

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.