.¹

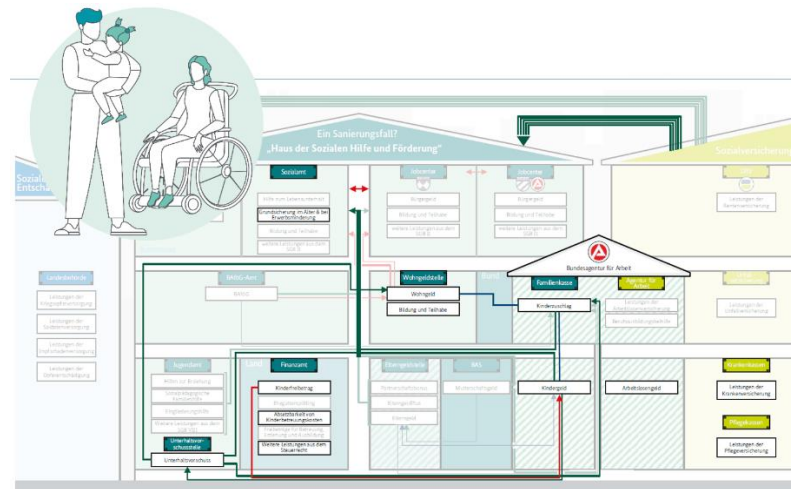
¹ NKR 2024: https://www.normenkontrollrat.bund.de/Webs/NKR/DE/veroeffentlichungen/gutachten/_documents/2024-03-26-nkr-gutachten-sozialleistungen.html

3. Diese Stellungnahme stützt sich im Wesentlichen auf das NKR-Gutachten. Auch wenn das NKR-Gutachten den Blick auf den Bereich der Verwaltung der steuerfinanzierten Sozial- und Familienleistungen richtet, lassen sich einige Befunde und Empfehlungen verallgemeinern und gelten teilweise auch für die Leistungen der Sozialversicherungen.



4. Der **Status quo des Sozialstaats** verursacht einen erhöhten Bedarf an Information, Beratung und Anleitung aufseiten der Leistungsberechtigten. Die in dem vorliegenden Antrag geforderte Schaffung eines individuellen Fallmanagements in Form von Lotsen, die eine vermittelnde Rolle zu anderen Leistungsträgern übernehmen und alle Leistungen koordinieren, setzt an den Symptomen an, die teilweise aus einem überaus komplexen System resultieren.
5. Leistungsempfänger benötigen Beratung für persönliche und organisatorische Anliegen. **Persönlicher Beratungsbedarf** entsteht durch individuelle gesundheitliche Schwierigkeiten und erfordert inhaltliche Unterstützung. **Organisatorischer Beratungsbedarf** resultiert dagegen oft aus komplexen bürokratischen und sozialversicherungsrechtlichen Fragen. Diese könnten durch Entbürokratisierung reduziert werden. Dadurch würde auch die persönliche Beratung und Unterstützung, wie durch Lotsen oder andere bestehende Beratungsangebote bei der Antragstellung, erleichtert.
6. Der NKR empfiehlt deshalb, die strukturellen **Ursachen für den erhöhten organisatorischen Beratungsbedarf** anzugehen. Die staatlichen Hilfsangebote und die Leistungen der Sozialversicherungen sollten so verständlich und übersichtlich strukturiert sein, dass die Empfänger sie auch selbst verstehen können. Ihr Bezug sollte unkompliziert und unbürokratisch möglich sein. Freiwerdende Beratungskapazitäten bei der Antragstellung könnten in der Folge für persönliche Beratung und Unterstützung, zum Beispiel durch Lotsen, genutzt werden.
7. Folgende grundsätzliche Befunde des NKR-Gutachtens lassen sich auch auf den Zustand der Sozialversicherungen und die Reintegration in das Erwerbsleben übertragen:
 - Das System ist komplex: Über Jahrzehnte hinweg wurden neue Regelungen, Instrumente und Leistungen hinzugefügt. Das Resultat ist ein umfangreiches Rechtsgefüge mit einem schwer zu überblickenden Leistungssystem.

- Die Kumulation und gegenseitigen Abhängigkeiten von Angeboten machen das Leistungsspektrum unübersichtlich. Staatliche Hilfsangebote erreichen ihre Adressaten häufig nicht oder nicht zielgenau.



- Aufseiten der für den Vollzug zuständigen Stellen besteht ein erhöhter Koordinations- und Kommunikationsbedarf. Dies verursacht erhebliche zusätzliche Kosten der Verwaltung des Sozialstaats.
- Digitale Angebote sind nur punktuell vorhanden. Die IT-Infrastruktur der zuständigen Stellen setzt auf heterogene Strukturen. Es fehlen einheitliche IT-Standards und Schnittstellen. Der Datenaustausch und die Wiederverwendung von Daten sowie die Automatisierung von (Teil-)Prozessen werden nur unzureichend genutzt.



Abbildung 6 Übersicht der Herausforderungen im Status quo

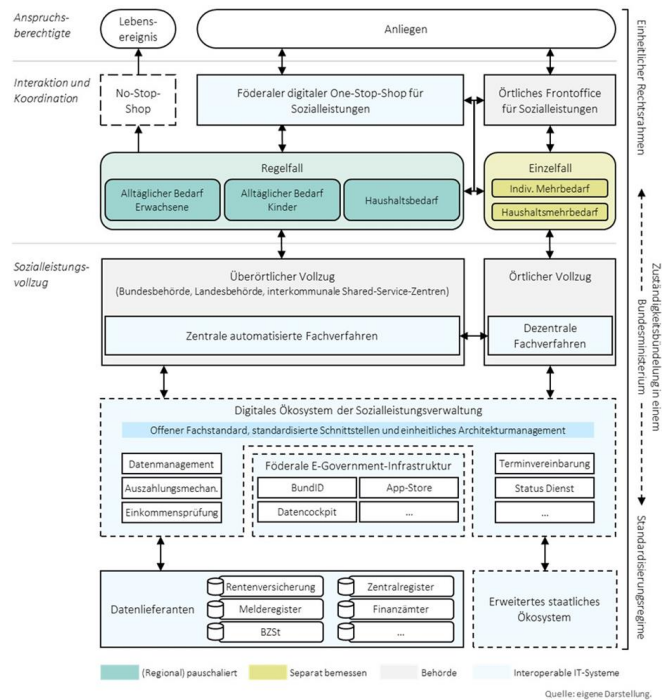
Quelle: eigene Darstellung

8. Folgende grundsätzliche Empfehlungen des NKR-Gutachtens lassen sich auch auf den Bereich der Sozialversicherungen und die Reintegration in das Erwerbsleben übertragen:

- **Kumulation von Leistungen und Hilfsangeboten abbauen**, indem die Vielzahl von Leistungen und Leistungsbestandteilen konsolidiert und gebündelt wird. Dabei geht es

nicht darum, das sozialpolitische Angebot oder Leistungsniveau zu senken, sondern das Beziehungsgeflecht zu entwirren.

- **Vollzug ebenenübergreifend standardisieren und strukturieren:** Insbesondere der automatisierbare Regelfall-Vollzug und Backoffice-Tätigkeiten sollten überörtlich gebündelt werden. Örtliche Anlaufstellen sollten sich auf (ganzheitliche) Beratung und komplexe Einzelfälle konzentrieren können. Dies setzt einen einheitlichen Rechtsrahmen und Prozessharmonisierung von Fachverfahren voraus.



- Für alle staatlichen Stellen sollte ein **gemeinsames digitales Ökosystem** etabliert werden. Durch ein starkes Standardisierungsregime für Schnittstellen, Daten und Fachverfahren mit einem einheitlichen Architekturmanagement sollten Once-Only und die Wiederverwendung von Daten ermöglicht werden.
- Leistungsempfänger sollten alle Hilfsangebote und Leistungen über einen **digitalen One-Stop-Shop** erhalten können. Antragstellung und Beratung können über eine Dienstleistungsplattform für alle Leistungen erfolgen. Eine automatisierte Vorprüfung und **digitale Assistenzsysteme** wie Chatbots sollten darin integriert werden.

Ausschussdrucksache **20(11)503**

Schriftliche Stellungnahme

Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management e. V.

zur öffentlichen Anhörung von Sachverständigen in Berlin am 1. Juli 2024 zum

Antrag CDU/CSU-Fraktion

**Reintegration in das Erwerbsleben verbessern – Durch Lotsen positive Effekte für den
Arbeitsmarkt und die Sozialversicherungen nutzen**

BT-Drucksache 20/9738

Siehe Anlage



DEUTSCHE GESELLSCHAFT
FÜR CARE UND CASE
MANAGEMENT

DGCC Geschäftsstelle – Friesenring 32 - 48147 Münster

An den
Deutschen Bundestag
Ausschuss für Arbeit und Soziales
Bernd Rützel, MdB

Münster, 27.06.2024

Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Care und Case Management e.V. (DGCC)

Prof. Dr. Hugo Mennemann

(Selbstauskunft: Für das Münsteraner Institut für Forschung, Fortbildung und Beratung führe ich Case Management-Schulungen auch bei Trägern der Rentenversicherung durch und berate die Träger bzgl. der Implementierung von Case Management.)

zum Antrag der Fraktion der CDU/CSU (Drucksache 20/9738): Reintegration in das Erwerbsleben verbessern – durch Lotsen positive Effekte für den Arbeitsmarkt und die Sozialversicherungen nutzen

Wir bedanken uns, zu dem o.g. Antrag Stellung nehmen zu dürfen.

Die Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management e.V. (DGCC) fördert die Entwicklung und Anwendung von Care und Case Management zur Verbesserung der Versorgung von Personen mit Unterstützungsbedarf. Dazu hat die Fachgesellschaft fachliche und ethische Leitlinien von Case Management sowie Zertifizierungsgrundlagen für die Weiterbildung zu Case Managern (in unterschiedlichen Handlungsfeldern) für Institute, die die Weiterbildung anbieten, für Case Management-Ausbilder und das Case Management anwendende Leistungsträger und Leistungserbringer formuliert¹.

Mit der Stellungnahme werden aus Sicht der DGCC fachliche Hintergründe und Vorschläge für notwendige Gesetzesinhalte dargelegt.

Der Kern unserer Stellungnahme lautet:

Aus Sicht der DGCC ist eine Berücksichtigung des Fallmanagements – im Antrag Lotsen-Konzept genannt - in seiner Spezifik im SGB VI mit Blick auf nachhaltige Hilfe für die Versicherten wie auch mit Blick auf die gesellschaftlichen und politischen Effekte (einschließlich ökonomischer) dringend zu empfehlen. Die Aufnahme des Fallmanagements im SGB VI ist notwendig, um alle in Frage kommenden Personengruppen zu adressieren und ein einheitliches Begriffs- und Konzeptverständnis der unterschiedlicher Träger der Rehabilitation sowie einen klaren Arbeitsauftrag mit Rechtsgrundlage für alle verbindlich zu etablieren.

Prof. Dr. Hugo Mennemann
Erster Vorsitzender
Deutsche Gesellschaft
für Care und Case Management (DGCC)
c/o FH Münster / SW
Friesenring 32
48147 Münster

Sprechzeiten / Kontakt:
Mo 16:30 – 19:30 Uhr
Mi und Fr 16:00 – 19:00 Uhr
E-Mail: info@dgcc.de www.dgcc.de
Tel.: 0152 2868 2280

Sparkasse Rheinessen
IBAN: DE03 5535 0010 0200 0105 85
SWIFT-BIC: MALADE51WOR

¹ Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management (Hrsg.): Case Management Leitlinien. Rahmenempfehlungen, Standards und ethische Grundlagen. Medhochzwei: Heidelberg, 2., neu bearbeitete Auflage 2020.

Gliederung

I. Zusammenfassende Argumentation

II. Notwendige Gesetzesinhalte

III. Ausführliche Argumentation

1. Ausgangssituation
 - a. Fachliche Grundlagen: Case Management bedarf der Einbindung in eine Versorgungsstruktur (Care Management)
 - b. Einschätzung der Ausgangssituation der Deutschen Rentenversicherung mit Blick auf Fallmanagement
2. Empfehlungen für eine erfolgreiche Implementierung von Fallmanagement
 - a. Adressierte Versichertengruppen
 - b. Konkrete Konzepte und Prozessverläufe
3. Notwendigkeit einer Verortung des Fallmanagements im SGB VI
4. Aufwand und Nutzen

Literatur und Anmerkungen

I. Zusammenfassende Argumentation

- **Fallmanagement wird** angesichts zunehmend komplexer Hilfesituationen von einigen Trägern der Rentenversicherung bereits seit einigen Jahren **erfolgreich angewandt**. Zudem bauen einige Rehapro-Projekte auf Fallmanagement-Konzepte auf und erproben dies.
- Im SGB VI ist üblicherweise im Rahmen der Deutschen Rentenversicherung und der Rehapro-Projekte von Fallmanagement die Rede. Die **Grundlage ist Case Management nach den Leitlinien der DGCC**. Im SGB V ist hingegen über die Projekte des Innovationsfonds die Rede von Lotsen-Konzepten, die sich ebenfalls auf Case Management nach den Grundlagen der DGCC beziehen (s. Stellungnahmen der DGCC und ihrer Fachgruppen). Im Folgenden wird dem üblichen Sprachgebrauch im SGB VI folgend von Fallmanagement und Fallmanagern gesprochen.
- **Über das SGB IX hinaus sollte Fallmanagement in das SGB VI aufgenommen werden.**
Begründung:
 - o Nur im SGB VI kann die Spezifik der Träger der Rentenversicherung auf Bundes- und Landesebene berücksichtigt und angesprochen werden. Im Gegensatz z.B. zum SGB V und SGB XI werden im SGB VI keine Leistungserbringer, sondern nur die Träger der Rentenversicherung angesprochen, Fallmanagement durchzuführen. Damit können mit begrenztem Aufwand die Leistungsträger des SGB VI unmittelbar mit Blick auf ihren staatlichen Auftrag angesprochen werden, um alle in Frage kommenden Personengruppen zu erreichen.
 - o Das **begriffliche Verständnis** der im SGB IX verwandten Begriffe z.B. von Bedarfserhebung, Teilhabepanung und Personenzentrierung **ist unterschiedlich**. In der Folge sehen nicht alle Träger die Notwendigkeit, Fallmanagement regelhaft und systematisch anzuwenden oder mit Hilfe Dritter anzubieten. **Im SGB VI können hingegen alle Träger verbindlich angesprochen werden.**
 - o Nur im SGB VI können **alle relevanten Personengruppen erreicht** werden, denen mit Hilfe eines Fallmanagement-Konzeptes Teilhabe am Arbeitsleben ermöglicht werden kann. Zu denken ist beispielsweise an Personen, die Erwerbsminderungsrente beantragen und hinter deren Antrag eine komplexe Hilfesituation steht, die bearbeitet werden kann.
 - o Zudem können die Träger der Rentenversicherung im SGB VI eine Gesetzesgrundlage erhalten, mit Hilfe des **Risikoindex** Erwerbsminderungsrente vor Antragstellung frühzeitig einen Beratungsbedarf zu erkennen und tätig zu werden.
- Da **Fallmanagement** im SGB IX nicht eindeutig definiert ist, gibt es in der Praxis unterschiedliche Verständnisse und Konzepte. Im SGB VI sollte das vom Gesetzgeber Erwartete **im Zuge der Gesetzgebung klar definiert werden**. Eine Begriffsklärung kann leicht **über eine Anbindung** der Begriffe Fallmanagement, Bedarfserhebung, Teilhabepanung und Personenzentrierung **an die fachlichen und ethischen Leitlinien und Vorgaben der Deutschen Gesellschaft für Care und Case Management** im Zuge der Gesetzgebung erreicht werden.

- **Fallmanagement-Konzepte** meinen fachlich gesehen weniger eine Personengruppe, die als Fallmanager tätig ist, sondern vielmehr **ein Konzept, dass die gesamte Organisation betrifft**. Fallmanagement-Konzepte werden im Sinne der Grundlagen des Case Managements (DGCC) in Versorgungsstrukturen eingebunden (Care Management). Dieser Umstand sollte im Zuge der Gesetzgebung berücksichtigt werden. Wird der Fokus missverständlich nur auf die Einzelfallebene und auf die Tätigkeit der Fallmanager gelegt, besteht die Gefahr, dass das Vorhaben bürokratisch und teuer wird.
- Ein **gemeinsames Begriffs- und Konzeptverständnis ermöglicht** eine gezielte und vergleichbare Anwendung, die deren **Evaluation** ermöglicht.
- Fallmanagement-Konzepte gewähren aufgrund einer verbesserten Zusammenarbeit nachhaltige sowie **effektive und effiziente Lösungen bei komplexen Hilfsituationen** und generieren für die Personen und die Gesellschaft einen Mehrwert.
- Im Rahmen der angestrebten Gesetzgebung im Renten- und Rehabilitationsbereich ist **ein grundsätzliches Hinwirken auf eine trägerübergreifende Zusammenarbeit und einen SGB-übergreifenden Rechtsrahmen** wichtig, weil die Bedarfslagen der Bürger quer zu den Sozialgesetzbüchern liegen.
- Der **Aufwand** für die Träger der Rentenversicherung ist **überschaubar**. Für die in den Blick zu nehmenden Versichertengruppen im Renten- und im Rehabereich ist vor allem ein überschaubarer Aufwuchs an Rehabilitatoren, die zu Fallmanagern (im Sinne der Grundlagen der DGCC) geschult werden, notwendig. Dabei ist zu bedenken, dass viele Rehabilitatoren bereits geschult sind. Formen integrierter Zusammenarbeit innerhalb der Träger der Rentenversicherung benötigen Schulungen des Sozialmedizinischen Dienst, der Sachbearbeitung und der Juristen sowie den Einsatz eines niedrigschwelligen Erkennungsinstrumentes komplexer Hilfsituationen (Screening-Instrument). Der genaue Aufwuchs ist bei den Trägern der Rentenversicherung zu erfragen. Hier liegen erste Erfahrungszahlen vor.
- Der **Nutzen** dürfte **ungleich höher** sein, wenn es mit Hilfe von Fallmanagement-Konzepten gelingt, Personen, die vorzeitig Anträge auf Erwerbsminderungsrente stellen oder die aufgrund komplexer Hilfsituationen auch mit Hilfe von Rehabilitationsmaßnahmen alleine nicht ins Berufsleben integriert werden können, wieder am Arbeitsleben teilhaben können. Der Gewinn, wenn Rentenbeiträge eingezahlt werden, anstatt über Jahre und Jahrzehnte Geld aus der Rentenkasse zu zahlen, dürfte ungleich höher als der Aufwand sein.
- Zudem ist erwartbar, dass die Träger der Rentenversicherung in Eigenregie **Zahlen zu Aufwand und Nutzen** mit systematischer Einführung des Fallmanagements zur Verfügung stellen. Auch die Versichertengruppen, bei denen sich mit hoher Wahrscheinlichkeit der Einsatz von Fallmanagement lohnt, dürften sich nach den ersten Jahren der Einführung präziser ermitteln lassen, so dass Fallmanagement gezielt mit hoher Nutzenwahrscheinlichkeit eingesetzt werden kann.

II. Notwendige Gesetzesinhalte

In dem entsprechenden Gesetz im SGB VI oder im Zuge der Gesetzgebung sollten die folgenden Inhalte benannt werden:

- Die Träger der Rentenversicherung werden verpflichtet, Fallmanagement vorzuhalten.
- Fallmanagement und die zu dessen Umsetzung notwendige Netzwerkarbeit können von den Trägern der Rentenversicherung ganz oder teilweise mit Blick auf spezifische Personengruppen an Dritte, die verpflichtet werden, gleichwertig nach den in diesem Gesetz benannten Grundsätzen zu arbeiten, weitergegeben werden.
- Fallmanagement wird angewandt bei Anträgen zur Erwerbsminderungsrente sowie bei Anträgen zu medizinischen Leistungen und zur Teilhabe am Arbeitsleben, wenn
 - o die Anträge mit einer zur Zielerreichung der Teilhabe am Arbeitsleben zu bearbeitenden komplexen Hilfsituation einhergehen
 - o mehrere Leistungserbringer und/oder Leistungsträger am Hilfeprozess beteiligt sind und koordiniert werden müssen

- die Hilfe vom Versicherten gewünscht und aus Sicht der Träger der Rentenversicherung notwendig ist und
- definierte Prozessketten in der Zusammenarbeit im eigenen Haus und darüber hinaus mit anderen Leitungsträgern und Leistungserbringern nicht greifen.
- Die Anwendung des Fallmanagements liegt im Einzelfall im Ermessen der Träger der Rentenversicherung. Es wird kein einklagbarer Rechtsanspruch der Betroffenen formuliert.
- Die Träger der Rentenversicherung erhalten zudem eine Gesetzesgrundlage, mit Hilfe des Risikoindexis Erwerbsminderungsrente frühzeitig vor Antragstellung tätig zu werden.
- Fallmanagement ist eine personenbezogene Dienstleistung, die verstanden wird im Sinne der ethischen und fachlichen Grundlagen des Case Managements (DGCC). Damit verbunden sind ein Beratungs- und ein Netzwerkkonzept sowie die Einrichtung von Regelpfaden bzw. Prozessverläufen. Zudem werden die folgenden Hauptphasen kriterien- und instrumentenbezogen beschrieben: Bedarfserhebung und -bewertung, Teilhabeplanung, Verbindung zu anderen am Einzelfall beteiligten Trägern und Leistungserbringern, Fallbeobachtung und -steuerung, Bewertung.
- Die Träger der Rentenversicherung werden aufgefordert, ein kriteriengeleitetes, gezieltes frühzeitiges Erkennen komplexer Hilfesituation bei allem am Entscheidungsprozess Beteiligten zu erwirken. Dies betrifft insbesondere die Mitarbeitenden in der Sachbearbeitung, im Sozialmedizinischen Dienst, auf der juristischen Entscheidungsebene und in der Rehaberatung.
- Die Träger der Rentenversicherung stellen die Zusammenarbeit der Professionen auch zwischen dem Leistungsbereich der Rente und dem der Rehabilitation sicher.
- Zum Aufbau vernetzter Versorgungssysteme in der Region arbeiten die Regionalträger mit den Bundesträgern zusammen. Die Qualität der Zusammenarbeit sowie die Formen der konkreten Zusammenarbeit werden dargelegt.
- Die Träger der Rentenversicherung werden verpflichtet, eine Evaluation des Fallmanagements durchzuführen. Diese umfasst die Wirkung des Fallmanagements bzgl. der Teilhabe am Arbeitsleben und den effizienten Einsatz der Mittel.

Zu diesen Inhalten ist zum einen anzumerken, dass diese Vorgaben bei einigen Trägern der Rentenversicherung (anfänglich) umgesetzt werden und entsprechende Konzepte, einschließlich personenzentrierter Versorgungspfade und Instrumente entwickelt wurden. Die Inhalte sind trägerbezogen und/oder in Projekten entwickelt worden und liegen grundsätzlich vor. Die Umsetzung ist heterogen. Bislang haben beispielsweise nur wenige Träger ein systematisches Konzept mit entsprechenden Schulungen zur Zusammenarbeit zwischen dem Leistungsbereich Rente und der Rehabilitation erarbeitet, um komplexe Hilfesituationen bei Anträgen für Erwerbsminderungsrente erkennen und mit Hilfe von Fallmanagement bearbeiten zu können. **Den Trägern fehlt bislang ein klarer gesetzlicher Auftrag, um verbindlich und einheitlich tätig zu werden.**

Zum anderen geben wir zu bedenken, dass ausschließlich auf die Grundlagen der Deutschen Gesellschaft für Care und Case Management verwiesen wird, weil diese als einzige Fachgesellschaft Case Management mit Blick auf die Weiterbildung von Case Managern (in Form von Fallmanagern oder Lotsen in unterschiedlichen Handlungsfeldern), das Fachkonzept Case Management und die Zertifizierung von Organisationen, die Case Management ausüben, fachlich und ethisch definiert hat.

III. Ausführliche Begründung

1. Ausgangssituation

Die Leistungsträger leisten gemäß Ihrer Zuständigkeit im Rahmen des gegliederten Sozialversicherungssystems einen zentralen Beitrag zur sozialen Gerechtigkeit und zur Stabilisierung des gesellschaftlichen Zusammenlebens. Die Deutsche Rentenversicherung hat u.a. den Auftrag, Teilhabe am Arbeitsleben zu unterstützen bzw. wieder herzustellen. Sie prüft Anträge auf Erwerbsminderungsrente, medizinische Leistungen und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben. Sie

gewährt materielle Unterstützungen und bietet Präventions- und Rehabilitationsangebote an. Dabei berät sie die Versicherten und die Organisationen.

Im Zuge der zunehmenden Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention vor allem durch das Bundesteilhabegesetz (BTHG) ab 2016 sowie Individualisierungsprozessen befinden sich Versicherte vermehrt in komplexen Hilfesituationen, in denen mehrere Beeinträchtigungen in Wechselwirkung treten: eine gesundheitliche Beeinträchtigung geht beispielsweise mit sozialen und psychischen Problemen einher.

Wenn der Bedarf der Versicherten in komplexen Lagen leistungsträgerübergreifend erkannt und bearbeitet wird und Leistungserbringer fallbezogen hinzugezogen werden, können mehr Potentiale gehoben werden, um die Teilhabe am Arbeitsleben in deutlich mehr Fällen zu ermöglichen.

1.1 Fachliche Grundlagen: Case Management bedarf der Einbindung in eine Versorgungsstruktur (Care Management)

Vielfältige Rehapro-Projekte nehmen spezifische Adressatengruppen in den Blick. Häufig wird mit dem Konzept Case Management gearbeitet, um komplexe Unterstützungssituationen zu erkennen und die Leistungsträger und Leistungserbringer im Einzelfall zu koordinieren.

Diese einzelfallbezogenen Steuerungen mit Hilfe des Case Management-Konzeptes sind personenintensiv und aufwendig. Deswegen wird Case Management von Anfang an in eine fallgruppenübergreifende oder fallgruppenunabhängige Zusammenarbeit innerhalb ihrer Organisationen und über ihre Organisationen hinaus (Care Management) eingebunden. Die so entstehenden regelhaften Versorgungspfade und Netzwerke entlasten von einer einzelfallbezogener Steuerungsnotwendigkeit.

In der Arbeit mit Case Management sind in der Praxis unterschiedliche Fallmanagement-Konzepte entstanden. Der Begriff Fallmanager (oder auch der Lotsen-Begriff) und das Verständnis von seiner Tätigkeit sind in der Praxis nicht einheitlich.

Die Unterschiedlichkeit der Fallmanagement-Konzepte macht Sinn, wenn festgelegt wird, dass sie sich alle auf die Grundlagen des Case Management-Konzeptes (DGCC) beziehen. Dieses ist handlungsfeldübergreifend in den fachlichen und ethischen Grundlagen für Organisationen und Case Manager definiert und kann vielfältig handlungsfeld-, organisations- und regionsbezogen unterschiedlich implementiert werden.

Wichtig ist, dass aus Sicht der DGCC Fallmanagement-Konzepte eingebunden werden in die Implementierung von Regelpfaden über eine vernetzte Zusammenarbeit in der Organisation und über die einzelne Organisation hinaus. Werden Fallmanagement-Konzepte (in der Gesetzgebung) primär über die additive Tätigkeit von Fallmanagern gedacht, besteht die Gefahr, dass die Systeme bürokratisch und teuer werden.

Zudem ist im Zuge der Gesetzgebung im SGB VI eine Definition der Begriffe in Anlehnung an Care Management und Case Management (DGCC) notwendig. Dann sind auch Begriffe wie Bedarf und Teilhabeplanung dem Inhalt nach mitdefiniert. Im Moment ist das nicht der Fall.

1.2 Einschätzung der Ausgangssituation der Deutschen Rentenversicherung mit Blick auf Fallmanagement

Die Deutsche Rentenversicherung besteht aus der Deutschen Rentenversicherung Bund und 14 Regionalträgern. Zudem übernimmt die Knappschaft Bahn-See die Aufgaben eines Rententrägers. Alle Träger haben unterschiedliche Geschichten, Kulturen und vor allem (recht feste unterschiedliche) Strukturvoraussetzungen ausgebildet. Die Prinzipien bundesweiter Einheitlichkeit und zugleich

ortsnaher Angebote können sich angesichts dieser komplexen Struktur über den gemeinsamen Grundsatz- und Querschnittsbereich sowie Arbeits- und Fachgruppen ergänzen und in einer fließenden Wechselwirkung zueinanderstehen. Die Bundes- und Regionalträger der Rentenversicherung sind veränderbar, aber bewusst nicht über eine Entscheidungsperson steuerbar. Es gibt ca. 30 Direktoren, die der jeweiligen Selbstverwaltung gegenüber rechenschaftspflichtig sind. Um eine gemeinsame und verbindliche Veränderung zu erwirken, ist hilfreich, wenn ein gemeinsames Begriffs- und Konzeptverständnis dem Grunde nach politisch-gesetzlich vorgegeben wird, ohne die konkreten Konzeptumsetzungen zu beschränken.

Die Träger der Deutschen Rentenversicherung gehen unterschiedlich mit Erwerbsminderungsrente, Rehaberatung und Fallmanagement um. Die Konzepte reichen von einer nicht vorhandenen zugehenden Rehaberatung über ein Ausgliedern von Fallmanagement bei vorhandener Rehaberatung bis hin zu einer verpflichtenden Umsetzung von Rehaberatung und Fallmanagement innerhalb der eigenen Organisation.

Hinzu kommt, dass die Verständnisse der gesetzlich nicht definierten Begriffe wie z.B.

Personenzentrierung, Fallmanagement, Bedarfserhebung, Teilhabeplanung unterschiedlich sind zwischen den Trägern und den beteiligten Professionen. Das Begriffsverständnis von Bedarfserhebung als Feststellungsakt innerhalb eines Verwaltungsvorgangs oder als Ergebnis eines Aushandlungsprozesses innerhalb einer Beratung zwischen Bedürfnissen der Versicherten und gesetzlich-fachlicher Bewertung ist different.

Einige Träger haben die Rehaberatung geschult und andere haben zugleich die Sachbearbeitung, die Juristen und den sozialmedizinischen Dienst hierarchieübergreifend geschult. Nur wenige haben auch Mitarbeitende im Leistungsbereich (Rente) geschult, um vorschnelle Anträge auf Erwerbsminderungsrente zu verhindern.

Zudem ist zu bedenken, dass die Deutsche Rentenversicherung wie auch andere Behörden soziale Gerechtigkeit über Rechtssicherheit und verwaltungsbezogene standardisierte Arbeitsanweisungen herstellt und das gesellschaftliche System stabilisiert und personenunabhängig unterstützt. Die Deutsche Rentenversicherung braucht angesichts der notwendigen Massenverwaltung und der vielen Mitarbeitenden und notwendigen Hierarchieebenen Standardisierungen und Stabilität.

Das BTHG fordert die Leistungsträger nun auf, eine personenzentrierte Leistung zu erbringen (§95 SGB IX), zu beraten und den Bedarf umfangreich (ICF-basiert) zu erheben (§§12+13 SGB IX), Teilhabepläne zu erstellen (§ 19 SGB IX) und ein individuelles Gesamtplanverfahren (§ 117 SGB IX) vorzunehmen.

Damit ist ein zweifacher Leitbildwechsel innerhalb der Organisation verbunden: von einer primären Angebotsorientierung (Rechtssicherheit, Verwaltungsbezogenheit) hin zu einer primären Personenzentrierung (u.a. Beratung in komplexen Hilfesituationen). Und von einem primären Rechts- und Verwaltungsdenken (ergebnisbezogen, anweisend) hin zu einem sozialwissenschaftlichem Organisationsverständnis und unterstützenden Beratungsdenken (prozessbezogen, empowernd).

Eine spezifische und fachlich qualifizierende Aufnahme des Fallmanagements in das SGB VI wird dafür sorgen, dass alle Träger der Rentenversicherung für alle Personen in komplexen Hilfesituationen die notwendige Hilfe anbieten, um Teilhabe am Arbeitserleben zu ermöglichen. Kultur- und Strukturunterschiede der Bundes- und Regionalträger sowie in der Folge im Detail unterschiedliche Fallmanagementkonzepte sind gewollt und kein Problem. Hilfreich ist, wenn der Gesetzgeber die grundsätzliche Aufgabe für die Träger der Rentenversicherung mit Blick auf die Verhinderung von Erwerbsminderungsrente und den Umgang mit komplexen Unterstützungssituationen bei Verfahren im Bereich der medizinischen oder der beruflichen Rehabilitation spezifiziert und in diesem Zuge die Begriffe ihrem Grundverständnis nach

definiert. Das geht am leichtesten durch eine verbindliche Anbindung des Fallmanagements an das definierte Case Management (DGCC).

2. Empfehlungen für eine erfolgreiche Implementierung von Fallmanagement

2.1 Adressierte Versichertengruppen

Fallmanagement-Konzepte sind sinnvoll zur Verhinderung von frühzeitiger und bei entsprechender Hilfe nicht notwendiger Erwerbsminderungsrente sowie bei Versicherten, die Anträge auf medizinische Leistungen oder auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben stellen, hinter denen ein komplexer Hilfebedarf steht. Diese Verfahren wurden in der Vergangenheit häufig abschlägig beschieden und die Menschen haben nicht die Hilfe bekommen, die notwendig ist. Dabei kann gedacht werden an Versicherte, die neben einer körperlichen, gesundheitlichen Einschränkung zudem psychische Einschränkungen haben, eine fordernde Familiensituation (pflegebedürftige Eltern, Lebenspartner oder Kinder), eine Suchtabhängigkeit oder eine Überschuldungsproblematik, um nur einige Beispiele zu nennen.

Bei den Trägern der Rentenversicherung kommen diese Personengruppen alle in den Blick. Eine Ausweitung anderer Verfahren, wie z.B. BEM-Verfahren in Organisationen sind notwendig, aber nicht hinreichend. Diese erreichen nicht zuverlässig alle Personengruppen, sind primär organisationsbezogen, weniger in regionale Netzwerke eingelassen, weil dazu die Fallgröße zu gering ist, und können von kleineren und mittelständigen Unternehmen nicht umfangreich ausgebaut werden.

Die genannten Personengruppen können mit Hilfe einer konkreten Rechtsgrundlage in das Fallmanagement der Träger der Rentenversicherung verbindlich eingeschlossen werden.

2.2 Konkrete Konzepte und Prozessverläufe

Um Personengruppen zu erkennen, die einen Antrag auf Erwerbsminderungsrente stellen, hinter dem im Kern komplexe Unterstützungssituationen stehen, ist eine Zusammenarbeit zwischen Juristen und Sozialmedizinern aus dem Leistungsbereich der Rente mit der Rehaberatur notwendig. Der sozialmedizinische Dienst erkennt mit Hilfe eines Screening-Instrumentes (Erkennungsinstrument) komplexe Unterstützungssituationen, gibt diesen einen Hinweis an die über den Antrag entscheidenden Juristen weiter, die dann über den weiteren Antragsweg entscheiden. Sie können an die Rehaberatur, die berät und bei Bedarf ein Fallmanagement durchführen kann, weiterleiten. Dort können notwendige weitere Hilfen wie Sozialpsychiatrischer Dienst der Kommune, Suchtberatungsstelle, Pflegeberatungsstelle, Schuldnerberatung etc. hinzugezogen werden, um die komplexe Hilfesituation so zu stabilisieren, dass eine Teilhabe am Arbeitsleben wieder möglich wird. Das Ergebnis des Beratungsprozesses geht dann wieder an die Juristen, die über den Antrag rechtswirksam entscheiden. Bei ML- und LTA-Anträgen müssen Sachberatung, Sozialmedizinischer Dienst, ggf. Juristen und Rehaberater vergleichbar zusammenarbeiten. Es wird mit Screening-Instrumenten, lebensbereichsbezogenen (nicht nur berufsbezogenen) Assessment-Instrumenten, Teilhabe- oder Rehaplänen, Linking-, und Monitoringinstrumenten sowie Evaluationsinstrumenten gearbeitet. Für diese Instrumente sind in Projekten und Organisationsberatungsprozessen wirksame Instrumente entstanden.

Aus Sicht der DGCC ist wichtig zu erkennen, dass der Antrag zur Verbesserung der Reintegration in das Erwerbsleben ein Programm ist und nicht eine Personengruppe adressiert. Er beinhaltet zudem bei genauer Betrachtung einen Organisationsentwicklungsprozess, bei dem unterschiedliche Professionen bzw. Einheiten der Organisation gezielt zusammenarbeiten. Die konkrete Fallmanager-Tätigkeit wird auf der Einzelfallebene sinnvollerweise von den Rehaberatern übernommen.

3. Notwendigkeit einer Verortung des Fallmanagements im SGB VI

Die bereits dargestellte Gesetzeslage im SGB IX ist umfangreich, detailliert und sie gilt auch für die Träger der Rentenversicherung. Wozu ist also eine eigene Gesetzesgrundlage im SGB VI notwendig? Schafft diese nicht unnötig mehr Bürokratie und Komplexität?

Die Vermutung oder das Argument, die Träger der Rentenversicherung hätten mit Blick auf das BTHG alle notwendigen gesetzlichen Vorgaben, reicht nicht aus, wie die Vielfalt der Begriffs- und Konzeptverständnisse zeigt. Zudem werden über das SGB IX nicht alle relevanten Versichertengruppen erreicht. Diese sollten im SGB VI spezifisch genannt werden. Die Träger der Rentenversicherung sollten verbindlich beauftragt werden, Fallmanagement allen Personengruppen anzubieten, die mit Hilfe dieses Konzeptes wieder am Arbeitsleben teilhaben können. Dazu sind Organisationsentwicklungsprozesse anzustoßen.

Im SGB VI sollten die relevanten Adressatengruppen spezifisch genannt werden. Zudem sollte der notwendigen organisationsinternen und -externen Zusammenarbeit über die Gesetzgebung ein Vorrang gegeben werden, um einzelfallbezogene Steuerung mit Hilfe von Fallmanagern zu verhindern (s. Pkt. II). Im SGB VI macht es mit Blick auf Bundes- und Regionalträger zudem Sinn, dass sie angehalten werden, externe Netzwerke zusammen aufzubauen. Darüber hinaus sollten die im Gesetz verwandten Begriffe und Inhalte über eine Anbindung an das definierte Care Management und Case Management (DGCC) im Zuge des Gesetzesvorhabens definiert werden, um der im Gesetz angestrebten Personenzentrierung sogar abträgliche Begriffs- und Konzeptdefinitionen zu verhindern. Die Träger der DRV sollten verpflichtet werden, Versicherte zu beraten und ihnen bei Bedarf ein Fallmanagement integriert anzubieten. Zudem ist zu bedenken, dass auf einer gemeinsamen fachlichen Grundlage Wirkungsforschung umfangreich und gezielt durchgeführt werden kann.

4. Aufwand und Nutzen

Der notwendige Organisationsentwicklungsprozess betrifft die Grundhaltung, die Arbeitsweisen und das inhaltlich erweiterte Qualitätsmanagement der Träger. Mit ihm sind vor allem hausinterne Schulungsprozesse, die bereits jetzt regelhaft durchgeführt werden, verbunden. Verfahren organisationsinterner Zusammenarbeit mit Hilfe von Screening-Instrumenten können über Schulungsprozesse erarbeitet werden, weil Screening-Instrumente leicht anwendbar sind und keine zusätzlichen Recherchen verlangen.

Einige Träger der Rentenversicherung haben bereits ihre Rehaberater zu Fallmanagern im Sinne der DGCC weitergebildet. Präzisere Erfahrungswerte des Mehraufwands können hier erfragt werden. Der finanzielle und gesellschaftliche Nutzen dieser Maßnahmen dürfte groß sein und die damit verbundenen Kosten weit übersteigen. Über eine prozessbegleitende Evaluation sollte es möglich sein, die Fallgruppen passgenauer zu identifizieren, bei denen ein Fallmanagement mit hoher Wahrscheinlichkeit zum Erfolg führt. Dann kann ein möglicherweise benötigter Personalzuwachs präziser bestimmt und ggf. nachjustiert werden. Derartige Evaluationen können auch von den Trägern in Eigenregie erwartet werden. Dem überschaubaren personellen Mehraufwand stehen vermehrte Rentenbeiträge anstelle von unnötigen langjährigen Rentenzahlungen in vielen Einzelfällen gegenüber.

Literatur

Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management (Hrsg.): Case Management Leitlinien. Rahmenempfehlungen, Standards und ethische Grundlagen. Medhochzwei: Heidelberg, 2., neu bearbeitete Auflage 2020.

Anmerkungen

Auf eine gendergerechte Sprache wird verzichtet, um eine bessere Lesbarkeit zu erzielen. Gemeint sind stets alle Geschlechter.

Auch auf differenzierte Literaturangaben und Zitate wird mit Blick auf eine leichtere Lesbarkeit verzichtet. Diese werden bei Bedarf gerne nachgeliefert.

Ausschussdrucksache **20(11)504**

Schriftliche Stellungnahme

Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände e. V.

zur öffentlichen Anhörung von Sachverständigen in Berlin am 1. Juli 2024 zum

Antrag CDU/CSU-Fraktion

**Reintegration in das Erwerbsleben verbessern – Durch Lotsen positive Effekte für den
Arbeitsmarkt und die Sozialversicherungen nutzen**

BT-Drucksache 20/9738

Siehe Anlage

Stärkere Vernetzung ist richtig – Schaffung von Doppelstrukturen vermeiden

Stellungnahme zum Antrag der Fraktion CDU/CSU „Reintegration in das Erwerbsleben verbessern - Durch Lotsen positive Effekte für den Arbeitsmarkt und die Sozialversicherungen nutzen“ (BT-Drs. 20/9738)

27. Juni 2024

Zusammenfassung

Der Antrag verfolgt die richtige und wichtige Zielsetzung, die Anzahl der Erwerbsminderungsrenten durch gezielte Maßnahmen zur Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung zu reduzieren. Die vorgeschlagene Verbesserung des Fallmanagements kann jedenfalls bei „komplexen Versorgungssituationen“ oder bei „hohen Behandlungsbedarfen“ sinnvoll sein.

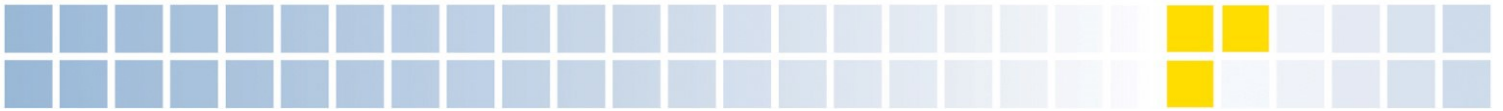
Medizinische und berufliche Rehabilitationsmaßnahmen werden in den kommenden Jahren an Bedeutung gewinnen. Die Ausgaben für alle Arten von Rehabilitation lagen im Jahr 2023 bei insgesamt 43,6 Mrd. € und damit fast so hoch wie die Ausgaben für die Pflegeversicherung. Ziel muss immer der effiziente Mitteleinsatz sein. Der Schlüssel zu diesem Ziel ist die koordinierte Zusammenarbeit im gegliederten Leistungssystem. Vermieden werden muss dagegen der Aufbau von Doppelstrukturen.

Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation ist die geeignete Einrichtung, um die trägerübergreifende Zusammenarbeit zu verbessern. Sie vereint Leistungsträger und Sozialpartner und legt mit dem gemeinsamen Grundantrag den Grundstein für eine bessere Koordinierung und einen schnelleren Zugang. Vor diesem Hintergrund ist der Antrag der Fraktion der CDU/CSU zu begrüßen, der vor allem Rehabilitanden bzw. Menschen mit hohem Rehabedarf in den Blick nimmt. Prävention und Rehabilitation sind von entscheidender Bedeutung.

Im Einzelnen

„Versorgung wie aus einer Hand“ verfolgen, aber Doppelstrukturen vermeiden

Reha-Maßnahmen sind vor allem dann erfolgreich, wenn sie zeitnah angewendet werden. Daher muss vermieden werden, dass Menschen bei unterschiedlichen Leistungserbringern oder bei parallellaufenden Maßnahmen wertvolle Zeit verlieren, weil die Leistungen nicht koordiniert erbracht werden. Der Deutschen Rentenversicherung als größten Reha-Träger die alleinige Verantwortung für die Lotsenfunktion zu übertragen, ist grundsätzlich naheliegend. Für diese trägerübergreifende Verantwortung dürfen aber nicht nur die Beitragszahler zur gesetzlichen Rentenversicherung die finanziellen Folgen schultern. Auch, wenn die organisatorische Abwicklung über einen Träger sinnvoll ist, müssen die Kosten hierfür aufgeteilt werden. Dies gilt insbesondere mit Blick auf steuerfinanzierte Unterstützungssysteme, die ebenfalls profitieren würden.



Eine doppelte Zuständigkeit der neu geschaffenen Lotsen gegenüber bestehenden Fallmanagementsystemen ist hingegen nicht sinnvoll. Wo diese Strukturen bereits bestehen, ist auf eine zusätzliche Struktur zu verzichten. Andernfalls würden zusätzliche Schnittstellen geschaffen, die komplexe Verfahren noch komplexer machen, mehr Zeit in Anspruch nehmen und letztlich die Wiederherstellung der Beschäftigungsfähigkeit gefährden.

Die Träger der Rehabilitation müssen optimal zusammenarbeiten, relevante Informationen untereinander austauschen und vorhandene Schnittstellenprobleme überwinden. Nur dann ist ein gegliedertes Sozialleistungssystem, in dem je nach Lebenslage unterschiedliche und zum Teil auch mehrere Leistungsträger gleichzeitig zuständig sind, im Sinne der Betroffenen zu rechtfertigen.

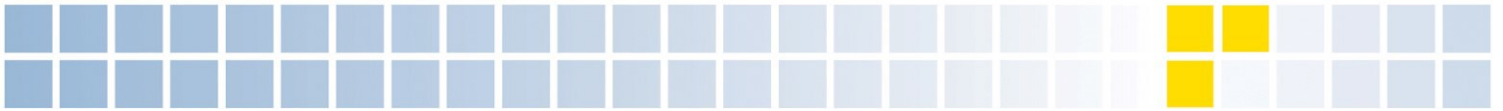
Zur besseren Verzahnung von Reha-Leistungen wurden bereits wichtige Schritte unternommen:

- Das Projekt „Gemeinsamer Grundantrag für Reha- und Teilhabeleistungen“ der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation hat zum Ziel die fachlich-inhaltliche sowie technische Entwicklung und Erprobung eines trägerübergreifend abgestimmten volldigitalen Antrags für Reha- und Teilhabeleistungen, mit dem grundsätzlich alle Leistungen aller Reha-Träger beantragt werden können. Ein solcher „Antrag für alle(s)“ zur ganzheitlichen Beantragung von Reha- und Teilhabeleistungen als gemeinsame Grundlage der Reha-Träger für eine zügige Zuständigkeitsklärung und umfassende Bedarfsermittlung soll Schnittstellenprobleme abbauen und einen sehr schnellen und ganzheitlichen Zugang der Rehabilitanden etablieren.
- 55 verschiedene Modellprojekte laufen bereits über das Förderprogramm „Rehapro“ vom BMAS, die von persönlichen Gesundheitslotsen über Leistungen in Reha-Häusern bis zur Unterstützung kleiner Unternehmen beim betrieblichen Eingliederungsmanagement reichen. Diese müssen nun ausgewertet und gebündelt werden, um genau den Fällen mit komplexen Versorgungsstrukturen ein Fallmanagement zu bieten.
- Das Teilhabeplanverfahren soll dazu dienen, eine Leistungserbringung wie aus einer Hand sicherzustellen, indem hier die Leistungsbedarfe ermittelt und festgestellt, die in Frage kommenden Leistungen und Rehabilitationsträger koordiniert und der gesamte Reha-Prozess durch den „leistenden Rehabilitationsträger“ gesteuert wird.
- Rehabilitanden benötigen teilweise sowohl Leistungen der medizinischen als auch der beruflichen Rehabilitation. Beide Leistungen werden durch die sog. MBOR-Angebote in den medizinischen Reha-Einrichtungen miteinander verzahnt.

Lotsenkonzept muss Grundsatz der Wirtschaftlichkeit entsprechen

Ein funktionierendes Lotsensystem in komplexen Fällen kann zu einer schnelleren Aktenbearbeitung, einer früheren Behandlung und somit zu einer erfolgreichen Rückkehr in den Arbeitsmarkt führen. Dies würde auch geringere Kosten für die Reha-Träger bedeuten.

Rehabilitation muss nach den Grundsätzen von Wirkung und Wirtschaftlichkeit ausgerichtet sein. Reha-Maßnahmen sollten häufiger als bisher ambulant durchgeführt werden: Ambulante Behandlungen sind oft praxisnäher, fast immer kostengünstiger und bieten auch wegen der gezielten Einbindung integrationsförderlicher Ressourcen der Familie, des sozialen Umfelds und des Betriebs häufig höhere Integrationschancen. Stationäre Maßnahmen sollten nur erfolgen, wenn keine ambulante Maßnahme gleichermaßen zielführend wäre. Natürlich ist dabei die



gesundheitliche Indikation zu beachten, die im Einzelfall eine ambulante Reha-Maßnahme ausschließen kann. Auch hier kann ein Lotse helfen, Maßnahmen einer ambulanten Reha durchzuführen.

Fraglich ist allerdings, ob überhaupt eine hinreichende Zahl von Lotsen auf dem Arbeitsmarkt verfügbar ist. Dies ist angesichts des Fachkräftemangels keinesfalls sicher. Vielversprechender könnten qualifizierende Umschulungen bestehender personeller Kapazitäten sein.

Es ist zu beachten, dass die Koordinierung verschiedener Sozialleistungsträger ein Anforderungsprofil aufweist, das deutlich über rein medizinisch-fachliche Kenntnisse hinaus geht. In der Praxis sind Teilhabekonferenzen gem. § 20 SGB IX sowie eine intensive Nutzung der Ansprechstellenverzeichnisse der BAR unerlässlich. Die im Antrag aufgelisteten Sozialpädagogen und Pflegefachkräfte besitzen beispielsweise nicht die erforderlichen Kenntnisse zur Koordinierung verschiedener Sozialleistungsträger in besonders anspruchsvollen Fällen und werden diese auch mit umfangreichen Weiterbildungsmaßnahmen kaum vollumfänglich erlernen können. Außerdem werden vor allem Pflegefachpersonen dringend in ihrer erlernten Tätigkeit benötigt. Besser geeignet wären Sozialversicherungsfachangestellte, die den Blick für regulatorische Hürden mitbringen und mit Hilfe der zahlreichen Ansprechpartner je nach gesundheitlichem Profil der Rehabilitanden die erforderlichen Informationen zusammentragen und mit allen Beteiligten abstimmen können.

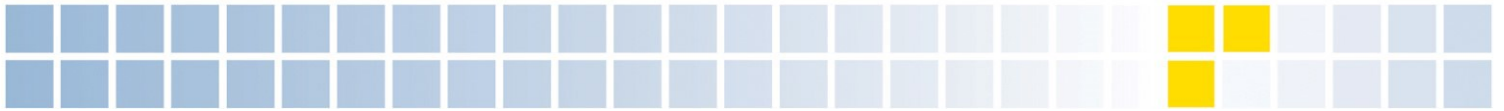
Alle Beteiligten in die Koordinierung der Lotsentätigkeit mit einbeziehen

Gerade, wenn die Lotsen in eine erfolgreiche Wiedereingliederung begleiten sollen, müssen die Arbeitgeber der betroffenen Personen frühzeitig mit einbezogen werden. Nicht nur die Betroffenen brauchen Unterstützung. Auch Arbeitgeber brauchen einen trägerübergreifenden Ansprechpartner, der durch den Reha-Dschungel lotst. Schon während der medizinischen Rehabilitation müssen Arbeitgeber sowie Werks- und Betriebsärzte in den Wiedereingliederungsprozess einbezogen werden. Nur in Zusammenarbeit mit dem jeweiligen Arbeitgeber kann entschieden werden, mit welcher Unterstützung Betroffene ihre Arbeit auf dem konkreten Arbeitsplatz wieder aufnehmen können oder ob passende Ausweichmöglichkeiten im Betrieb vorhanden sind. Eine rechtzeitige Information und Einbindung der Arbeitgeber ist zudem auch deshalb geboten, weil diese ihre Personalplanung auf die Wiedereingliederung ausrichten müssen.

Entscheidungshoheit über Reha-Maßnahme bei den Reha-Trägern belassen

Die Forderung, Krankenhausärzten und niedergelassenen Vertragsärzten – i. d. R. im Zuge des Entlassungsmanagements im Krankenhaus – in einem unbürokratischen Verfahren die Feststellung der Erforderlichkeit zu übertragen sowie Ärzte verstärkt auf das Fallmanagement in der Ausbildung, in den Weiterbildungsordnungen für Fachärzte sowie in Schulungen aufmerksam zu machen, kann auf die gesamte Reha-Landschaft ausgeweitet werden. Haus- und Betriebsärzte müssen in der Aus- und Weiterbildung für das Thema Rehabilitation sensibilisiert werden. Ärzte sind im Regelfall die ersten Ansprechpartner, wenn gesundheitliche Beeinträchtigungen auftreten. Die Bedarfserkennung durch Ärzte darf kein vorgelagerter Flaschenhals für den Zugang zu Reha-Maßnahmen sein.

Gleichzeitig muss die Hoheit über die Entscheidung der Reha-Maßnahme ausschließlich beim zuständigen Reha-Träger liegen. Die Feststellung der Erforderlichkeit darf sich nur auf die genau zu definierenden Voraussetzungen einer „komplexen Versorgungssituation“ beziehen und keine Leistungsgenehmigung Dritter zu Lasten der Reha-Träger werden.



Soweit der Antrag ein individuelles Fallmanagement auch für Beamte und Angehörige der berufsständischen Versorgung vorsieht, ist darauf zu achten, dass die damit verbundenen Kosten nicht zu Lasten der gesetzlichen Sozialversicherung, sondern zu Lasten der Beihilfeträger und der berufsständischen Versorgungswerke gehen.

Ansprechpartner:

BDA | DIE ARBEITGEBER

Bundesvereinigung der
Deutschen Arbeitgeberverbände

Soziale Sicherung

T +49 30 2033-1600

soziale.sicherung@arbeitgeber.de

Die BDA organisiert als Spitzenverband die sozial- und wirtschaftspolitischen Interessen der gesamten deutschen Wirtschaft. Wir bündeln die Interessen von einer Million Betrieben mit rund 30,5 Millionen Beschäftigten. Diese Betriebe sind der BDA durch freiwillige Mitgliedschaft in Arbeitgeberverbänden verbunden.

Ausschussdrucksache **20(11)505**

Schriftliche Stellungnahme
Deutscher Gewerkschaftsbund

zur öffentlichen Anhörung von Sachverständigen in Berlin am 1. Juli 2024 zum
Antrag CDU/CSU-Fraktion
**Reintegration in das Erwerbsleben verbessern – Durch Lotsen positive Effekte für den
Arbeitsmarkt und die Sozialversicherungen nutzen**
BT-Drucksache 20/9738

Siehe Anlage

Stellungnahme



zum Antrag der Fraktion der CDU/CSU

„Reintegration in das Erwerbsleben verbessern – Durch Lotsen positive Effekte für den Arbeitsmarkt und die Sozialversicherungen nutzen“ auf Drucksache 20/9738

Rehabilitation und Teilhabe stärken

Für die Versicherten sind die Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe von unschätzbarem Wert, um die Erwerbstätigkeit zu sichern. Gleichzeitig ist die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit auch von großer Bedeutung für den Arbeitsmarkt. Die Reha-Träger bieten vielfältige Leistungen und Behandlungsmethoden, um den Bedarfen der einzelnen Versicherten gerecht werden zu können.

Bei vielfältigen Bedarfen sind Versicherte jedoch häufig verunsichert und auch die behandelnden Ärzte kennen häufig nicht alle Leistungen. In solchen Situationen die verschiedenen Leistungen über alle Reha-Träger und Leistungserbringer zu organisieren ist eine Herausforderung – gerade auch, wenn die Versicherten durch ihre gesundheitliche Situation bereits belastet sind. Mit dem Bundesteilhabegesetz und dem reformierten SGB IX wurden hier bereits wesentlichen Verbesserungen erzielt. Seitdem sind die Reha-Träger grundsätzlich verpflichtet, die individuellen Bedarfe umfassend festzustellen und entsprechende ergänzende Leistungen zu beantragen. Ebenfalls wurde das Teilhabeplanverfahren geschaffen, um in diesen Fällen die Leistungsangebote trägerübergreifend und zusammen mit den Versicherten entsprechend ihrer Bedarfe zu ermitteln und zu organisieren. Auch bietet die Rentenversicherung bereits seit Jahren umfassende Reha-Beratungen vor Ort an. Sie steht den Versicherten bei der Teilhabe und Wiedereingliederung beratend zur Seite.

Insgesamt ist insbesondere das Reha-Angebot der Rentenversicherung gut. Dennoch zeigt die Praxis, dass in bestimmten komplexen Fällen eine stärker aufsuchende bzw. die Versicherten noch enger begleitende Unterstützung notwendig ist, um die Bedarfe zu erkennen und die dementsprechenden Leistungen zu organisieren. Hierfür ist der Aufbau eines Fallmanagements zielführend und geboten. Dies fordert auch der DGB. Sowohl die Rentenversicherung wie auch das BMAS sind hier bereits tätig. Auch im Rahmen des Bundesprogramms Reha-Pro werden solche Konzepte erarbeitet und getestet. Aufgrund der begrenzten Förderdauer der Projekte enden dies in naher Zukunft wieder. Wichtig wäre es daher, erfolgreiche Konzepte und Modelle des Bundesprogramms RehaPro nachhaltig zu verstetigen.

Die Projekte haben gezeigt, dass der Aufbau einer Fallmanagement-Struktur, die bei komplexen Bedarfen unterstützt, erhebliche Herausforderungen mit sich bringt. Die Gewinnung und Schulung von qualifiziertem Personal mit umfassender Kenntnis über die verschiedenen Sozialrechtsbereiche, erzeugt einen erheblichen Mehraufwand und Mehrbedarf an personellen wie auch finanziellen Ressourcen für die Rentenversicherung.

Der vorliegende Antrag der Fraktion der CDU/CSU fordert die Bundesregierung nun auf, ein solches Fallmanagement aufzubauen. Damit rennt der Antrag offene Türen ein und fordert Konzepte einzuführen, die bereits erarbeitet oder gar erprobt werden. Der Antrag der Unions-Fraktion wirft aber einige Fragen auf.

23. Juni 2024

Verantwortlich:
Markus Hofmann
Abteilungsleiter Sozialpolitik

Kontaktpersonen:

Johannes Roth
Referatsleiter Gesundheitspolitik
johannes.roth@dgb.de
und

Ingo Schäfer
Referatsleiter Alterssicherung
ingo.schaefer@dgb.de

Deutscher Gewerkschaftsbund
Abteilung Sozialpolitik

Nach Auffassung der CDU/CSU Fraktion soll das Fallmanagement zu Lasten der Rentenversicherung aufgebaut werden. Dies ist richtig. Allerdings gehen CDU/CSU mit keinem Wort auf das Reha-Budget ein, welches die Ausgaben für Leistungen zur Rehabilitation gesetzlich begrenzt. Ein Fallmanagement erzeugt hier aber zwangsläufig zusätzliche Kosten, die sich im Reha-Budget niederschlagen. Zum einen erzeugt das Fallmanagement selbst zusätzliche Kosten. Aber natürlich auch die zusätzlichen, die individuellen Bedarfe berücksichtigenden Leistungen, so sie erfolgreich den Versicherten gewährt werden. Die Idee von CDU/CSU, dass eine solche zielgenaue Leistungsverbesserungen aufwandsneutral möglich sei, ist wenig zielführend und daher nicht nachvollziehbar.

Auch wenig zielführend ist das Ansinnen der CDU/CSU-Fraktion, dass die Bundesregierung alle im Antrag geforderten Maßnahmen nur unter der Maßgabe der verfügbaren Haushaltsmittel ergreifen soll, damit Reha nach Kassenlage, nicht nach Bedarfen ausgestaltet werden soll. Auch sollen alle Maßnahmen an der Wirtschaftlichkeit gemessen werden, womit insinuiert wird, Reha-Maßnahmen würden heute unwirtschaftlich erbracht. Eine Unterstellung, die von wenig Kenntnis der tatsächlichen Sachlage zeugt. Zudem widerspricht diese Forderung der CDU/CSU-Fraktion der eigenen Begründung für ihren Antrag:

„In vielen Fällen wäre eine Wiedereingliederung in das Erwerbsleben möglich, wenn alle bereits vorhandenen Möglichkeiten [...] erfolgen würde. Viel zu oft ist dies aber nicht der Fall, [...] weil im Dschungel verschiedenster Behandlungsmöglichkeiten und Beteiligter im Prozess nicht alle Behandlungsoptionen lückenlos genutzt werden.“

Ziel des Antrags ist also die lückenlose Nutzung aller Behandlungsoptionen sowie eine breitere Anwendung der stufenweisen Wiedereingliederung („Hamburger Modell“). Dieses Ziel ist vollumfänglich zu unterstützen. Allerdings ist es evident, dass dies nicht aufwandsneutral oder im Rahmen des bestehenden Reha-Budget der Deutschen Rentenversicherung erfolgen kann. Der Antrag hätte sich daher zwingend mit der Finanzierungsseite beschäftigen müssen. Zum einen die konkrete Finanzierung des Fallmanagements. Zum zweiten aber auch die Finanzierung der angestrebten zusätzlichen Reha-Maßnahmen – weil sinnvoll und wirtschaftlich.

Der gute Ansatz des Antrags wird dadurch konterkariert, dass er gleichzeitig kostendämpfend arbeiten will. Alle Untersuchungen zeigen aber, dass sich Reha für die Menschen, die Beitragszahlenden und die Wirtschaft lohnt. Eine kostenneutrale Ausgestaltung der Fallmanagement-Struktur ist daher weder realistisch noch sinnvoll. Die im Antrag vorgeschlagenen Maßnahmen würden daher nicht konsequent dazu beitragen, die tatsächlichen Teilhabeleistungen zu verbreitern und mehr Menschen in Arbeit zu halten oder zu bringen. Eine Umwidmung bisheriger Kapazitäten in der Rentenversicherung zu Gunsten von Fallmanagement-Strukturen birgt die Gefahr, an anderen Stellen Versorgungsdefizite zu Lasten der Versicherten zu erzeugen.

Aus Sicht des DGB erfordert der Aufbau einer ernstgemeinten Fallmanagement-Struktur zusätzliche Ressourcen auf Seiten der Deutschen Rentenversicherung (DRV). Dafür sollte die notwendige gesetzliche Regelung geschaffen werden. Zu einer spürbaren Stärkung der Rehabilitation als solcher und ihrer

Teilhabeleistungen gehört aus Sicht des DGB auch, die gesetzliche Begrenzung der Ausgaben für Rehabilitation abzuschaffen. Der Anteil der Ausgaben für Teilhabeleistungen an allen Ausgaben der Rentenversicherung war 2022 so niedrig wie noch nie. Gleichzeitig gibt es in der Altersgruppe der über 50-jährigen so viele Erwerbstätige wie noch nie. Zweidrittel aller bewilligten Reha-Leistungen erfolgt in dieser Altersgruppe.

Auch werden Leistungen stets auch unter dem Gesichtspunkt der Wirtschaftlichkeit bewilligt. Selbst ohne einen gesetzlichen Budget-Deckel besteht daher keine Gefahr, dass die hier notwendigerweise verursachten Kosten aus dem Ruder laufen würden. Und selbst wenn die Reha-Ausgaben um 50 Prozent stiegen – was völlig unrealistisch ist – stiege der Beitragssatz zur Rentenversicherung nicht mal um 0,2 Prozent. Und auch dies nur unter der Maßgabe, dass die zusätzlichen Reha-Leistungen keinerlei Effekt auf die Erwerbstätigkeit der Berechtigten hätte und dadurch weder eine Rente vermieden noch eine Erwerbstätigkeit erhalten würde. Was wiederum nicht anzunehmen ist, weil unreal.

Reha rechnet sich – für die Rentenversicherung, für die Volkswirtschaft, für die arbeitenden Menschen. Deswegen ist jeder in die Reha bei der Deutschen Rentenversicherung investierte Euro ein guter Euro und jeder hier erzeugte Mehraufwand auf längere Sicht ein Gewinn für Gesellschaft und Wirtschaft. Wer hier zu sparen versucht, spart definitiv am falschen Ende.

Ausschussdrucksache **20(11)506**

Schriftliche Stellungnahme
Deutsche Rentenversicherung Bund

zur öffentlichen Anhörung von Sachverständigen in Berlin am 1. Juli 2024 zum

Antrag CDU/CSU-Fraktion

**Reintegration in das Erwerbsleben verbessern – Durch Lotsen positive Effekte für den
Arbeitsmarkt und die Sozialversicherungen nutzen**

BT-Drucksache 20/9738

Siehe Anlage

Stellungnahme

der Deutschen Rentenversicherung Bund

vom 27. Juni 2024

zum

Antrag der Fraktion der CDU/CSU

**(Reintegration in das Erwerbsleben verbessern - Durch Lot-
sen positive Effekte für den Arbeitsmarkt und die Sozialver-
sicherungen nutzen)**

vom 12. Dezember 2023

anlässlich der Anhörung im
Ausschuss für Arbeit und Soziales des Deutschen Bundestages

am 1. Juli 2024

I. Vorbemerkung

Der Antrag der Fraktion der CDU/CSU fordert die Einrichtung eines Fallmanagements, also einer expert*innenseitigen Begleitung von Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen und einem daraus resultierenden hohen Risiko der Erwerbsminderung sowohl für Arbeitnehmer*innen als auch für Beamt*innen und Selbständige. Hierfür wird der Begriff des „Lotsen“ verwendet. Das Angebot soll eine „Versorgung wie aus einer Hand“ schaffen. Die Struktur soll bei gesetzlich Versicherten aufwandsneutral bei der Deutschen Rentenversicherung angesiedelt sein; im Fall von Beamt*innen soll die Struktur zu Lasten der Beihilfe und bei Selbständigen zu Lasten der Versorgungswerke etabliert werden. Darüber hinaus wird eine im ärztlich-niedergelassenen Bereich angesiedelte Prüfpflicht zu einer begleiteten stufenweisen Wiedereingliederung gefordert.

Die Deutsche Rentenversicherung unterstützt das Ziel, die Erwerbsfähigkeit zu sichern bzw. wiederherzustellen. Prävention und Rehabilitation bilden dabei wichtige Säulen gesellschaftlicher Teilhabe von Menschen und damit einer inklusiven Gesellschaft. Entsprechend dem gesetzlichen Auftrag der Rehabilitation der Rentenversicherung steht bei ihren Angeboten die Förderung der Teilhabe am Erwerbsleben im Vordergrund: Leistungen, Handlungsstrategien und Entscheidungen sollten nach dem Grundsatz Prävention vor Rehabilitation vor Rente an dem Ziel ausgerichtet sein, allen Versicherten entsprechend ihren Fähigkeiten und Bedürfnissen die Teilhabe am Erwerbsleben zu ermöglichen und die Erwerbsfähigkeit möglichst bis zum Erreichen der Regelaltersgrenze sicherzustellen. Dabei hat die Sicherung der Erwerbsfähigkeit neben dem individuellen Nutzen auch einen volkswirtschaftlichen Nutzen durch die Sicherung von Fachkräften, der Vermeidung von Erwerbsminderungsrenten und der Weiterzahlung von Beiträgen.

II. **Stellungnahme**

1. **Notwendigkeit einer Begriffsklärung: Fallmanager - Lotse**

Zur Schaffung eines individuellen Fallmanagements wird im oben benannten Antrag vorgeschlagen, einen Lotsen zur zielgenauen Unterstützung von Erkrankten mit komplexen Versorgungssituationen aufwandsneutral in und zu Lasten der Gesetzlichen Rentenversicherung zu implementieren.

Aus Sicht der Deutschen Rentenversicherung ist zunächst eine begriffliche Klärung und Definition notwendig, um ein gemeinsames Verständnis zu den Aufgaben eines Fallmanagers bzw. eines - wie im Antrag der CDU/CSU-Fraktion vorgeschlagenen - Lotsen zu entwickeln.

Nach dem Verständnis der Deutschen Rentenversicherung geht es bei einem Fallmanagement der Rentenversicherung im Kern um eine fallbezogene Begleitung und Koordination eines Prozesses, in dessen Zentrum eine betroffene Person steht, die ein erhebliches Risiko besitzt, aufgrund ihrer gesundheitlichen Probleme nicht wieder in Arbeit zurückzukehren, oder nicht im Erwerbsleben verbleiben zu können.

Im Antrag der CDU/CSU-Fraktion werden unter anderem Begrifflichkeiten gewählt, die eine Verortung der Lotsenfunktion auch im akutmedizinischen Versorgungssystem suggerieren. Dies zeigt sich beispielsweise an den Bezeichnungen „Patient*innen“ oder „erkrankte Erwerbstätige mit erhöhtem Behandlungsbedarf“ bzw. an den geforderten Ausgangsqualifikationen der Lotsen.

Die Deutsche Rentenversicherung weist an dieser Stelle darauf hin, dass diese Beschreibungen nicht notwendigerweise mit einem erhöhten Risiko der Erwerbsminderung gleichzusetzen sind. Personen können komplexe Behandlungsbedarfe besitzen, ohne dass die Erwerbsfähigkeit gefährdet ist. Damit ist der Begriff der „komplexen Behandlungsbedürftigkeit“ aus Sicht der Deutschen Rentenversicherung nicht zielführend, um die Zielgruppe zu beschreiben.

Aus Sicht der Deutschen Rentenversicherung sollte dem Begriff und dem Verständnis des Fallmanagements in der Stärkung der Koordination und Kooperation der Vorzug gegeben werden. Das Fallmanagement ist eine Begrifflichkeit, die gut etabliert ist, um eine expertenbasierte Begleitung im Rahmen von Reha- und Teilhabeprozessen zu beschreiben (beispielsweise im Rahmen der Definition der Deutschen Gesellschaft für

Care und Case Management (DGCC)) und unter anderem bereits bei der Beschäftigungsorientierung in den Jobcentern und im Bereich der Sozialen Entschädigung verwendet wird.

Einer Implementierung einer darüber hinaus gehenden Funktion, wie hier vorgeschlagen der eines Lotsen, bedarf es aus Sicht der Rentenversicherung nicht.

2. Fallmanagement in der Rentenversicherung

Unter Berücksichtigung der Ausführungen in dieser Stellungnahme wird das Ziel, ein individuelles Fallmanagement zu schaffen, von der Rentenversicherung geteilt.

Die Deutsche Rentenversicherung hat mit ihren Leistungen zur Teilhabe den gesetzlichen Auftrag, die Erwerbsfähigkeit der Versicherten zu erhalten bzw. wiederherzustellen. Insoweit teilen wir das im Antrag benannte Ziel, Prävention und Rehabilitation weiter zu stärken. Hier bietet insbesondere das Fallmanagement eine große Chance, Versicherte insbesondere mit komplexen Bedarfslagen auf ihrem Weg zur Rückkehr in das Erwerbsleben zu unterstützen.

Die Deutsche Rentenversicherung weist zunächst darauf hin, dass sie - auch gefördert durch das Bundesprogramm rehapro des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales - bereits seit mehreren Jahren den Aufbau einer Fallmanagement-Struktur entwickelt. Viele der über das Bundesprogramm rehapro geförderten Modellprojekte beschäftigen sich mit dem Thema Fallmanagement. Hinzu kommen weitere unterschiedliche regionale Initiativen. Die Deutsche Rentenversicherung erarbeitet derzeit ein Rahmenkonzept zur einheitlichen Durchführung des Fallmanagements innerhalb der Deutschen Rentenversicherung. Das von der Deutschen Rentenversicherung beabsichtigte Fallmanagement beinhaltet zum einen, mit dem Versicherten gemeinsam einen bedarfsgerechten Rehabilitationsprozess zu erarbeiten, ihn bei der Beantragung von weiteren in Betracht kommenden Sozialleistungen zu unterstützen, zu begleiten und zum anderen den Teilhabeprozess zu koordinieren und relevante Akteure einzubinden.

Zum jetzigen Zeitpunkt bestehen keine direkten gesetzlichen Regelungen im Sechsten Buch Sozialgesetzbuch zur Durchführung eines Fallmanagements im Sinne der Begleitung, Unterstützung und Beratung sowie der Koordinierung des Teilhabeprozesses für in der Deutschen Rentenversicherung versicherte Personen.

3. Keine zweite Ordnungsstruktur

Das Fallmanagement als „Versorgung wie aus einer Hand“ zu etablieren, ist ein richtiger Ansatz und auch Ziel der Deutschen Rentenversicherung. Den vorgeschlagenen Weg der CDU/CSU-Fraktion hält die Deutsche Rentenversicherung aber für zu weitgehend und im Hinblick auf die Kostenverteilung auch für nicht angemessen.

Der Grundsatz „Leistungen wie aus einer Hand“ ist bereits im Bundesteilhabegesetz und den entsprechenden Regelungen im Neunten Buch des Sozialgesetzbuches verortet. Gleichzeitig belassen diese die Zuständigkeit für die Leistungen bei den einzelnen Reha-Trägern und setzen auf Koordination und Kooperation der Reha-Träger. Insofern sollte auch beim Fallmanagement keine zweite Ordnungsstruktur durch die (neben Versorgungsstrukturen für Beamte und Selbständige) ansonsten alleinige Verantwortlichkeit der Deutschen Rentenversicherung für die Funktion des Fallmanagements / des Lotsen implementiert werden. Das Einziehen einer weiteren Ordnungsebene ist aus Sicht der Deutschen Rentenversicherung auch nicht zielführend, sondern trägt durch das Nebeneinander von konkurrierenden Zuständigkeiten (beispielsweise Teilhabeplanverfahren, Fallmanagement / Lotse) lediglich zum Aufbau weiterer Schnittstellen bei.

Insbesondere muss aus Sicht der Deutschen Rentenversicherung berücksichtigt werden, dass die Zielgruppe eines Fallmanagements den Zuständigkeiten und dem gesetzlichen Auftrag der Deutschen Rentenversicherung entsprechen sollte. Die unter Ziffer 1. aufgezeigten Hinweise auf die Verortung der Lotsenfunktion auch bereits aus dem akutmedizinischen Versorgungssystem heraus lassen eine isolierte Begleitung fremder Leistungen ohne Bezug zum gesetzlichen Auftrag des SGB VI als gewollt erscheinen. Dies kann aufgrund der fehlenden Zuständigkeit durch die Deutsche Rentenversicherung nicht geleistet werden. Für die Versicherten der Rentenversicherung sind weitere notwendige Leistungen und Dienste (zum Beispiel aus anderen Rechtskreisen), die adressiert werden müssen, um das gesetzlich vorgegebene Ziel der beruflichen Teilhabe zu erreichen, nach dem Prinzip „Leistungen wie aus einer Hand“ immer mitzudenken und zu organisieren und damit auch Inhalt des Fallmanagements der Deutschen Rentenversicherung.

Kern des Fallmanagements sind die enge Kooperation und die Koordination der Träger untereinander. Das Zusammenwirken der Reha-Träger ist der entscheidende Erfolgsfaktor für das Fallmanagement.

Hier geht es insbesondere um regionale Netzwerkstrukturen, die aufgebaut und gepflegt werden müssen und die zeitliche und personelle Ressourcen brauchen. Dies bestätigen die Erfahrungen des Reha-Beratungsdienstes der Rentenversicherung und auch die ersten Erkenntnisse aus laufenden rehapro-Projekten.

Weiter gestärkt werden sollte die Zusammenarbeit der Reha-Träger im Fallmanagement zukünftig durch den Abschluss (auch regionaler) Kooperationsvereinbarungen. Dies würde den gemeinsamen Auftrag und die Netzwerkarbeit nochmals verstärken.

Anstelle eine zweite Ordnungsstruktur aufzubauen, sieht die Deutsche Rentenversicherung die Notwendigkeit, eine Rechtsgrundlage im Sechsten Buch des Sozialgesetzbuches zu schaffen, die es der Deutschen Rentenversicherung ermöglicht, die Aufgabe des Fallmanagements sowohl intern durchführen zu können als auch externe Dritte mit der Durchführung des Fallmanagements zu betrauen.

4. Qualifikationen

Die Qualifikation des Fallmanagers sollte sich an den Anforderungen und Inhalten des Fallmanagements des Sozialversicherungsträgers orientieren. Insoweit ist im Rahmen des Grundsatzes der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit auch zu berücksichtigen, inwieweit bereits bestehende Qualifikationen genutzt und durch entsprechende Fort- und Weiterbildungen Mitarbeitende zu Fallmanagern qualifiziert werden können. Pflegefachkräfte für ein Fallmanagement in der Deutschen Rentenversicherung einzusetzen, hält die Deutsche Rentenversicherung nicht für zielführend.

5. Finanzierung

Die Deutsche Rentenversicherung bewertet die Anforderung, eine Fallmanagementstruktur aufkommensneutral zu finanzieren, als nicht realistisch. Die Implementierung eines Fallmanagements ist eine zusätzliche Aufgabe und geht im Umfang, zeitlich und inhaltlich, weit über das derzeitige Beratungs- und Informationsangebot hinaus. Insoweit müssen in der Deutschen Rentenversicherung Beratungsstrukturen befähigt und weiter ausgebaut werden, was in jedem Fall mit einem höheren finanziellen Aufwand verbunden ist.

Und auch insoweit ist es wichtig, dass der Bezug zum gesetzlichen Auftrag der Rentenversicherung bestehen bleibt; ansonsten werden an dieser Stelle weitere versicherungsfremde Leistungen entstehen.

6. Definition einer Zielgruppe und Wirtschaftlichkeitsgebot

Die Anforderung, die Zielgruppe für ein Fallmanagement zu definieren, ist sachgerecht. Hier sollte der Fokus darauf liegen, komplexe Bedarfslagen durch ein Fallmanagement zu unterstützen. Liegen diese vor und gehört der Betroffene zum versicherten Personenkreis der Deutschen Rentenversicherung, bei dem die Erwerbsfähigkeit gefährdet ist, ist hieraus bereits die Wirtschaftlichkeit eines Fallmanagements begründet. Insofern muss auch die Entscheidung, ein Fallmanagement durchzuführen auf der Grundlage der Risikozuordnung der Rentenversicherung und für ihre Versicherten getroffen werden und nicht im Bereich der Akutversorgung. Das Fallmanagement sollte auch aus Sicht der Deutschen Rentenversicherung durch die Träger selbst durchgeführt werden und auch durch eine Beauftragung Dritter möglich sein.

7. Begleitete stufenweise Wiedereingliederung

Die (begleitete) stufenweise Wiedereingliederung ist aus Sicht der Deutschen Rentenversicherung ein wirksames Instrument, um Menschen nach längerer Arbeitsunfähigkeit wieder an die volle Belastbarkeit heranzuführen. Dies wird auch durch wissenschaftliche Studien belegt. In wenigen Konstellationen (zum Beispiel nach neurologischen Ereignissen oder bei Post-Covid), in denen die Belastbarkeit schwer ermittelbar ist oder stark schwankt, ist eine Begleitung sinnvoll, in vielen Fällen aber nicht notwendig, so dass die regelhafte Begleitung einer stufenweisen Wiedereingliederung kritisch gesehen wird. Sollte die Begleitung von Personen in die Zuständigkeit der Deutschen Rentenversicherung fallen, kann eine solche Begleitung schon heute über Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sichergestellt werden. Außerhalb hiervon, wie zum Beispiel bei einer stufenweisen Wiedereingliederung aus dem Krankengeldbezug heraus, existiert ein solches Begleitangebot aber nicht. Sollte die Begleitung hier zukünftig auch zu Lasten der Deutschen Rentenversicherung erfolgen, würden sich hieraus erhebliche finanzielle Konsequenzen ergeben. Es stellt sich dann darüber hinaus auch die Frage nach der Zuständigkeit für die Zahlung von Entgeltersatzleistungen in dieser Zeit. Allein hierdurch könnte sich eine deutliche Verschiebung finanzieller Mittel aus dem Regelungsbereich des SGB V in die Zuständigkeit der Deutschen Rentenversicherung ergeben, ohne dass diese gegenfinanziert wäre.

8. Wissenschaftliche Begleitung und Evaluation

Eine wissenschaftliche Begleitung und Evaluation werden im Sinne einer prozessualen Fortentwicklung des Fallmanagements begrüßt.

Ausschussdrucksache **20(11)508**

Schriftliche Stellungnahme
Sozialverband Deutschland e. V.

zur öffentlichen Anhörung von Sachverständigen in Berlin am 1. Juli 2024 zum
Antrag CDU/CSU-Fraktion
**Reintegration in das Erwerbsleben verbessern – Durch Lotsen positive Effekte für den
Arbeitsmarkt und die Sozialversicherungen nutzen**
BT-Drucksache 20/9738

Siehe Anlage

Stellungnahme

Rente

Bundesgeschäftsstelle
Abteilung Sozialpolitik

Bei Rückfragen:

Tel. 030 726222-0

Fax 030 726222-328

sozialpolitik@sovd.de

Antrag

der Fraktion der CDU/CSU

Reintegration in das Erwerbsleben verbessern - Durch Lotsen positive Effekte für den Arbeitsmarkt und die Sozialversicherungen nutzen

([Drucksache 20/9738](#))

Anlässlich der Sachverständigenanhörung am 1. Juli 2024 im
Bundestagsausschuss für Arbeit und Soziales

1 Zusammenfassung des Antrags

Ziel des Antrags „Reintegration in das Erwerbsleben verbessern – Durch Lotsen positive Effekte für den Arbeitsmarkt und die Sozialversicherungen nutzen“ der CDU/CSU-Bundestagsfraktion ist es, die Wiedereingliederung von Erkrankten in Arbeit zu verbessern und dadurch die Anzahl der Menschen zu verringern, die auf eine Erwerbsminderungsrente angewiesen sind. Dies soll unter anderem erreicht werden, indem ein individuelles Fallmanagement in Form eines Lotsen bei der gesetzlichen Rentenversicherung geschaffen werden soll (Punkt 1a). Dieser soll eine vermittelnde Rolle zu den Leistungsträgern einnehmen und die einzelnen Leistungen koordinieren. Dabei soll den Lotsen die Verantwortung für die Koordination zwischen allen Beteiligten und die individuelle Unterstützung der Patient*innen durch Information, Beratung und Anleitung übertragen werden (Punkt 1b).

Das Fallmanagementsystem soll von der gesetzlichen Rentenversicherung finanziert werden. Zudem sollen die Lotsen als Leistungserbringer an die Träger der Deutschen Rentenversicherung angebunden werden. Eine Beauftragung an Dritte soll ebenfalls

ermöglicht werden. Nach Vorstellung der Antragssteller soll die Einrichtung des Fallmanagements bzw. des Lotsen möglichst kostenneutral erfolgen, aufgrund „knapper finanzieller Mittel“ (Punkt 1d).

Vorgesehen ist darüber hinaus eine entsprechende Einrichtung eines solchen Systems für die Beamtenversorgung und die Mitglieder der berufsständischen Versorgungswerke (Punkte 2 und 3).

Außerdem soll der Start des Programms durch eine flächendeckende Informationskampagne begleitet werden (Punkt 4).

2 Gesamtbewertung

Der SoVD begrüßt die Zielsetzung des Antrags zur Unterstützung von Menschen, die durch eine (schwere) Erkrankung nicht mehr oder nur eingeschränkt am Arbeitsleben teilhaben können. Es ist richtig, dass alles dafür getan werden muss, damit diese Menschen die Hilfe bekommen, die sie benötigen.

Aus unserer Beratungspraxis wissen wir, dass die Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt nach einer Erkrankung von vielen Menschen gewollt wird. Gerade wenn Versicherte von ihrer Krankenversicherung oder der Bundesagentur für Arbeit aufgefordert werden, einen Antrag auf Erwerbsminderungsrente zu stellen, dies aber gar nicht wünschen – diese Fälle gibt es – kann eine gezielte Unterstützung sehr wichtig und hilfreich sein.

Wir wissen aber auch, dass der Prozess bis zum Erhalt einer Erwerbsminderungsrente für viele Betroffene zermürbend ist. Denn häufig kommen weitere Problemlagen hinzu bzw. sorgt das Krankheitsbild dafür, dass die ohnehin schon umfangreichen Anträge noch schwerer zu bewältigen sind. Zusätzlich dauern die Antragsverfahren zum Teil sehr lang, so dass viele auch in existenzielle Nöte geraten, weil sie nicht mehr wissen, ob und von welcher Stelle sie Geld für ihren Lebensunterhalt bekommen. Auch treffen hier Fragestellungen aus verschiedenen rechtlichen Bereichen aufeinander: Rente, Arbeitsmarkt, Gesundheit, Wohnen etc. Daher ist es absolut sinnvoll, wenn es Personen gibt, die sich auch rechtskreisübergreifend um die Anliegen der Betroffenen kümmern können.

Unklar bleibt jedoch, ob dies über ein Fallmanagementsystem oder in Form eines Lotsen, der „lediglich“ koordiniert bzw. „den Weg weist“ erfolgen soll. Hier ist der Antrag nicht ganz deutlich. Auch stellt sich dem SoVD die Frage, ob ein zusätzliches Instrument zu den bereits vorhandenen Strukturen sinnvoll ist oder es nicht besser

wäre, an bestehenden Modellen, die es bei den Trägern der Deutschen Rentenversicherung bereits gibt, anzusetzen und diese auszubauen.

Kritisch bewerten wir als SoVD den Punkt der Kostenneutralität. Eine kostenneutrale Ausgestaltung einer neuen Struktur ist weder realistisch noch angezeigt. Denn Investitionen in die Unterstützung kranker Menschen bei der Wiederaufnahme von Arbeit helfen den Menschen und stärken den Arbeitsmarkt und die sozialen Sicherungssysteme. Damit wirbt der Antrag letztendlich auch: „Deshalb muss es Ziel einer guten Sozialpolitik sein, Menschen ein langes Erwerbsleben unter guten Rahmenbedingungen zu ermöglichen. Prävention und Rehabilitation sind aus diesem Grund zu stärken.“

Damit ist der Ansatz dieses Antrages genau richtig – für den Arbeitsmarkt, für die sozialen Sicherungssysteme, aber vor allem für die Betroffenen. Dennoch müssen für eine abschließende Bewertung weitere Details des Konzeptes bekannt gemacht werden. Auch sollten neben den Krankheitsbildern weitere Problemlagen, wie z.B. Wohnen, Finanzen oder Suchtproblematiken in den Blick genommen werden.

Berlin, 27. Juni 2024

DER VORSTAND
Abteilung Sozialpolitik

Ausschussdrucksache **20(11)507**

Information für den Ausschuss InReha GmbH

Unaufgeforderte Stellungnahme zur öffentlichen Anhörung von Sachverständigen in Berlin am 1. Juli 2024 zum

Antrag CDU/CSU-Fraktion

**Reintegration in das Erwerbsleben verbessern – Durch Lotsen positive Effekte für den
Arbeitsmarkt und die Sozialversicherungen nutzen**

BT-Drucksache 20/9738

Siehe Anlage

Hendrik Persson
InReha GmbH
Havighorster Weg 8a
21031 Hamburg



An den
Deutschen Bundestag
Ausschuss für Arbeit und Soziales
Platz der Republik 1
11011 Berlin

Antrag der Fraktion der CDU/CSU

**Reintegration in das Erwerbsleben verbessern – Durch Lotsen positive Effekte für den Arbeitsmarkt
und die Sozialversicherungen nutzen**

Drucksache 20/9738

Stellungnahme

Zusammenfassung und Kernaussage

Der vorliegende Antrag basiert meiner Einschätzung nach auf einer zutreffenden Analyse der Gegebenheiten. Welcher Bedarf an Lotsenleistungen jedoch konkret besteht und wo bereits heute geeignete Lösungen realisiert worden sind, möchte ich aus der Praxis eines Unternehmens beleuchten, das jährlich mehrere hundert Versicherte der Rentenversicherungen und Berufsgenossenschaften bei der Reintegration ins Erwerbsleben begleitet.

In bereits mehrjähriger Praxis bewährt hat sich ein zwischen vier Rentenversicherungen (Nord, Bund, Westfalen, Knappschaft-Bahn-See) abgestimmtes Fachkonzept, das meines Erachtens einen geeigneten Orientierungsrahmen für einen Ausbau der Lotsenleistungen im Zuständigkeitsbereich der DRV bieten kann. Darüber hinaus könnte das Konzept und die darin enthaltenen Rahmenbedingungen als Muster für die Einführung von Patientenlotsen in der Gesetzlichen Krankenversicherung dienen.

Mit der koordinierten Etablierung von Lotsenstrukturen in den Bereichen des SGB V und SGB VI bestünde eine große Chance, rechtskreisübergreifend zu handeln, Schwächen des gegliederten Gesundheits- und Rehabilitationssystems zu reduzieren und Effizienz der Versorgungssysteme deutlich zu erhöhen.

I. Ausgangssituation

Der Antrag beschreibt zutreffend die Besonders verbesserungsbedürftig sei die Situation erkrankter Erwerbstätiger mit hohen Behandlungsbedarfen, etwa bei unterschiedlichen Leistungserbringern oder bei parallellaufenden Maßnahmen. Gerade bei Personen mit hohen Behandlungsbedarfen würden notwendige Maßnahmen nicht nahtlos ineinandergreifen, weil im Dschungel verschiedenster Behandlungsmöglichkeiten und Beteiligter im Prozess nicht alle Behandlungsoptionen lückenlos genutzt werden. Es fehle an einer Stelle, von der die Behandlungsmaßnahmen und Prozesse gezielt koordiniert und gebündelt werden. Deshalb sollten schwer Erkrankte mit besonders komplexen Versorgungssituationen und ihre Angehörigen durch ein individuelles Fallmanagement in Form eines Lotsen mit Information, Beratung und Anleitung individuell unterstützt werden.

Der Antrag stellt den Erhalt bzw. die Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit und damit die zu erwartenden Effekte für den Arbeitsmarkt und die Sozialversicherungen in den Mittelpunkt und möchte vor diesem Hintergrund die Lotsenleistungen zu Lasten der Gesetzlichen Rentenversicherung (SGB IV) regeln. Lotsenleistungen ermöglichen es, die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung zu verbessern. Dadurch gelingt es, die Anzahl der Menschen zu verringern, die auf eine Erwerbsminderungsrente angewiesen sind und umgekehrt, deren Erwerbsfähigkeit auszubauen.

Genauso wichtig erscheint mir die Bereitstellung eines entsprechenden Angebots für schwer Erkrankte mit besonders komplexen Versorgungssituationen und ihrer Angehörigen in Form eines individuellen Fallmanagements im Rechtskreis des SGB V. Hier sollte perspektivisch zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung ein System von Patientenlotsen etabliert werden. Auf Basis bereits praxiserprobter und erfolgreicher Konzepte besteht jetzt die Chance, rechtskreisübergreifend zu denken und zu handeln und koordinierte Lotsenstrukturen zu etablieren.

Damit der Grundsatz der Personenzentrierung im BTHG auch effektiv umgesetzt werden kann, kommt der rechtskreisübergreifenden Koordination der Reha-Träger besondere Bedeutung zu. Das personenzentrierte und träger- und sektorenübergreifende Fallmanagement sollte dringend gestärkt werden. Da die Hilfebedarfe häufig komplex sind, sollte eine einfache Orientierung und nachhaltige Unterstützung der Betroffenen an den Schnittstellen der professionellen Hilfsangebote ermöglicht werden. Die Zuständigkeiten in den verschiedenen Versorgungssektoren unseres gegliederten Sozialversicherungs- und Gesundheitssystems sollten so geregelt sein, dass eine sektorenübergreifende Nahtlosigkeit insbesondere beim Übergang in die medizinische Rehabilitation und von der medizinischen zur beruflichen Rehabilitation und zu einer anschließenden Nachsorge mit Hilfe eines optimalen Schnittstellenmanagements gesichert ist. Hierzu sollten alle Sektoren des Sozial- und Gesundheitssystems mit einbezogen werden und integrativ, koordinierend und beratend im Gesamtsystem der gesundheitlichen Versorgung fungieren.

II. Bestehende Konzepte und Modellprojekte im Bereich der DRV

Im Bereich der Rentenversicherung beginnen wir nicht bei null. Aktuell gibt es einen Reha-Lotsen in Form eines Fallmanagements nach der medizinischen bzw. nach der psychosomatischen Rehabilitation in vier Bundesländern (Hamburg, Schleswig-Holstein, Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein-Westfalen). Beim Fallmanagement handelt es sich um ein ergänzendes Nachsorgeangebot, welches derzeit von einzelnen Rentenversicherungen für Versicherte bereitgestellt wird, wenn nach der medizinischen Rehabilitation eine berufliche Wiedereingliederung ohne externe Hilfe bedroht erscheint, mehrere Problemlagen vorliegen oder der Rehabilitand fehlende Fähigkeiten hinsichtlich seiner Koordinations- und Strukturierungsfähigkeit äußert. Die Unterstützung im beruflichen Kontext bezieht sich auf die Erhaltung des bestehenden Arbeitsplatzes, eine Reintegration ins Erwerbsleben bzw. die

Erlangung eines Arbeitsplatzes bei Arbeitslosigkeit und Begleitung bzw. Förderung des gesamten Genesungsprozesses. Aktuell handelt es sich dabei noch nicht um ein einheitliches Angebot aller Rentenversicherungsträger.

Seit 2019 bietet die DRV Nord Fallmanagement für alle Indikationen an und war und ist damit in einer Vorreiterposition. Die DRV Bund, die DRV Westfalen und DRV der Knappschaft Bahn See bieten seit Jahren ebenfalls Fallmanagement an, bislang aber nur für die Psychosomatik. Alle Vier setzen dabei auf externe Dienstleister, teils in Kombination mit eigenen im Case Management qualifizierten Rehafachberatern. Die DRV Braunschweig-Hannover stellt für Versicherte mit besonderem Bedarf ein Fallmanagement als Regelleistung durch eigene Rehafachberater bereit. In weiteren Bundesländern gibt es Fallmanagement-Modellprojekte teils unterschiedlicher Ausrichtung. In zahlreichen Regionen befinden sich die regionalen Rentenversicherer noch in einem Prozess der Erkundung. Mitte 2025 wird die Evaluation des rehapro-Modellprojekts KiT (https://www.modellvorhaben-rehapro.de/SharedDocs/Projektdateien/Projektdarstellung_KiT.html), in dem mehrere Rentenversicherungsträger aktuell Fallmanagement erproben, abgeschlossen sein. Es bleibt zu hoffen, dass bis dahin bei den Rentenversicherern die Einsicht und der Mut wachsen, ihren Versicherten ein auch im Umfang bedarfsgerechtes Fallmanagement zu ermöglichen.

Die DRV Nord ist mit der Entscheidung, ein Fallmanagement für Versicherte aller Indikationen – also neben der Psychosomatik auch Sucht, Orthopädie, Neurologie, Kardiologie, Onkologie oder Post-Corona – als Leistung der Regelversorgung zu gewähren, aktuell die einzige Rentenversicherung, die ein im Umfang am Bedarf der Rehapatienten ausgerichtetes Versorgungsangebot vorhält. Mehrere tausend Rehabilitanden profitieren in der Region Nord bereits heute davon, bei ständig steigenden Fallzahlen. Allein der private Lotsendienstleister InReha versorgt aktuell pro Jahr rund 500 DRV-Versicherte im Fallmanagement.

Nach Einschätzung der DRV Nord liegt der Bedarf für Fallmanagement bei ca. 10 – 15 % der Rehapatienten, im Bereich der Psychosomatik allein bei bis zu 25 %. Die DRV Nord war sich schnell darüber im Klaren, dass man eine solche Leistung nicht allein mit eigenem Personal würde realisieren können. Daher wurden ausgewählte externe Dienstleister mit dem Fallmanagement beauftragt, welches auf einem umfassenden, unter den beteiligten Rentenversicherern abgestimmten Fachkonzept basiert (<https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Traeger/Nord/fachkonzept-fallmanagement-med-reha.html>). Ich empfehle dieses Fachkonzept als geeigneten Orientierungsrahmen für einen Ausbau der Lotsenleistungen im Zuständigkeitsbereich der DRV. Darüber hinaus kann das Konzept und die darin enthaltenen Rahmenbedingungen als Muster dienen für die Einführung von Patientenlotsen in der Gesetzlichen Krankenversicherung.

Ausschlaggebend für die Nutzung von DRV-Fallmanagement ist der Wohnort des Rehabilitanden, nicht der Standort der verordnenden Rehabilitationseinrichtung. Eine Verordnung von Fallmanagement ist bei einem Leistungsvermögen von mehr als 3 Std./Tag möglich. Das Fallmanagement umfasst eine erste Phase über 6 Monate bzw. 15 Zeitstunden und kann bei Bedarf um weitere 3 Monate bzw. erneut 15 Zeitstunden verlängert werden. Zum Ende einer jeweiligen Phase bedarf es einer Verlängerungsanzeige bzw. eines Abschlussberichtes, in dem die bearbeiteten Themen, der Unterstützungsbedarf und mögliche Ziele beschrieben und dokumentiert werden.

III. Fallmanagement als sektorenübergreifende Lotsenleistung

Viele chronische Erkrankungen, in besonderem Maße jedoch psychische Erkrankungen, haben erhebliche Konsequenzen für die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit. Fallmanagement bietet durch eine kontinuierlich unterstützende Integrationsbegleitung die Chance, eine Wiedereingliederung ins

Erwerbsleben sicherzustellen. Dies gilt gerade auch bei arbeitsmarktfernen Personen. Ins Fallmanagement werden zu einem erheblichen Teil Rehabilitanden überwiesen, deren aktuelle Lebensumstände durch Erwerbslosigkeit, lange Arbeitsunfähigkeitszeiten, gesundheitliche Einschränkungen und finanzielle Belastungen gekennzeichnet sind. Im Rahmen des individuellen Nachsorgeangebots können spezifische Problemlagen der Rehabilitanden adressiert und diesen dabei geholfen werden, bestehende strukturelle, organisatorische und zwischenmenschliche Barrieren bei der Wiedereingliederung zu überwinden.

Kennzeichnend für das Fallmanagement ist dabei, dass es sich um eine sektorenübergreifende Lotsenleistung handelt. Das Fallmanagement ermöglicht und unterstützt innerhalb des gesamten Prozesses sowohl den Austausch und eine verbesserte Kommunikation zwischen Versichertem, seinem persönlichen Umfeld, Rehabilitationseinrichtung, Behandlern, Arbeitgeber und Vertreter des DRV-Trägers als auch den Austausch innerhalb der einzelnen Akteursebenen.

Noch während des Reha-Aufenthaltes werden durch den Fallmanager, nachdem das Reha-Team der Einrichtung den beruflich-rehabilitativen Unterstützungsbedarf eingeschätzt hat, in einem Überleitgespräch mit dem Rehabilitanden geeignete weitergehende Maßnahmen erörtert. Im weiteren Verlauf bietet der wohnortnahe Fallmanager dann eine bedarfs- und sozialraumorientierte Einzelbegleitung im häuslichen und beruflichen Umfeld, bei der Hilfe zur Selbsthilfe im Vordergrund steht. Durch einen regelmäßigen engen Austausch gelingt es, den Rehabilitanden in seinem eigenen Tempo zu begleiten und ihn bedarfsgerecht zu unterstützen.

Der primär auf das Erwerbsleben des Rehabilitanden ausgerichtete Fokus im Fallmanagement ist als ein Gesamtprozess zu verstehen, der lösungsorientiert ausgerichtet ist und noch weitere Bedarfe abdecken kann. Hierzu zählen die Anbindung an eine benötigte medizinische bzw. therapeutische Versorgung, die Organisation und Strukturierung des Alltags, familiäre Herausforderungen, die Anbindung an Nachsorgeeinrichtungen und die gesundheitliche Stabilisierung.

Das Fallmanagement wird bei Bedarf während der Rehabilitationsmaßnahme in der Regel durch den Sozialdienst eingeleitet und ärztlich verordnet. Wir wissen, dass in den Kliniken immer chronischer Zeitmangel herrscht, weswegen auch manche eigentlich sinnvolle Verordnung unterbleibt. Daher hat InReha den Rehaeinrichtungen mit der Fallmanagersuche eine erleichternde Web-Anwendung zur Verfügung gestellt. Dort müssen, nachdem sich die Rehaeinrichtung registriert hat, lediglich Postleitzahl, Entlassungsdatum und Hauptindikation des Rehabilitanden eingegeben werden. Dann werden dem Sozialdienstmitarbeiter und dem Rehabilitanden in Echtzeit alle in der Region vorhandenen Fallmanager mitgeteilt. Der Patient sucht sich einen davon aus und der persönliche Fallmanager wird direkt gebucht. Diese Form der digitalen Fallmanagersuche hat sich bewährt, könnte zukünftig als Plattform durch eine zentrale Stelle zur Verfügung gestellt und durch alle Lotsen-Dienstleister genutzt werden. Damit hätte man ein leicht zugängliches Suchportal, welches verordnende Kliniken und Arztpraxen ohne großen Zeitbedarf nutzen könnten.

IV. Fallmanagement als Faktor zur Sicherung der Beschäftigungsfähigkeit

Der Rehabilitand empfindet nach längerer Krankheit nicht selten den ihm bevorstehenden Austausch mit dem Arbeitgeber als Bedrohung. Die Gestaltung des Kontakts zum Arbeitgeber des Rehabilitanden kann ein entscheidender Faktor sein, wenn der Fallmanager sich um ein gezieltes betriebliches Eingliederungsmanagement kümmert und mit allen Beteiligten eine stufenweise Wiedereingliederung abstimmt. Neben der Vermeidung von arbeitsrechtlichen Schritten können in BEM-Verfahren Arbeitgeber- und Arbeitnehmerpositionen dargestellt und verstanden werden, Lösungen erarbeitet und mögliche Arbeitsplatzanpassungen umgesetzt werden, die für viele Rehabilitanden oft

undenkbar erschienen. Bei etwaigen Konflikten mit dem Arbeitgeber kann der Fallmanager vermittelnd wirken.

Das Fallmanagement schließt Versicherte aus, die bei Entlassung aus der Rehaklinik

- eine Leistungsfähigkeit unter 3 Std./Tag auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt aufweisen,
- eine Rente wegen ihres Alters von weniger als zwei Drittel der Vollrente beziehen oder beantragt haben oder
- eine Leistung beziehen, die regelmäßig bis zum Beginn einer Rente wegen Alters gezahlt wird (z.B. Betriebsrente).

Sollte ein Rehabilitand in seinem bisherigen Beruf oder Tätigkeitsfeld ein Leistungsvermögen von unter 3 Std./Tag attestiert bekommen, jedoch mit einer angepassten oder neuen Tätigkeit dem allgemeinen Arbeitsmarkt weiterhin zur Verfügung stehen, kann das Fallmanagement auch hier eine gute Unterstützung bieten. Der intensive Austausch zwischen dem Rehabilitanden und dem Fallmanager ermöglicht eine Vertrauensebene, auf der sich der Rehabilitand neuem öffnen und dieser sich u.U. auch neu kennenlernen kann. Mitunter nutzen die Rehabilitanden die Zeit während der Begleitung, um sich erstmalig mit beruflichen Zielen, Wünschen und persönlichen Ressourcen auseinanderzusetzen. Inwieweit dann ein LTA-Antrag (Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben) sinnvoll sein kann, kann im Rahmen des Fallmanagements geklärt werden.

Um es noch einmal deutlich zu machen: das hoch wirkungsvolle Tätigwerden von Reha-Lotsen bzw. Fallmanagern für alle Indikationen ist bisher nur in drei Bundesländern (für DRV Nord Versicherte) etabliert. Dort und zusätzlich in Westfalen ist es für psychosomatische Rehapatienten möglich, sofern es sich um Versicherte der DRV Westfalen, Bund oder KBS handelt. Einschränkend muss benannt werden, dass das Fallmanagement für Versicherte der DRV-Bund bisher nur im Rahmen einer modellhaften Erprobung erfolgt. Die Antragsinitiative ist sehr zu begrüßen, da ausdrücklich gefordert wird ein Fallmanagement als „Versorgung wie aus einer Hand“ zu etablieren. Mit einer bundesweit einheitlichen Umsetzung auf Basis des gut erprobten Fachkonzeptes der DRV Nord würde ein Effizienz-Pusher für das Sozial- und Gesundheitssystem zur Verfügung stehen, der wesentlich zum Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit für Versicherte nach gesundheitlichen Krisen beitragen wird. Da erhebliche Effizienzreserven in unserem Sozial- und Gesundheitssystem bestehen, erscheint eine aufkommensneutrale Finanzierung realistisch. Dies gilt insbesondere dann, wenn die Umsetzung in wesentlichem Umfang durch externe Dienstleister und unter Einhaltung der hier benannten Qualitätsmaßstäbe erfolgt.

Auch erscheint es sehr sinnvoll die Voraussetzungen zu schaffen, dass das Lotsenangebot auch für Beamte und Selbstständige offensteht. Der entsprechende Bedarf hat sich für Letztgenannte deutlich in dem BMAS-Modellprojekt „Gesunde Arbeit“ erwiesen, in dem InReha von 2007 bis 2011 ein Gesundheitslotsenangebot für kleine und mittlere Unternehmen in Schleswig-Holstein bereitstellen konnte.

V. Fallmanagement als aufsuchende Leistung im Sozialraum

Fallmanagement ist eine zum Teil aufsuchende Leistung, die am Wohnort, am Arbeitsplatz und manchmal auch in der Wohnung des Rehabilitanden stattfindet. Für eine erfolgreiche Umsetzung des Fallmanagements ist es unabdingbar, dass der Rehabilitand aktiv und verlässlich mit seinem Fallmanager zusammenarbeitet. Je nach den Umständen der Erkrankung kann dies mehr oder weniger Zeit in Anspruch nehmen, bei fehlender Mitarbeit bzw. Erreichbarkeit des Rehabilitanden jedoch muss die Begleitung abgebrochen werden. Hierbei können ausgeprägte Krankheitsumstände eine Rolle spielen, die im Rahmen des Fallmanagements nicht hinreichend aufgefangen werden können. Zu nennen sind beispielsweise Rückfälligkeit bei einer Abhängigkeitserkrankung, schwere psychische Instabilität oder akute Krisensituationen, die ambulant nicht zu meistern sind.

Über 90 % der teilnehmenden Rehabilitanden gaben 2023 bei einer Befragung der InReha GmbH an, dass zu den förderlichsten Aspekten die Möglichkeit zur Durchführung der Termine in der eigenen Häuslichkeit oder auch direkt per Telefon zählte. Der Einsatz von digitalen Medien (z.B. Online-Beratung) ermöglicht eine einfachere Kontaktaufnahme sowie eine flexible und schnelle Terminvereinbarung bzw. Abstimmung, hängt aber mitunter von der Verfügbarkeit und Anwendungsfähigkeit beim Rehabilitanden ab. Die dadurch zu realisierende individuelle bzw. bedarfsorientiert enge Terminfrequenz ermöglicht es, einem erhöhten Unterstützungsbedarf beispielsweise direkt nach dem Rehabilitationsaufenthalt gerecht werden zu können. Die niedrigschwellige Beratung ermöglicht es dem Betroffenen, anstehende Maßnahmen und notwendige Schritte eigenständig in seinem eigenen Tempo umsetzen zu können.

Die Aufgaben der Fallmanager erstrecken sich über eine Vielzahl unterschiedlicher Bereiche. Dies liegt vor allem daran, dass die Entlassung aus der Rehabilitationseinrichtung immer gleichzeitig eine Rückkehr in den familiären, sozialen und beruflichen Alltag bedeutet. Hier zeigen sich dann Bedarfe nicht nur im Bereich gesundheitlicher, beruflicher, finanzieller Problemlagen, nicht selten bedürfen auch Probleme im direkten sozialen Umfeld des Rehabilitanden der Unterstützung. Schwerpunkte in der Begleitung im Bereich Arbeit ergeben sich mit Arbeitsplatzbesuchen, BEM-Gesprächen, aber auch in der Beratung zu beruflichen Perspektiven. Somit fällt häufig auch die Erstellung von Bewerbungsunterlagen an, wie auch die Vorbereitung des Rehabilitanden auf eine mögliche Bewerbungssituation.

Im Bereich der Familie und des sozialen Umfelds findet sowohl eine Bearbeitung von familiären Problemen als auch die Stärkung des informellen Netzwerks statt. Die Unterstützung bei persönlichen Problemen und Thematiken nimmt einen besonders hohen Stellenwert in der Beratung ein, wobei es auch um einen Wohnortwechsel oder die Erarbeitung neuer Strukturen (z.B. bei einer Suchterkrankung) gehen kann.

Eine Unterstützung bietet das Fallmanagement auch in der Bearbeitung administrativer Angelegenheiten. Hier geht es vor allem um das inhaltliche Verstehen und die Bearbeitung bzw. die Beantwortung offizieller Dokumente unter Wahrung angegebener Fristen wie auch die Begleitung zu Behördengängen. Die Kontaktvermittlung zu Angeboten der Nachsorge sowie eine Unterstützung bei Aufnahme von Freizeit- und Bewegungsangeboten sind ebenfalls Bestandteil des Fallmanagements.

Die Verfügbarkeit entlastender Gespräche und die Begleitung bei der Entwicklung von verbindlichen Handlungsplänen werden ganz überwiegend dankbar angenommen. Der Fallmanager zeigt dem Rehabilitanden Handlungsoptionen und Verhaltensspielräume auf, die ihm ohne Fallmanagement nicht möglich gewesen wären.

VI. Lösungen zur Bewältigung der Komplexität der Aufgabe

Jeder Fallmanager durchläuft ein eigenes Zulassungsgenehmigungsverfahren bei der DRV. Hier werden die individuellen Qualifikationen, Kompetenzen und Tätigkeitsdauer geprüft. Die Zulassung erfolgt auf Basis abgestimmter gemeinsamer Rahmenrichtlinien (Fachkonzepte) der Deutschen Rentenversicherer. Diese setzen ein abgeschlossenes humanwissenschaftliches Studium auf dem Gebiet der Sozialarbeit, Sozialpädagogik, Pädagogik oder Psychologie (sowie mind. 40 UE sozialrechtliche Kenntnisse) und eine entsprechende mindestens 2-jährige Berufserfahrung voraus. Sofern der Fallmanager nicht über ein abgeschlossenes humanwissenschaftliches Studium auf diesen Gebieten verfügt, kann im Einzelfall eine Zulassung durch die Rentenversicherung erfolgen, sofern der Abschluss eines nicht-humanwissenschaftlichen Studiengangs oder einer Berufsausbildung im Bereich des Gesundheits- und Sozialwesens nachgewiesen wird. Auch bei einer durch Weiterbildungen erfolgten Qualifikation

kann im Einzelfall eine Zulassung erfolgen. In diesen Fällen muss nach den Rahmenrichtlinien der Deutschen Rentenversicherung eine entsprechende mindestens 5-jährige Berufserfahrung nachgewiesen werden. Zusätzlich ist der Nachweis personaler, methodischer, beratungsrelevanter und sozialrechtlicher Kompetenzen in einem Umfang von mind. 240 UE (davon 160 UE Beratungskompetenz und 40 UE Sozialrecht) erforderlich. Dieser zusätzliche Nachweis ist für ausgebildete Case Manager (DGCC) oder Disability Manager (CDMP) nicht erforderlich.

Das Handlungsfeld des Fallmanagements ist komplex. Und kein Mensch ist die berühmte eierlegende Wollmilchsau, die unter Wasser auch noch fliegen kann. Fallmanager werden in ihrer Tätigkeit mit Themenstellungen konfrontiert, bei denen für sie nicht immer sofort Lösungen auf der Hand liegen. Daher hat sich bewährt, die Leistungserbringung als Kompetenznetzwerk auszurichten. Regionale Fallmanager arbeiten dann grundsätzlich immer im Tandem mit einem erfahrenen Ansprechpartner in einer zentralen Koordination. In der Zentrale besteht ein Zugang zu einer Wissensdatenbank. Im Rahmen regelmäßiger Online-Seminare wird ergänzendes Fachwissen zur Bewältigung eines indikationsübergreifend organisierten Lotsentätigkeit vermittelt. Bei den Schulungen liegt ein Schwerpunkt auf mit einzelnen Krankheitsbildern einhergehende Besonderheiten sowie auf der beruflichen Wiedereingliederung und dem dazugehörigen BEM-Prozess. Eine weitere Säule für ein qualitativ hochwertiges Fallmanagement bildet die regelmäßige Durchführung regionaler videogestützter Fallbesprechungen. Darin werden unterschiedliche Fallkonstellationen kollegial beratend besprochen. Dies gibt den Lotsen zusätzlich Sicherheit und hilft ihnen, Ideen für eine mögliche Optimierung des Fallmanagements zu erhalten.

VII. Resümee und Ausblick

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass wir mit dem Fallmanagement-Angebot für Reha-Patienten der DRV die Erfahrung gemacht haben, auf einen komplexen Versorgungsbedarf mit einem regionalen komplexen Versorgungsangebot adäquat eingehen zu können. In einigen Fällen ist festzustellen, dass der Zeitraum von 6 - 9 Monaten nach der Reha zu kurz war, um alle erforderlichen Maßnahmen wie z. B. die Versorgung mit einem Psychotherapeuten, eine LTA-Maßnahme, eine Schuldenberatung oder sonstige Unterstützungsangebote auf den Weg zu bringen. Im Regelfall wird der Unterstützungszeitraum jedoch als ausreichend wahrgenommen. Der weitaus größere Teil der Fallmanagement-Maßnahmen endet nach weniger als 15 Stunden.

Wünschenswert wäre perspektivisch eine bundesweit einheitliche Einführung eines regelgeleiteten Vorgehens im Fallmanagement, um eine effektive und effiziente Steuerung der Versorgung von Rehapatienten sicherstellen zu können. Die vorliegenden Fachkonzepte der Rentenversicherungsträger, auf deren Basis aktuell Fallmanagement mithilfe externer Dienstleister umgesetzt wird, können dafür einen geeigneten Handlungsrahmen bieten. Nach vorliegenden Schätzungen ist bei rund 1 Mio. DRV-Versicherten in der medizinischen Reha davon auszugehen, dass eine bedarfsgerechte Versorgung ca. 100 – 150 tausend Fallmanagement-Fälle pro Jahr bedeuten wird. Empfehlenswert ist die Einführung eines ebenfalls auf einem zwischen den Krankenkassen abgestimmten Fachkonzept basierenden Lotsenangebotes im Bereich des SGB V. Der Umfang einer bedarfsgerechten Versorgung mit Patientenlotsen im Bereich der GKV hängt von vielen Faktoren ab und wird noch zu klären sein.

VIII. Zur Person

Hendrik Persson ist Gründer der InReha GmbH (www.inreha.net) und war über 25 Jahre dort als Geschäftsführer tätig. Zuvor war er in leitender Position u.a. in einem Integrationsfachdienst und einer

Reha-Klinik. Er ist seit dem 30.06.2024 im Ruhestand und ausschließlich beratend tätig. Die InReha GmbH ist durch die Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management (dgcc) in allen Geschäftsfeldern als Case Management Unternehmen zertifiziert und bietet im Auftrag gesetzlicher und privater Versicherer ausschließlich Lotsenleistungen.