

Prävention, Rehabilitation, Erwerbsminderungsrente - Arbeitsprogramm 2022-2025

(im Bereich der gesetzlichen Rentenversicherung)

Präambel

Prävention und Rehabilitation leisten einen wichtigen Beitrag zu gesellschaftlicher Teilhabe und einer inklusiven Gesellschaft. Als Rehabilitationsträger liegt der Aufgabenschwerpunkt der Deutschen Rentenversicherung (DRV) darauf, den Auswirkungen einer Krankheit oder einer Behinderung auf das Erwerbsleben vorzubeugen, entgegenzuwirken oder diese zu verhindern. Damit soll ein vorzeitiges Ausscheiden aus dem Erwerbsleben vermieden oder die dauerhafte berufliche Wiedereingliederung ermöglicht werden.

Dieser gesetzlichen Kernaufgabe der DRV kommt angesichts der aktuellen Entwicklungen eine besondere Bedeutung für die Zukunftsfähigkeit von Wirtschaft und Gesellschaft zu. Um zusätzliche Erwerbspotenziale zu erschließen bzw. vorhandene zu erhalten und um die Sozialversicherungsbeiträge nachhaltig zu sichern, hat das Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) auf der Basis des Koalitionsvertrags in diesem Arbeitsprogramm Maßnahmen zur Weiterentwicklung und Förderung von Präventions- und Rehabilitationsleistungen als Politik der permanenten Umsetzung beschrieben, die in der 20. Legislaturperiode und darüber hinaus umgesetzt werden sollen.

Ausgangslage

Die Aufwendungen der Teilhabeleistungen der DRV betragen 2021 insgesamt 6,4 Mrd. Euro, davon 5,3 Mrd. Euro für die medizinische Rehabilitation und 1,1 Mrd. Euro für die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben.

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (LMR) nehmen in der Rentenversicherung einen Anteil von 78,9 Prozent an den Rehabilitationsleistungen ein. Sie werden auf der Basis wissenschaftlicher Erkenntnisse kontinuierlich an medizinische Fortschritte angepasst.

Im Jahr 2020 haben ca. 1,4 Mio. Menschen LMR beantragt. Daraus ergeben sich rund 1 Million Bewilligungen und 860.000 Reha-Verfahren. 83 Prozent der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden sind zwei Jahre nach Beendigung der Rehabilitation weiterhin erwerbsfähig. Auch bei den bereits mehr als 30.000 von der Deutschen Rentenversicherung durchgeführten Post-COVID-Rehabilitationen zeigt sich, dass die Betroffenen von der Reha profitieren.

Für Menschen, die nicht nur teilhaberelevante medizinische, sondern auch ausgeprägte berufliche Problemlagen haben, entwickelte die DRV für die LMR bereits 2012 das besondere Behandlungskonzept „Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation“ (MBOR). Das speziell auf die schnelle und erfolgreiche berufliche Wiedereingliederung ausgerichtete Rehabilitationsmodell der MBOR wird seitdem kontinuierlich ausgebaut und inhaltlich weiter entwickelt, so dass es eine stetig wachsende Bedeutung in der LMR einnimmt.

Mit dem Gesetz zur Verbesserung der Transparenz in der Alterssicherung und der Rehabilitation sowie zur Modernisierung der Sozialversicherungswahlen (sog. „Trio-Gesetz“) wurde eine grundlegende Reform des Vergabe- und Vergütungssystems geregelt, die sich aktuell in der entscheidenden Umsetzungsphase befindet. Im Juli 2023 sind die verbindlichen Entscheidungen zur Zulassung, zum Vergütungssystem, zur qualitätsorientierten Einrichtungsauswahl und zur Veröffentlichung von Daten der externen Qualitätssicherung der DRV Bund in Kraft getreten. Die Transparenz der Beschaffung von Rehabilitationsleistungen wurde verbessert und zugleich das Selbstbestimmungsrecht der Versicherten und der Qualitätswettbewerb gestärkt. So können Rehabilitandinnen und Rehabilitanden nun u. a. auf www.meine-rehabilitation.de die für sie passende Rehabilitationseinrichtung noch besser als zuvor finden und ihr Wunsch- und Wahlrecht informiert ausüben.

Der Reformprozess, an dem neben der DRV Bund auch die maßgeblichen Vereinigungen der Rehabilitationseinrichtungen sowie der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden eingebunden sind, ist noch nicht abgeschlossen. Gemeinsame Gremien begleiten die weitere Umsetzung der verbindlichen Entscheidungen.

Insbesondere wird die konkrete Ausgestaltung des Vergütungssystems derzeit bis zum 31. Dezember 2025 erarbeitet und die Wirksamkeit der Regelungen ab 2026 vom BMAS geprüft. **Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA)** umfassen alle erforderlichen nichtmedizinischen Hilfen, mit denen die Erwerbsfähigkeit entsprechend der Leistungsfähigkeit erhalten, gebessert oder wiederhergestellt werden kann. Im Jahr 2020 haben ca. 365.000 Menschen einen Antrag auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben gestellt, die zu knapp 250.000 Verfahren geführt

haben.

75 Prozent der laufenden Verfahren wurden erfolgreich abgeschlossen und 60 Prozent davon konnten eine Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt innerhalb der nächsten zwei Jahre erreichen.

Im Rahmen einer Verfahrensabsprache zur Zusammenarbeit bei den LTA kooperiert die Deutsche Rentenversicherung hierbei auch eng mit der Bundesagentur für Arbeit und den Jobcentern, um Rehabilitandinnen und Rehabilitanden der DRV möglichst zeitnah, bürgerfreundlich und bürokratiearm den Wiedereintritt in den Arbeitsmarkt zu ermöglichen.

Mit ihren **Leistungen zur Prävention** beteiligt sich die DRV an der nationalen Präventionsstrategie. Die DRV erbringt Präventionsleistungen für Menschen, die erste gesundheitliche Beeinträchtigungen unterhalb der Schwelle zu Rehabilitationsleistungen aufweisen, die die ausgeübte Beschäftigung gefährden. Präventionsleistungen der DRV sind damit eine effektive Intervention im Vorfeld eventuell notwendiger Teilhabeleistungen, die die weitere Erwerbsfähigkeit unterstützen und später notwendige LTA oder LMR verzögern oder gar ganz verhindern können.

Diese Leistungsform gehört seit 2017 zum Portfolio der DRV und verzeichnet eine stetig wachsende Anzahl an Verfahren. So stieg die Zahl der Antragssteller von 2017 bis 2021 von 7.255 auf 18.718, die Zahl der Bewilligungen stieg im gleichen Zeitraum von 4.831 auf 14.785. Für 2022 verzeichnete die DRV bereits über 22.000 Bewilligungen und dieser Trend setzt sich 2023 fort. Neben der vorhandenen Kooperationspartnerschaft der DRV mit der Gesetzlichen Unfallversicherung im Bereich der Prävention sollen die hier beschriebenen Maßnahmen auch die Wirkung und Anzahl von Präventionsmaßnahmen der DRV weiter verbessern.

Die Teilhabe- und Präventionsleistungen der DRV tragen also zur schnellen und nachhaltigen Sicherung oder Wiederherstellung von Erwerbsfähigkeit und damit zu einer eigenverantwortlichen und selbstbestimmten Lebensführung der Menschen bei und leisten darüber hinaus einen unverzichtbaren Beitrag zur dauerhaften Finanzierung der Sozialversicherung in Deutschland.

Neben den dargestellten Formen der trägerübergreifenden Zusammenarbeit existieren noch viele weitere Kooperationsvereinbarungen mit den Sozialversicherungsträgern in Deutschland. Ein Beispiel ist die Kooperation zwischen dem Firmenservice der DRV und dem Präventionsdienst der DGUV. Der aktuelle Rechtsrahmen ermöglicht bereits die trägerübergreifende Kooperation und Vernetzung

der arbeitgeberbezogenen Beratungsangebote. Mit gemeinsamer Erklärung aus dem Jahr 2020 wird dies insbesondere durch bessere Vernetzung der jeweiligen betriebsaufsuchenden Mitarbeiter sowie umfassende Schulungen über die Inhalte und Zuständigkeiten aus dem Bereich der anderen Sozialversicherungsträger in der Praxis gelebt.

Darüber hinaus hat die DRV für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte sowie für Werks- und Betriebsärztinnen und -ärzte auf ihren Internetseiten für „Experten“ alles Wissenswerte über die Leistungen der DRV, deren Anspruchsvoraussetzungen und Standards zusammengestellt und leistet somit einen wichtigen Beitrag zur Stärkung der Rolle der Ärztinnen und Ärzte im Reha-Prozess.

Herausforderungen

Insbesondere mit Blick auf die demografische Entwicklung, die Etablierung neuer Arbeitsformen, die höhere Lebensarbeitszeit, neue Krankheitsbilder und die notwendige Gewinnung von Fachkräften kommt dem Erhalt der Erwerbsfähigkeit eine noch größere Bedeutung zu. Der Bedarf an Teilhabe- und Präventionsleistungen durch die DRV wird zukünftig weiter wachsen:

- Sobald Menschen eine Erwerbsminderungsrente beziehen, stehen sie dem Arbeitsmarkt nur begrenzt oder gar nicht zur Verfügung. Daher soll der Zugang in die Erwerbsminderungsrente durch Ausschöpfung der Möglichkeiten der Rehabilitation der Rentenversicherung bestmöglich vermieden werden.
- Zugleich sollen Erwerbsminderungsrentnerinnen und -rentner mit Eingliederungspotenzial besser wieder in das Erwerbsleben integriert werden. Deshalb muss ein besonderes Augenmerk auf der Struktur der Rehabilitations- und Rentenleistungen und auf der Schnittstelle zwischen diesen beiden Systemen liegen. Hierbei sind insbesondere Personen, die eine Erwerbsminderungsrente beziehen und mehr als 3h pro Tag arbeiten könnten noch mehr in den Blick zu nehmen.
- Eine zentrale Herausforderung dieser Zeit ist die Gewinnung von Fachkräften. Gut qualifiziertes Personal ist auch für medizinische Rehabilitationseinrichtungen für eine wirksame und zeitnahe Rehabilitation unerlässlich.

Um das Zusammenwirken der verschiedenen Akteure im gegliederten System zu stärken, ist im Rahmen des Bundesteilhabegesetzes bereits ein einheitlicher und rehabilitationsträgerübergreifender Zugang zu allen Teilhabeleistungen und eine schnellere und einfachere Klärung der Zuständigkeiten für die betroffenen Personen geschaffen worden, den es in der Praxis noch besser umzusetzen gilt. Kooperation und Vernetzung müssen weiter verstärkt werden, damit Versicherte individuelle und passgenaue Leistungen „wie aus einer Hand“ erhalten. Damit wird gleichzeitig eine mehrfache Datenerhebung in verschiedenen Systemen vermieden. Eine Antwort dafür ist zum Beispiel die aktuelle Entwicklung eines Prototypen für einen Gemeinsamen Grundantrages für Reha- und Teilhabeleistungen auf der Ebene der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, der perspektivisch den rehaträgerunabhängigen Zugang zu Teilhabeleistungen für alle Menschen in Deutschland verbessern wird.

Veränderte Versorgungsbedarfe durch die Zunahme chronischer und psychischer Erkrankungen, Multimorbidität sowie die u. a. mit der Zuwanderung verbundene zunehmende Diversität erfordern eine Weiterentwicklung der Teilhabeleistungen im Sinne individueller, bedarfsgerechter flexibler Angebote. Dabei kommt der Beratung und dem Fallmanagement sowie der Verzahnung von Leistungen an der Schnittstelle zwischen LMR und LTA eine wichtige Rolle zu.

Der Koalitionsvertrag für die 20. Legislaturperiode enthält folgende rehabilitationspolitischen Aufträge:

„Wir machen längeres, gesünderes Arbeiten zu einem Schwerpunkt unserer Alterssicherungspolitik. 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.“

„Wir wollen Pflegeausbildung in den Einrichtungen der Eingliederungshilfe und der Rehabilitation ermöglichen, soweit diese die Voraussetzungen erfüllen.“

Antworten

Das gegliederte System der Teilhabeleistungen in Deutschland bietet für diese Herausforderungen eine etablierte und sichere Grundlage, damit gesundheitlich bedingte Problemstellungen selbstbestimmt, eigenverantwortlich und sicher finanziert gelöst werden können. Vor diesem Hintergrund entwickeln wir Maßnahmen, um das bewährte System zukunftsfest weiterzuentwickeln.

Im Rahmen dieser Weiterentwicklung stehen dabei die frühestmögliche und wirksame Erkennung von Teilhabebedarfen im Fokus. Zudem sollen für die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und die Präventionsleistungen der Zugang weiter verbessert. Zugang zu Leistungen der medizinischen Rehabilitation per ärztlicher Verordnung erprobt derzeit die DRV Baden-Württemberg mit ihrem Modellvorhaben „Psychosomatik Direkt (PsyDi)“ im Rahmen der zweiten Förderwelle des Bundesprogramms rehapro), die Leistungserbringung noch effizienter, transparenter und noch stärker auf Augenhöhe mit den betroffenen Personen gestaltet werden. Digitalisierung in der Prävention und Rehabilitation spielen dabei eine wichtige Rolle.

Das BMAS ist mit der Deutschen Rentenversicherung in einem kontinuierlichen Dialog, um die notwendigen Weiterentwicklungen anzustoßen. Wichtige Erkenntnisse liefern hierfür die zahlreichen Modellvorhaben, an denen Träger der DRV beteiligt sind, insbesondere im Rahmen des Förderprogramms rehapro sowie die Offensive „Psychische Gesundheit“ – eingebettet in das Programm „Arbeit: Sicher und Gesund“.

Deshalb wird das BMAS im Bereich der Prävention, Rehabilitation und Nachsorge in dieser Legislaturperiode die nachfolgenden Vorhaben in einem kontinuierlichen Prozess umsetzen:

1. Vermeidung von Erwerbsminderungsrentenbezug und Rückkehr in die Erwerbstätigkeit

Um Erwerbspotentiale besser auszuschöpfen, soll die Anzahl an Zugängen in die Erwerbsminderungsrente durch eine bessere Nutzung von Teilhabeleistungen im

Vorfeld insgesamt verringert werden. Menschen, die eine Erwerbsminderungsrente beziehen, sollen besser in das Erwerbsleben integriert und dem dauerhaften Ausscheiden aus dem Erwerbsleben konsequenter als bisher entgegengetreten werden.

1.1. Öffnung der Wiederholungsfrist

LMR werden nach den bestehenden Regelungen grundsätzlich im Abstand von vier Jahren und mit einer Dauer von drei Wochen gewährt. Mit einer flexibleren Handhabung (geringere Abstände zwischen nochmaliger LMR und bedarfsgerechtere Bemessung der Reha-Dauer) kann besser auf die individuellen Einschränkungen (komplexe Bedarfslagen und zunehmend psychische Erkrankungen) reagiert und damit die Erfolgchancen der Rehabilitation erhöht werden. Maßgeblich bleibt weiterhin der individuelle Rehabilitationsbedarf, so dass hier im Ergebnis eine Klarstellung vorliegt, die den Zugang zur Rehabilitation weiter vereinfachen soll. Zugleich bietet die Öffnung der Frist die Chance, dass fortan notwendige Rehabilitationsmaßnahmen nicht nur deshalb unterbleiben, weil die Frist von Antragsstellern falsch interpretiert wird. Deshalb plant das BMAS, die gesetzlichen Regelungen zur Wiederholungsfrist und der Dauer der LMR zu flexibilisieren und damit auch den Zugang zu den Teilhabeleistungen zu erleichtern.

1.2. Eingliederungsversuch

Versicherte, die eine Erwerbsminderungsrente beziehen, sollen bei der (Wieder-)Eingliederung stärker unterstützt werden. Eine mögliche Erprobung einer Erwerbstätigkeit, die über das bisher festgelegte zeitliche Leistungsvermögen hinausgeht, soll nicht aus Sorge um einen Wegfall der Erwerbsminderungsrente unterbleiben. Die Umsetzung ist erfolgt (im Gesetz zur Änderung des Zwölften und des Vierzehnten Buches Sozialgesetzbuch sowie weiterer Gesetze).

1.3 Gemeinsamer Grundantrag

Um im Sinne der Leistungsberechtigten zu schnelleren, unbürokratischeren und barrierefreien Antragsverfahren zu kommen, fördert das BMAS derzeit ein Projekt zur Entwicklung eines einheitlichen digitalen Antragsverfahrens aller Rehabilitationssträger (Gemeinsamer Grundantrag). Mit einem gemeinsamen Grundantrag

kann der Zugang zu Reha- und Teilhabeleistungen für Menschen mit Beeinträchtigungen deutlich vereinfacht werden. Die Entwicklung und Erprobung eines Prototyps ist ein wichtiger Schritt auf dem Weg zum gemeinsamen Antragsformular und ein weiterer Schritt in Richtung Teilhabeleistungen „wie aus einer Hand“.

Den sich derzeit auf Ebene der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V. (BAR) in Entwicklung befindliche digitale Prototyp für Reha- und Teilhabeleistungen fördert das BMAS befristet auf zwei Jahre. Daran beteiligt sind neben BMAS alle Reha-Träger, Vertreter von Menschen mit Behinderungen, der Sozialpartner und der Leistungserbringer. Durch zwei begleitende Gremien (Projektbeirat und Projektgruppe) soll gewährleistet werden, die inhaltlichen und technischen Weichen so zu stellen, dass das Ziel eines personenzentrierten und nutzerorientierten einheitlichen Antragsverfahrens für alle Reha-Träger künftig mithilfe des entwickelten Prototypen erprobt werden kann.

Das Projekt „Fachlich-inhaltliche und technische Umsetzung sowie Erprobung eines Prototyps und Vorbereitung der Implementierung eines Gemeinsamen Grundantrages für Reha- und Teilhabeleistungen“ startete im März 2023. Im November 2023 wurde erstmals der entwickelte digitale Prototyp vorgestellt, der nun erprobt und weiterentwickelt werden soll. Die gewonnenen Erkenntnisse werden genutzt, um nächste Schritte zur Umsetzung des trägerübergreifenden „Reha-Antrags“ in der Praxis aufzuzeigen und soweit wie möglich vorzubereiten. Das Projekt ist bis Oktober 2025 vorgesehen.

1.4. Ü45-Gesundheits-Check

Im Unterschied zum bisherigen reaktiven Ansatz sollen proaktiv neue Zugangswege für Versicherte mit potenziellem Reha-Bedarf geschaffen werden. Ein Instrument mit großer Breitenwirkung ist der Ü45-Check, der unter Berücksichtigung der Ergebnisse der bereits abgeschlossenen Modellprojekte gesetzlich verankert werden soll. Der Gesundheitscheck für Menschen, die 45 Jahre und älter sind, ist Fragebogen-gestützt und ärztlich begleitet. Bei der Erkennung von Präventions- und Rehabilitationsbedarfen wird angestrebt, sowohl die betriebliche Verantwortung durch die Betriebsärzte zu stärken als auch die Hausärzte stärker einzubinden. Für die versicherten Personen gilt das Prinzip der Freiwilligkeit. Bei Bedarf kann der Check wiederholt werden, so dass auch ältere Versicherte weiterhin von der Möglichkeit des Checks profitieren können.

Ein erster Entwurf für die gesetzliche Umsetzung soll 2024 auf Basis vorhandener Zwischenergebnisse vorgestellt werden.

1.5. Kooperationsvereinbarungen

Die Möglichkeiten der Kooperation von Sozialversicherungsträgern sollen für die Rehabilitation der Rentenversicherung noch besser genutzt werden. Um bestehende Lücken und Handlungsbedarfe zu erkennen, wird die DRV Bund eine Übersicht über bereits geschlossene Vereinbarungen erstellen. In einem nächsten Schritt können identifizierte Handlungsbedarfe auf der Umsetzungsebene sowie auf der Ebene des Gesetzgebers angegangen werden.

Beispielsweise werden die DGUV und die DRV, um Ihre Zusammenarbeit und die Angebote für Arbeitgeber besser sichtbar zu machen und zu verzahnen, nach Erörterung mit der BDA in einer gemeinsamen Erklärung einen abgestimmten „Fahrplan“ veröffentlichen.

1.6. Arbeitsfähig bleiben und wieder arbeitsfähig werden

Auf Initiative des Gesetzgebers wurde 2019 mit dem Bundesprogramm „Innovative Wege zur Teilhabe am Arbeitsleben – rehapro“ (§ 11 SGB IX) eine Möglichkeit geschaffen, um weitere innovative Ansätze (neben den hier konkret beschriebenen) auf wissenschaftlicher Basis zu erproben. Rehapro beschäftigt sich in vielen Einzelprojekten mit innovativen Ideen zum Rehabilitationsprozess. Die Ergebnisse dieser Projekte liegen nach der wissenschaftlichen Begleit-Evaluation ab 2026 vor. Erste Erkenntnisse werden bereits jetzt im Prozess genutzt.

Innovationen, die sich in Modellprojekten bewährt haben, sollen breiter angewandt bzw. verstetigt werden und insbesondere dazu beitragen, dass die Zusammenarbeit der Akteure im Bereich der LMR und LTA verbessert wird, Erwerbspotenziale erhalten bleiben, Rehabilitationsbedarfe individueller und frühzeitiger als bisher erkannt werden können. Im Ergebnis wird so die Erwerbsfähigkeit von Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen wiederhergestellt und die Rückkehr ins Erwerbsleben gefördert. In diesem Zusammenhang ist insbesondere die Vermeidung von Erwerbsminderungsrenten ein zentrales Ziel. Auch weitere Forschungsergebnisse der DRV Bund fließen mit ein.

Zudem erarbeiten BMAS und DRV in einem weiteren Prozess gemeinsam ein Konzept mit dem Ziel, Empfehlungen und Lösungsansätze zu formulieren, wie Erwerbsminderungsrenten beziehende zielgerichtet begleitet und gefördert werden können, damit sie von den Teilhabeleistungen der DRV und vor allem den Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben noch stärker als bisher profitieren können. Die Ergebnisse sollen im Sommer 2024 vorliegen.

Wesentliche Ansatzpunkte für Änderungen sind insb.

- das Antragsverfahren,
- größere Anreize zur Rückkehr ins Erwerbsleben,
- die genauere Ermittlung der Rückkehrperspektive und
- eine individuellere Beratung und Maßnahmeplanung (Fallmanagement) für Antragstellende mit Rückkehrperspektive.

Ein verbessertes Zusammenwirken zwischen der renten- und reharechtlichen Prüfung von Leistungsanträgen kann einen möglichst nahtlosen und komplikationslosen Übergang zwischen den verschiedenen Systemen der sozialen Sicherung erreichen, um Einkommensverluste und unnötigen Verwaltungsaufwand vermeiden und die Motivation der betroffenen Personen zur schnellen Rückkehr auf den Arbeitsmarkt befördern zu können. Dabei muss vor allem der gezielte Kontakt, die Beratung und die Begleitung der von Erwerbsminderung betroffenen Menschen im Zentrum stehen, die in Bezug auf eine mögliche Rückkehr ins Erwerbsleben besondere Bedarfe an Beratung, Information und die Erbringung von Teilhabeleistungen haben. Zu diesem Zweck wird ab 2024 der sog. Risikoindex Erwerbsminderungsrente im Rahmen eines Pilotprojektes durch die DRV Bund erprobt, dessen Ergebnisse im Frühjahr 2025 vorliegen sollen. Dieser Index nutzt vorhandene Routinedaten der Rentenversicherung, um Personen rechtzeitig zu identifizieren, die ein hohes Risiko aufweisen, innerhalb der nächsten fünf Jahre eine Erwerbsminderungsrente zu erhalten, um diesen Teilhabeleistungen anzubieten.

Die DRV Bund strukturiert und konsolidiert den rehapro-Evaluierungsprozess und richtet die Verstetigung der Modelle, die zukunftsfähiges Innovationspotenzial besitzen, an den Handlungsfeldern ihrer Entwicklungsstrategie aus:

- Sicherstellung eines einfachen, barriere- und diskriminierungsfreien Zugangs unter Nutzung digitaler Angebote;
- Ausbau der Präventionsangebote;
- Weiterentwicklung der Teilhabeleistungen;
- Stärkung von Kooperation und Vernetzung, damit Versicherte ihre Leistungen „wie aus einer Hand“ erhalten;
- Optimierung der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen.

Ziel ist es, wirksam neue Verfahren, Strukturen und Angebote im Rahmen des Bewertungsprozesses der rehapro-Modelle zu identifizieren und auf ihre bundesweite Übertragbarkeit und mögliche Verstetigung zu prüfen, damit alle Betroffenen profitieren. Die Projektlaufzeiten des ersten Förderaufrufs enden in den Jahren 2024 und 2025, die des zweiten Förderaufrufs 2026. Mit dem Abschluss der Projekte werden die Ergebnisse der Begleit-Evaluation erwartet.

1.7. Einführung eines Fallmanagements im Reha-Prozess

Die DRV Bund erstellt aktuell im Rahmen ihrer Querschnittsaufgaben ein für alle DRV-Träger geltendes Konzept zum Fallmanagement für den Rehabilitationsprozess der DRV. Grundlage bilden eine Vielzahl laufender Modelle, die zum Teil von den Trägern selbst und zum Teil im Rahmen von rehapro erprobt werden. Dabei hat sich gezeigt, dass der Reha-Prozess nicht durch Zuständigkeitsgrenzen verzögert werden darf. Gerade im gegliederten Reha-System mit seiner rechtskreisbezogenen Leistungserbringung müssen Information und Beratung möglichst rechtskreisübergreifend stattfinden. In Ergänzung zur vorhandenen Beratungstätigkeit für Rehabilitandinnen und Rehabilitanden kann das Fallmanagement besondere Beratungs- und Prozessabstimmungsbedarfe vor allem in Bezug auf schwierige Zusammenhänge auffangen und so die individuell optimale Leistungserbringung als auch die trägerübergreifende Zusammenarbeit fördern.

Die spezielle Personengruppe der Menschen, die von Erwerbsminderung bedroht bzw. betroffen sind, hatte bislang nur wenig Zugang zum Reha-Prozess der LTA. Mit der Einführung des Fallmanagements wird der Zugang zu LTA verbessert und das breit angelegte Instrumentarium der LTA individuell an die jeweilige Fallgestaltung angepasst.

Das BMAS wird in dieser Legislaturperiode im Dialog mit der DRV flankierende gesetzliche Rahmenbedingungen identifizieren und zeitlich abgestimmt auf den Konzeptions- und Einführungsprozess umsetzen. Ein innerhalb der DRV mit allen Trägern abgestimmtes Fallmanagement auf Basis der Bewertungen laufender Modellprojekte für alle relevanten Personengruppen des Reha-Prozesses kann in dieser Legislaturperiode allerdings noch nicht DRV-weit eingeführt werden.

2. Fachkräfteengpässe im Bereich der Rehabilitation

Ein effektives System der Erbringung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation ist auf hochwertige Qualität der Leistung und gut qualifizierte sowie motivierte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter angewiesen. Die aktuellen Fachkräfteengpässe, die mit dem fehlenden Nachwuchspflegefachkräften beginnen, gefährden nicht nur die Pflegetätigkeit in Rehabilitationseinrichtungen, sondern auch den wichtigen Beitrag von Teilhabeleistungen für die Gesellschaft.

Die Bundesregierung hat mit ihrer Fachkräftestrategie aus dem Oktober 2022 ein branchen- und bereichsübergreifendes Maßnahmenpaket verabschiedet. Von den dort beschriebenen Maßnahmen in fünf zentralen Handlungsfeldern (Ausbildung, Weiterbildung, Arbeitspotenziale, Arbeitskultur und Einwanderung) kann auch der Bereich der Rehabilitation profitieren.

Darüber hinaus soll mit gezielten Initiativen erreicht werden, dass Rehabilitationseinrichtungen geeignete Fachkräfte frühzeitig und langfristig an sich binden können. Es bieten sich zwei Ansatzpunkte an, um in der Perspektive zusätzliche Fachkräfte zu gewinnen: Stärkung der Ausbildung von Pflegefachkräften im Rehabilitationsbereich sowie der Rehabilitationswissenschaften im Hochschulbereich.

2.1. Ausbildung

a) Um dem Fachkräftemangel im Pflegebereich zu begegnen, soll die hohe Ausbildungsbereitschaft in medizinischen Rehabilitationseinrichtungen genutzt werden. Die ca. 1100 medizinischen Rehabilitationseinrichtungen können insbesondere hier weitere Ausbildungsangebote abseits der Ballungsgebiete schaffen und einen Beitrag zur flächendeckenden Sicherung von Ausbildungskapazitäten leisten. Mit Blick auf die geplante Krankenhausreform sowie die absehbare Zuwanderung von

Auszubildenden aus dem Ausland gilt es hier die Angebotsseite an Ausbildungsplätzen weiter zu stärken und zugleich der gewachsenen Bedeutung der medizinischen Rehabilitation im Gesundheitswesen Rechnung zu tragen.

b) Um die Auszubildenden in der Praxis noch stärker an die Rehabilitation heranzuführen gilt es in einem weiteren Schritt, die Ausbildungsmodule im Hinblick auf die besonderen rehabilitativen Anforderungen zu überprüfen und um Rehabilitationseinhalte zu erweitern. Beispielsweise sind hier der in der Rehabilitation wichtige Grundsatz der „Hilfe zur Selbsthilfe“ und die auf das Ziel der Rückkehr des Rehabilitanden ins Erwerbsleben ausgerichtete Arbeit im interprofessionellen Team, zu nennen.

Ziel ist, in Abstimmung mit den federführenden Ressorts BMG, BMFSFJ bis zum Ende der Legislaturperiode einen Fahrplan zur Stärkung der Pflegeausbildung zu erarbeiten.

c) Durch das neue Fachkräfteeinwanderungsgesetz besteht schon heute für Rehabilitationseinrichtungen die Möglichkeit, gezielt Pflegekräfte aus dem Ausland anzuwerben und dauerhaft zu beschäftigen. Mit Blick auf die Fachkräftesicherung in Rehabilitationseinrichtungen ist entscheidend, dass diese Möglichkeit in der Praxis auch gut genutzt wird. Hierzu prüft die DRV Bund wie die Möglichkeiten des neuen Fachkräfteeinwanderungsgesetzes genutzt werden können, wie der Einsatz von ausländischen Fachkräften in den Rehabilitationseinrichtungen derzeit erfolgt und welche Erfahrungen – insbesondere in den trägereigenen Einrichtungen – gemacht werden.

Die DRV beschreibt bis zum 2. Quartal 2024 den Personal- und Fachkräftebedarf und benennt etwaige Rekrutierungshemmnisse.

2.2. Hochschule

Im Hochschulbereich sollen Rehabilitationswissenschaften in Forschung und Lehre gestärkt werden; dazu wird in der nächsten Bekanntmachung der Förderrichtlinie „Förderung der Forschung und Lehre zur Gesundheit in der Arbeitswelt“ (FoGA) 2024 hier ein Fokus gesetzt.

Die Rehabilitation soll darüber hinaus unmittelbar in der Ausbildung der Ärzte gestärkt werden. Aus diesem Grund werden im Zuge der Reform der ärztlichen Ausbildung insbesondere die Möglichkeiten der praktischen Ausbildung in Rehabilitationseinrichtungen erweitert. So soll u. a. die Auswahl der Lehrkrankenhäuser auch auf Rehabilitationseinrichtungen ausgedehnt werden, damit die Studierenden im Hinblick auf eine breite Ausbildung auch dort die medizinische Versorgung kennenlernen können. (Abstimmung erfolgt im Rahmen des BMG-Entwurfs einer Verordnung zur Neuregelung der ärztlichen Ausbildung)

3. Pflegende Angehörige

Den besonderen rehabilitativen Bedarfen erwerbstätiger pflegender Angehöriger wird durch die Einführung eines Anspruchs auf Mitnahme der pflegebedürftigen Personen in eine Rehabilitationseinrichtung Rechnung getragen werden. Dabei bleiben die fachliche und finanzielle Verantwortung der Träger der Rentenversicherung und der Pflegeversicherung systemgerecht getrennt.

Die gesetzliche Umsetzung ist im Gesetz zur Unterstützung und Entlastung in der Pflege – „PUEG“ erfolgt. Der Anspruch tritt am 1. Juli 2024 in Kraft. Bis dahin schließen die DRV Bund und der Spitzenverband Bund der Pflegekassen eine Verwaltungsvereinbarung zum Antrags- und Genehmigungsverfahren.

4. Bedarfsgerechtes Reha-Budget

Die Regelungen zur Struktur des Reha-Budgets (im Jahr 2023 betrug das Reha-Budget 7,6 Mrd. €) müssen die DRV in die Lage versetzen, vorausschauend auf zukünftige Bedarfe und Herausforderungen reagieren zu können. Für eine ideale Steuerung der Reha-Leistungen ist entscheidend, dass das Reha-Budget nicht als Obergrenze, sondern als Orientierungslinie bzw. Zielvorgabe verstanden wird. Budgetüberschreitungen durch außergewöhnliche Entwicklungen wie Energiekostensteigerungen und Inflation sollen nicht durch Minderauslastung bei einem Teil der Träger kompensiert werden, sondern im System berücksichtigt werden. Die bestehenden Regelungen zur Bemessung des Reha-Budgets sollen deshalb insbesondere angesichts längerer Erwerbstätigkeit, neuer Leistungen und des neuen Vergütungssystems für LMR auf ihre langfristige Effizienz hin überprüft werden. Grundlage ist eine Analyse/Bestandsaufnahme, in der Sachstand, Wirkungsweise

und Fortentwicklungsvorschläge aufbereitet werden. Dabei wird neben den Bemessungsgrundlagen und Anpassungsmechanismen u. a. auch einfließen, wie sich die Ausschöpfung des Reha-Budgets in den letzten Jahren dargestellt hat. In einem ersten Schritt wird der bisherige Anpassungsmechanismus nachjustiert, um Fehlentwicklungen zu verhindern.

Zudem ist die Wirksamkeit des neuen Beschaffungs- und Vergütungssystems gem. § 15 Abs. 10 SGB VI (ab 2026) und dessen Auswirkungen sowie zwischenzeitliche Entwicklungen der Antragszahlen und der Leistungen auf das Reha-Budget zu bewerten.

5. Beitrag der Rehabilitationseinrichtungen zum Klimaschutz

Der menschengemachte Klimawandel wirkt sich bereits heute in den veränderten klimatischen Bedingungen aus. Zahlreiche Veränderungen sind notwendig, um die ambitionierten Ziele der Bundesregierung zur ökologischen Transformation zu erreichen. Auch im Bereich der Rehabilitation wirken sich diese Gesetze unmittelbar aus. Im Ergebnis können die Rehabilitationseinrichtungen wichtige Beiträge zum Klimaschutz leisten. Hierzu prüft die DRV Bund, welche Auswirkungen sich durch diese zusätzlichen gesetzlichen Anforderungen - insbesondere für den Haushalt der Rentenversicherung - konkret ergeben.

6. Digitalisierung

Digitalisierung ist auch im Bereich der Prävention, Rehabilitation und Nachsorge ein weiterer wichtiger Schritt in die Zukunftsfähigkeit.

Mit Blick auf die versicherten Personen muss es die Möglichkeit geben, digitale Gesundheitsanwendungen verstärkt auch in der Prävention und der Nachsorge einzubinden. Die Forschungsdaten der verschiedenen Sozialversicherungsträger müssen dazu datenschutzkonform verknüpft werden, um wichtige Erkenntnisse zu gewinnen und die Leistungen inhaltlich und strukturell weiterentwickeln zu können.

6.1. Digitale Angebote im Bereich Prävention und Nachsorge

Die Corona-Pandemie hat gezeigt, wie wichtig es ist, dass Teilhabeleistungen auch auf digitalem Weg genutzt werden können. Vor allem für versicherte Perso-

nen im ländlichen Raum ist die Digitalisierung von Teilhabeangeboten eine wesentliche Weiterentwicklung, um ein nachhaltiges, flexibles und durchgängig verfügbares Leistungsangebot ermöglichen zu können. Daher sollen auch die Leistungen zur Prävention und Nachsorge noch mehr von den Vorteilen digitaler Angebote profitieren und dies rechtlich verankert werden.

6.2. Forschungsdaten

Die Nutzung der Daten der einzelnen Sozialversicherungsträger zu Forschungszwecken wird derzeit in den jeweiligen gesetzlichen Regelungen größtenteils isoliert betrachtet und sieht eine fallbezogene Datenverknüpfung über Datenbestände hinweg oft nicht vor. Dies soll überwunden werden und es sollen die Möglichkeiten der Datenverknüpfung für Forschungszwecke erweitert werden. Deshalb soll ein Datenaustausch zwischen den Forschungsdatenzentren der gesetzlichen Krankenversicherung und der Deutschen Rentenversicherung ermöglicht werden. Die Identifizierung der (datenschutz-)rechtlichen, organisatorischen und technischen Regelungsbedarfe für eine Verknüpfung der Daten des Forschungsdatenzentrums Gesundheit mit Daten der gesetzlichen Rentenversicherung erfolgt durch ein Gutachten, das voraussichtlich im Frühjahr 2024 ausgewertet sein wird. Daten weiterer Sozialversicherungsträger (insbesondere der gesetzlichen Unfallversicherung, der Bundesagentur für Arbeit und der gesetzlichen Pflegeversicherung) werden dabei berücksichtigt.

7. Verknüpfung mit Programm „ARBEIT: SICHER + GESUND“

Versicherte sollen durch Ausschöpfen der Rehabilitationsmöglichkeiten schneller in andere Maßnahmen übergehen. Basis für zielgenaue Lösungen ist die Identifizierung der Zielgruppen. Dabei werden Erkenntnisse der Offensive „Psychische Gesundheit“ – eingebettet in den Dialogprozess des Programms „ARBEIT : SICHER + GESUND“ und fokussiert auf die Arbeitswelt – genutzt, um gesunde Arbeit zu fördern und die Zahl der Erwerbsminderungsrenten, die häufig Folge psychischer Erkrankungen sind, zu verringern.

Das Programm „ARBEIT: SICHER + GESUND“ ist ein laufender Prozess, dessen Abschluss ab Mitte 2025 zu erwarten ist.

8. Steigerung des Bekanntheitsgrades der Präventions- und Teilhabeleistungen der Deutschen Rentenversicherung

Um mehr Versicherte mit den Präventions- und Teilhabeangeboten zu erreichen, ist es wichtig, sie in ihren jeweiligen Lebenswelten zu erreichen und die Rentenversicherung als Akteurin im Gesundheitswesen bekannter zu machen.

Die DRV unterscheidet im Rahmen ihrer Initiative „Weiterentwicklung von Prävention und Rehabilitation“ verschiedene Maßnahmen zur Verbesserung des Bekanntheitsgrades der Präventions- und Teilhabeangebote. Neben den Initiativen der DRV selbst und den oben dargestellten Maßnahmen zur Verbesserung des Zugangs zu Rehabilitationsleistungen der DRV werden auch strukturelle Verbesserungen der Kooperation und Vernetzung mit relevanten Partnern im Rehabilitationsprozess benannt, die vom BMAS mit geeigneten Maßnahmen unterstützt werden, um zielgruppengerecht über die Leistungen der DRV zu informieren.

DRV Bund und BMAS werden vorhandene Ressourcen nutzen, um gemeinsam insbesondere die seit Juli 2023 erreichbare Website www.meine-rehabilitation.de bekannter zu machen. Ferner könnte auch die Öffentlichkeitsarbeit bei der Umsetzung des Ü45-Checks in enger Abstimmung erfolgen.

9. Das betriebliche Eingliederungsmanagement (BEM)

Das betriebliche Eingliederungsmanagement (BEM) verpflichtet Arbeitgeber dazu, mit allen Beschäftigten, die innerhalb der letzten 12 Monate länger als sechs Wochen ununterbrochen oder wiederholt arbeitsunfähig sind, Möglichkeiten zu klären, wie die Arbeitsunfähigkeit überwunden werden und mit welchen Leistungen oder Hilfen erneuter Arbeitsunfähigkeit vorgebeugt und der Arbeitsplatz erhalten werden kann. Das BEM ist in vielen Unternehmen fest etabliert und hat sich als niedrigschwelliges betriebliches Instrument zur Erhaltung von Arbeitsfähigkeit bewährt. Darüber hinaus gewinnt das BEM mit Blick auf die Fachkräftesicherung zunehmend an Bedeutung. Gleichwohl gehen aus verschiedenen Forschungsberichten (Kothe/Kaufmann, 2021; Wrage, Sikora & Wegewitz, 2020; Zumbeck, 2018), auch unterschiedliche Hemmnisse bezogen auf die Umsetzung hervor.

Der Koalitionsvertrag sieht daher vor, das BEM als Instrument auf Arbeitgeber- und Beschäftigtenseite stärker zu etablieren mit dem Ziel, es nach einheitlichen

Qualitätsstandards flächendeckend verbindlich zu machen (Beispiel: Hamburger Modell).

Im Zuge des Teilhabestärkungsgesetzes wurden bereits Verbesserungen zur verstärkten Anwendung von BEM-Verfahren eingeführt. So haben die betroffenen Beschäftigten das Recht, eine Vertrauensperson ihrer Wahl zu einem BEM-Gespräch hinzuzuziehen.

Vor dem Hintergrund des Fachkräftemangels gilt es, das BEM als ein Instrument der Arbeitsplatz- und Fachkräftesicherung auch in dieser Legislaturperiode weiter zu stärken und die Nutzung des BEM-Verfahrens zu forcieren.