



Wortprotokoll der 83. Sitzung

Ausschuss für Arbeit und Soziales

Berlin, den 1. Juli 2024, 16:00 Uhr
10117 Berlin, Adele-Schreiber-Krieger-Str. 1
Marie-Elisabeth-Lüders-Haus
3.101

Vorsitz: Bernd Rützel, MdB

Tagesordnung - Öffentliche Anhörung

Einzigster Punkt der Tagesordnung

Seite 3

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

Federführend:

Ausschuss für Arbeit und Soziales

Mitberatend:

Ausschuss für Gesundheit

**Mitglieder des Ausschusses**

| Fraktion/Gruppe | Ordentliche Mitglieder | Stellvertretende Mitglieder |
|------------------------|---|------------------------------------|
| SPD | Gerdes, Michael Glöckner, Angelika Hohmann, Angela Machalet, Dr. Tanja Peick, Jens Rützel, Bernd | |
| CDU/CSU | Aumer, Peter Nacke, Dr. Stefan Reichel, Dr. Markus | |
| BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN | Rüffer, Corinna | |
| FDP | Teutrine, Jens | |
| AfD | Schielke-Ziesing, Ulrike | |
| Die Linke | Birkwald, Matthias W. | |

Liste der Sachverständigen

Ingo Schäfer (Deutscher Gewerkschaftsbund)

Barbara Gellrich (Deutsche Rentenversicherung Bund)

Stefan Flohr (Deutsche Rentenversicherung Bund)

Henriette Wunderlich (Sozialverband Deutschland e.V.)

Dr. Susanne Wagenmann (Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände e.V.)

Professor Dr. Hugo Mennemann (Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management e.V.)

Dr. Reinhard Göhner (Nationaler Normenkontrollrat)

Michael Popp (Sozialverband VdK Deutschland e.V.)

Professorin Dr. Katja Nebe



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

Der **Vorsitzende Bernd Rützel**: Sehr geehrte Damen und Herren, liebe Kolleginnen, liebe Kollegen vor Ort und an den zugeschalteten Geräten, ich begrüße Sie alle ganz herzlich zur öffentlichen Anhörung im Ausschuss für Arbeit und Soziales zu dem Antrag der Fraktion der CDU/CSU, „Reintegration in das Erwerbsleben verbessern - Durch Lotsen positive Effekte für den Arbeitsmarkt und die Sozialversicherungen nutzen“ auf Bundestagsdrucksache 20/9738. Ich begrüße ganz herzlich Anette Kramme, Parlamentarische Staatssekretärin im Bundesministerium für Arbeit und Soziales.

Die Institutionen, Verbände, die Einzelsachverständigen haben ihre Stellungnahmen abgegeben und diese liegen auf der Ausschussdrucksache 20(11)509 vor. Wie immer wollen wir heute von Ihnen hören, wie Sie die Vorlage fachlich beurteilen. Wir haben 90 Minuten Zeit. Wir haben elf Blöcke mit sechs Minuten und am Schluss auch noch eine freie Runde. Weil wir die Zeit effektiv nutzen wollen, verzichten wir auf Eingangsstatements, da auch die Stellungnahmen vorliegen. Und im Einzelnen begrüße ich nun ganz herzlich bei uns vom Deutschen Gewerkschaftsbund [DGB], Herrn Ingo Schäfer. Willkommen. Von der Deutschen Rentenversicherung Bund [DRV] ist bei uns Frau Barbara Gellrich und Herr Stefan Flohr. Grüß Gott. Vom Sozialverband Deutschland e.V. [SoVD] begrüße ich Frau Henriette Wunderlich. Von der Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände e.V. [BDA] Frau Dr. Susanne Wagenmann und von der Deutschen Gesellschaft für Care und Case Management e.V. [DGCC] Herrn Professor Dr. Hugo Mennemann. Willkommen. Vom Nationalen Normenkontrollrat heiße ich Herrn Dr. Reinhard Göhner und vom Sozialverband VdK Deutschland e.V. Herrn Michael Popp herzlich willkommen. Zugeschaltet als Einzelsachverständige ist Frau Professorin Dr. Katja Nebe. Auch an Sie: Herzlich willkommen. Wir übertragen für die Öffentlichkeit wieder durch eine Live-TV-Übertragung. In der Mediathek bleibt dann die Aufzeichnung bestehen, sodass man sich die immer noch einmal anschauen kann. Wir beginnen nun mit der Befragung der Sachverständigen. Ich werde immer

wieder auch die Namen wiederholen. Das ist für die Kolleginnen und Kollegen des Ausschussesekretariats wichtig, die nur per Audio zugeschaltet sind und das Protokoll erstellen. Wir beginnen mit der Fraktion der SPD. Da beginnt Dr. Tanja Machalet.

Dr. Tanja Machalet (SPD): Herr Vorsitzender, liebe Kolleginnen und Kollegen, liebe Sachverständige. Meine erste Frage geht an die Deutsche Rentenversicherung, also an Frau Gellrich oder Herrn Flohr. In dem Antrag wird der Vorschlag gemacht, ein trägerübergreifendes Fallmanagement mit Lotsenfunktion für Schwererkrankte einzurichten, um sie wieder ins Erwerbsleben zurückzuführen. Gibt es im Bereich der Rentenversicherung schon Verfahren, die in gewisser Weise analog zu einem Fallmanagementsystem sind? Und wenn ja, welche Kompetenzenanforderungen muss eine trägerübergreifende Fallmanagementstruktur aus Ihrer Sicht leisten?

Der **Vorsitzende Bernd Rützel**: Bevor wir beginnen, Frau Gellrich, Herr Flohr. Hier haben wir oft das Problem, dass es hallt und schallt. Wie ist denn die Verbindung? Wie ist denn das zu verstehen? Hallt und schallt es? Der Techniker dreht dann immer ein bisschen und dann geht es immer besser. Vielleicht drehen wir auch jetzt noch ein bisschen, wenn vor Ort eine Fachkraft ist. Dann bitte schön, wer möchte anfangen? Herr Flohr, bitte.

Stefan Flohr (Deutsche Rentenversicherung Bund): Vielen Dank, Herr Vorsitzender. Vielleicht vorab eine kurze Anmerkung zum Wording: Im Antrag sind die Begriffe Fallmanagement in Form eines Lotsen, Lotse als Leistungserbringer und auch nur Fallmanagement genannt. Aus Sicht der Rentenversicherung kommt bitte verständlicherweise der Hinweis, dass wir hier auf das Fallmanagement der DRV, auf das, was wir im SGB VI [Sechsten Buch Sozialgesetzbuch] angesiedelt haben möchten, referieren möchten. Wir verstehen darunter diejenigen Fallmanagements, die aktuell auch von uns, von mehreren Trägern der DRV und in mehreren Modellprojekten von rehapro bereits fleißig erprobt werden. Wir referieren darauf und nicht unbedingt auf das Lotsensystem, wie es nach dem Antrag modelliert ist.

Aktuell, wie ist die Regelversorgung? Sie fragen nach analogen Verfahren. Im Moment geht es insbesondere darum, dass bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben [LTA] die Versicherten der DRV durch Rehabilitationsberater begleitet werden. Jedoch ist diese Begleitung im Moment auf die Zeit kurz vor der LTA-Leistung oder währenddessen fokussiert und hat mehr einen organisatorischen Schwerpunkt. Aber gleichwohl



ist es unsere klare Meinung, dass im Kontext von Leistungen zur Teilhabe eine Begleitung betroffener Menschen durch den Rehabilitationsprozess und bei der Wiedereingliederung bei der Rentenversicherung jedenfalls sinnvoll ist. Deshalb ist die DRV dabei, ihr Angebot um ein – ich nenne es trägerspezifisches – Fallmanagement zu erweitern, in dem Sinne, wie es die DRV an der Stelle versteht, erprobt und auch durch mehrere Träger jetzt schon leistet. Modellhaft würde ich die Zielgruppe schon als im Antrag weiter fassen und insbesondere auch trägerübergreifend arbeiten, auch wenn ein Name wie trägerspezifisches Fallmanagement der DRV vielleicht im ersten Moment etwas anderes suggeriert. Aber bitte alles mit dem Blick aus unserer Risikozuordnung, um Barrieren auf dem Weg der Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit abzubauen. Warum man da einen sehr weiten Blick braucht, vielleicht weiter als im Antrag – darf ich vielleicht meine Kollegin bitten, ein kurzes Beispiel aus der Praxis zu zeigen.

Barbara Gellrich (Deutsche Rentenversicherung Bund): Vielen Dank. Kurzes Beispiel aus der Praxis, was tatsächlich bei den Rehabilitationsberatern dann ein Stück weit wieder aufschlägt. Eine Versicherte mit zwei Kindern, die eine berufliche Rehabilitationsmaßnahme schon im ersten Stadium durchlaufen soll: Da trat der Umstand auf, dass diese versicherte Person tatsächlich von Obdachlosigkeit bedroht war, sprich also ihre Wohnung verloren hat und sich erst einmal um die Wohnungsfindung kümmern musste, um dann den Fokus für die berufliche Rehabilitation zu haben – was ja auch sehr normal ist. Und der Rehabilitationsberater konnte dieses erleben und sich gleichzeitig dann auch mit der Versicherten darum kümmern, dass auch die Kinder an der Stelle mitversorgt sind. Dann hatte sie wieder die Möglichkeit, sich ganz konkret auf ihre berufliche Wiedereingliederung zu fokussieren. Das als kurzes Beispiel.

Der Vorsitzende Bernd Rützel: Vielen Dank. Frau Dr. Machalet.

Dr. Tanja Machalet (SPD): Ja, schon einmal vielen Dank. Im Antrag steht, dass die Einrichtung einer Fallmanagementstruktur möglichst kostenneutral erfolgen soll. Wie schätzen Sie das ein? Wie ist der finanzielle Aufwand für solche Strukturen zu bewerten? Also das Ziel ist natürlich, dass es effizienter und damit auch irgendwann kostengünstiger wird. Aber wenn man das aufbaut, dann kostet es ja erst einmal Geld. Vielleicht können Sie dazu noch mal was sagen.

Der Vorsitzende Bernd Rützel: Frau Dr. Machalet, Sie fragen wahrscheinlich wieder die

Rentenversicherung. Ich vermute es, aber ich wusste es nicht.

Dr. Tanja Machalet (SPD): Herr Vorsitzender, danke für den Hinweis.

Stefan Flohr (Deutsche Rentenversicherung Bund): Ich kann Ihnen leider an dieser Stelle keine belastbare Aufwandsschätzung geben, aber es ist zumindest aus unserer Sicht ganz klar, wie wir das beurteilen, dass ein Fallmanagement – egal in welcher Form – aus unserer Sicht in der Praxis nicht ohne finanzielle Mehraufwände zu leisten sein wird. Das sehen wir im Moment nicht. Das wäre allerdings das Einzige, was ich an dieser Stelle mit Sicherheit sagen könnte.

Der Vorsitzende Bernd Rützel: Frau Dr. Machalet.

Dr. Tanja Machalet (SPD): Dann schließe ich gerade noch die Frage danach an, ob Sie, also es geht dann wieder an die Vertretungen der Rentenversicherung, ob Sie Vorteile in der Einführung eines Fallmanagements in der Rentenversicherung im Rahmen einer gesetzlichen Vorschrift sehen? Und gibt es Erfahrungen aus anderen Trägerbereichen?

Der Vorsitzende Bernd Rützel: Ja, bitte schön, Herr Flohr.

Stefan Flohr (Deutsche Rentenversicherung Bund): Danke schön. Eine gesetzliche Vorschrift ist, denke ich, für unser Fallmanagement in der DRV als gesetzliche Grundlage im SGB VI aus mehreren Hinsichten unbedingt notwendig. Sie würde auf jeden Fall für Klarheit bei der notwendigen Einordnung des Fallmanagements im gegliederten System sorgen und für eine einheitliche Rechtsgrundlage, insbesondere für alle Rentenversicherungsträger, übergreifend mit dem Ziel, die Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit durchführen zu wollen. Sie würde insofern insgesamt zur Optimierung des Rehabilitationsprozesses beitragen. Und natürlich ist ein Gesetz immer auch die beste Rechtsgrundlage, um finanzielle Haushaltsmittel für etwas einzusetzen. Und ganz wichtig auch natürlich für die Praxis: Aus dem Aspekt des Datenschutzes bedeutet eine klare gesetzliche Aufgabe im Gesetz schon einmal einen besseren Ausgangspunkt. Andere Träger... Entschuldigung.

Der Vorsitzende Bernd Rützel: Wenn Sie an dieser Stelle weiter ausführen, wird die Zeit in der nächsten Runde abgezogen, Herr Flohr.

Stefan Flohr (Deutsche Rentenversicherung Bund): Ganz kurz zur Frage andere Trägerbereiche: Wenn Sie damit zum Beispiel die DGUV [Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung] meinen oder das Fallmanagement SGB II-Bereich oder bei den Jobcentern: Die haben zum Teil ein vergleichbares Instrumentarium. Andere Trägerbereiche in diesem Sinne haben aber



vielleicht aus unserer Sicht nicht den ganz weiten Blick. Danke schön.

Der **Vorsitzende Bernd Rützel**: Eine Minute ziehen wir in der nächsten Runde ab. Und Herr Dr. Nacke fängt an.

Dr. Stefan Nacke (CDU/CSU): Ganz herzlichen Dank. Ganz herzlichen Dank, Ihnen Sachverständigen, für Ihre schriftlichen Gutachten. Ich möchte meine erste Frage an Frau Dr. Wagenmann richten. Der Antrag sieht die Einführung eines individuellen Fallmanagements in Form eines Lotsen vor. Halten Sie die Unterstützung von Menschen mit komplexen Versorgungssituationen im Rehabilitationsprozess und bei der Wiedereingliederung in das Erwerbsleben für eine sinnvolle Maßnahme zur Effizienzsteigerung und auch zur Vermeidung von Erwerbsminderungsrenten?

Der **Vorsitzende Bernd Rützel**: Vielen Dank, Herr Dr. Nacke. Frau Dr. Wagenmann, bitte.

Dr. Susanne Wagenmann (Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände e.V.): Danke, Herr Vorsitzender. Aus unserer Sicht verfolgt der Antrag tatsächlich die richtige und wichtige Zielsetzung, die Anzahl der Erwerbsminderungsrenten zu reduzieren und erkennt auch das Problem, das in einem gegliederten Rehabilitationssystem herrscht: Schnittstellenproblematiken. Die Rentenversicherung hat es hier auch schon ausgeführt: Ein Fallmanagement, was auch schon in rehapro hier erprobt wird, kann sinnvoll sein, hier tatsächlich zeitnah zu Lösungen zu führen, zu koordinieren und für komplexe Versorgungssituationen und einen hohen Versorgungsbedarf tatsächlich zu Lösungen beizutragen. Und aus unserer Sicht ist es auch für die Deutsche Rentenversicherung als größter Träger sinnvoll, in diese Funktion zu kommen. Das ist naheliegend, denn sie hat hier auch die größte Verantwortung. Sie ist einfach der Träger mit den meisten Anträgen und bei den Erwerbsminderungsrenten am Ende auch Leistungserbringender. Die Vorteile einer gesetzlichen Vorschrift im SGB VI hat die Rentenversicherung aus meiner Sicht dargestellt.

Der **Vorsitzende Bernd Rützel**: Vielen Dank. Herr Dr. Nacke, bitte.

Dr. Stefan Nacke (CDU/CSU): Danke schön. Dann frage ich Herrn Professor Dr. Mennemann auch noch mal zu der Rechtsgrundlage. Es gibt bereits zahlreiche Rechtsgrundlagen, die Teilhabe am Erwerbsleben ermöglichen. In Organisationen gibt es zum Beispiel BEM-Verfahren [Verfahren des Betrieblichen Eingliederungsmanagements] und im SGB IX gibt es viele differenzierte Hinweise auf die Durchführung von Fallmanagement, die auch für die Träger der Rehabilitation gelten. Es

existieren zudem bereits zahlreiche Modellprojekte mit ähnlichen Zielsetzungen. Davon haben wir auch schon gehört. Im Antrag ist das Fallmanagement als ein Baustein konzipiert, um vorhandene Schnittstellenprobleme bei der Rehabilitation und Wiedereingliederung ins Erwerbsleben zu überwinden. Halten Sie eine Zusammenführung und eine Schaffung einer einheitlichen bundesweiten Rechtsgrundlage für die Struktur des Fallmanagements im SGB VI für geboten?

Der **Vorsitzende Bernd Rützel**: Herr Dr. Mennemann, bitte schön.

Professor Dr. Hugo Mennemann (Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management e.V.): Danke schön. Zunächst ist mir wichtig zu sagen, dass ich nicht über Lotsen spreche, die übergeordnet angesiedelt sind, sondern innerhalb des SGB VI in der Steuerungshoheit der Deutschen Rentenversicherung. Bei der Deutschen Rentenversicherung sind diese Lotsen richtig angesiedelt. Und da haben Sie im SGB VI auch die Möglichkeit, die Adressatinnen- und Adressatengruppen zu erreichen, also sowohl bei Antragstellung als auch präventiv. Von daher halte ich diesen Antrag genau für richtig, um alle Adressatinnen- und Adressatengruppen zu erreichen.

Der **Vorsitzende Bernd Rützel**: Herr Dr. Nacke, bitte.

Dr. Stefan Nacke (CDU/CSU): Dann möchte ich noch einmal Frau Dr. Wagenmann fragen. Wie beurteilen Sie die grundsätzliche Verankerung – zulasten der gesetzlichen Rentenversicherung – also in Finanzierungsfragen – zulasten der Beihilfe und möglichst flächendeckend auch zulasten der berufsständischen Versorgungswerke bei der Einführung einer Unterstützungsleistung eines Fallmanagements aus systematischer Sicht im Sozialversicherungssystem.

Der **Vorsitzende Bernd Rützel**: Frau Dr. Wagenmann, bitte.

Dr. Susanne Wagenmann (Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände e.V.): Danke schön. Wir haben gehört, dass so eine Abwicklung über einen Träger sinnvoll sein kann, wenn er dann tatsächlich Aufgaben übertragen bekommt, die auch für andere einen Nutzen erbringen. Es ist tatsächlich naheliegend, dass die Kosten hier dann nicht nur zulasten des einen Trägers gehen, sondern entsprechend aufgeteilt werden. Dazu lässt sich bestimmt auch eine Lösung finden.

Der **Vorsitzende Bernd Rützel**: Vielen Dank. Herr Dr. Nacke, bitte.

Dr. Stefan Nacke (CDU/CSU): Und jetzt noch mal an Herrn Dr. Mennemann die Frage: Halten Sie es für geeignet, die Lotsen als Leistungserbringer in



erster Linie an die Deutsche Rentenversicherung Bund, die Regionalträger der Deutschen Rentenversicherung sowie die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See anzubinden, aber auch die Möglichkeit zuzulassen, Dritte damit zu beauftragen?

Der **Vorsitzende Bernd Rützel**: Herr Dr. Mennemann, bitte.

Professor Dr. Hugo Mennemann (Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management e.V.): Grundsätzlich ja. Zunächst ist mir wichtig, dass sowohl der Lotsenbegriff als auch der Begriff Fallmanagement im Zuge der Gesetzgebung an die fachlichen Grundlagen des Care und Case Managements angebunden werden müssen, weil man ansonsten alles Mögliche darunter verstehen kann. Und wir reden dann primär über eine Veränderung innerhalb der Organisationen, über das Care Management, was auch die Deutsche Rentenversicherung Bund beispielsweise schon anpackt. Und wir reden nicht nur über eine additive Leistung, eines Steuernden oder eines zusätzlichen Lotsen. Und meines Erachtens sollte die Steuerungshoheit bei der Deutschen Rentenversicherung sein. In Ausnahmefällen kann es dann sinnvoll sein, an Dritte zu verweisen.

Der **Vorsitzende Bernd Rützel**: Für die nächste Runde der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN Kollegin Rüffer, bitte.

Corinna Rüffer (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Vielen Dank für die Möglichkeit, hier Fragen zu stellen. Meine Frage richtet sich an Dr. Katja Nebe. Es ist, glaube ich, völlig klar, dass die Zielsetzung dieses Antrages unumstritten ist. Wohl bleibt aber die Frage, ob der Vorschlag, Lotsen einzusetzen, in so einem trägerspezifischen Fallmanagement tatsächlich nach vorne weist. Ich würde Frau Dr. Nebe gerne fragen, wie sie es einschätzt und wie sie Verbindungsmöglichkeiten zu den Teilhabeverfahren sieht, die wir im SGB IX verankert haben.

Der **Vorsitzende Bernd Rützel**: Vielen Dank, Frau Rüffer. Frau Nebe, bitte.

Professorin Dr. Katja Nebe: Einen schönen guten Tag in die Runde. Vielen Dank für die Einladung und auch für die Frage. Aus meiner Sicht ist es kontraproduktiv, jetzt einen trägerspezifischen Lotsen im SGB VI zu verankern, der dann – so wie ich jetzt die Diskussionsbeiträge hier höre – für Fallkonstellationen auch zuständig sein sollte, die möglicherweise gar nicht im Trägerzuständigkeitsbereich der Rentenversicherung liegen. Das halte ich für hochgradig problematisch und mit dem geltenden Rechtssystem, speziell mit dem ersten Teil des SGB IX, unvereinbar. Das SGB IX ist in vielen Prozessen einmal grundständig angelegt und reformiert worden. Die letzte große Reform wurde

durch das Bundesteilhabegesetz vollzogen. Dort ist das Ziel der Diskussion heute auch noch mal herausgehoben worden: Nämlich schon in den betrieblichen Prozessen zu sondieren, ob Menschen Unterstützungsbedarf haben.

Das Beispiel, was vorhin genannt worden ist, dass Menschen nach Arbeitsunfähigkeit mit Rehabilitationsbedarf wohnungssuchend sind. Ich glaube, es ist ein extremes Beispiel, was nicht repräsentativ für die betroffenen Gruppen ist. Und deshalb stellt sich die konkrete Frage, mit welchen Instrumenten wir hier besser operieren können. Natürlich mit Lotsen. Aber die Lotsenverantwortung hat der jeweils zuständige Träger. Das können Krankenkassen sein; das können Berufsgenossenschaften sein, die das auch schon sehr gut machen. Denen kann man das jetzt auch nicht wegnehmen. Das können Regionaldirektionen sein, Jobcenter. Das können aber auch die neuen einheitlichen Ansprechstellen für die Arbeitgeber sein, die frisch geschaffen worden sind. Man würde jetzt ein neues System dazu schaffen. Was viel wichtiger ist – und das will ich hier ganz deutlich nochmal unterstreichen –, die Instrumente im SGB IX, die wir schon haben – nämlich koordinierende Verfahren und die Verpflichtung – untereinander abzustimmen, zu stärken. Das heißt, die Instrumente BEM und stufenweise Wiedereingliederung müssen gestärkt werden, denn dort können Lotsen agieren. Und da sehe ich auch bislang Durchsetzungsschwächen. Wenn wir jetzt im SGB IX eine neue Leistung etablieren, gehen wir deutlich zurück hinter dem, was wir mit dem Bundesteilhabegesetz wollten, nämlich eine stärkere Koordinierung, trägerübergreifend für alle. Wir geben viel Geld dafür aus, dass die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation untergesetzlich gute Empfehlungen abgibt. Da wird viel an den gemeinsamen Empfehlungen, an Handlungshilfen, auch an vielen anderen Stellen gearbeitet. Die verschiedenen Projekte wie rehapro sind angesprochen worden. Das wäre eine völlige Umkehrung des Prozesses, wenn wir jetzt nur bei einem Träger und dann auch nur in das einzelne Leistungsgesetz die Verantwortung schreiben, die längst im SGB IX steht.

Der **Vorsitzende Bernd Rützel**: Vielen Dank. Frau Rüffer, bitte.

Corinna Rüffer (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Vielleicht jetzt einmal abgesehen von BEM und der stufenweisen Wiedereingliederung, auf die wir vielleicht in der zweiten Runde noch einmal genauer eingehen können: Wir nehmen wahr, dass die Rehabilitationsverfahren nach wie vor teilweise sehr lange dauern und dass wir starke regionale Unterschiede sehen. Eine Frage, die uns natürlich sehr beschäftigt, ist, wie kommen wir dahin, tatsächlich einheitliche Standards bundesweit zu sehen und was kann da



möglicherweise auch der Gesetzgeber auf Bundesebene tun, weil wir sehen, dass das SGB IX eigentlich viele Möglichkeiten bietet. Es ist auch ein Rechtsumsetzungsproblem.

Der **Vorsitzende Bernd Rützel**: Frau Dr. Nebe, bitte.

Professorin Dr. Katja Nebe: Vielen Dank. Das ist, finde ich, eine sehr wichtige, ganz konkrete Frage. Ich denke, wir sollten uns an den hier von den Vorrednerinnen und Vorrednern schon benannten guten Projekten und Ergebnissen orientieren. Was ist der Maßstab? Ich will jetzt nicht einzelne Akteure herausgreifen. Das sind schon die Sozialarbeiter in den Kliniken, die wichtige Lotsenfunktionen übernehmen. Und da haben wir auch auf Verbandsebene wichtige Akteure. Aber ich will wirklich jetzt niemanden einzeln herausgreifen, weil man da möglicherweise andere vergisst, die genauso gute Arbeit machen. Welche Probleme sehen wir? Das kann ich aus eigener Forschungsarbeit, auch in Kooperation mit Rentenversicherungsträgern, berichten. Wir haben noch ein falsches Verständnis bei Einzelnen, auch bei einzelnen Rehabilitationsmanagern. Wir müssen die Stichworte Personenzentrierung und Partizipation ernst nehmen, dann sind wir einen großen Schritt weiter. Dann beginnt nämlich die Rehabilitation nicht erst – was häufig noch der Fall ist – mit der Maßnahme, wenn die bewilligt ist, sondern der Rehabilitationsprozess muss mit der Feststellung eines Rehabilitationsbedarfs beginnen. Und ich würde bei gesetzlichen Fragen vorschlagen: Ich würde sowohl in § 42 SGB IX als auch in § 49 SGB IX die dortigen Leistungen in Absatz 3 bzw. 6 – da geht es um psychosoziale Unterstützung, familiäres Umfeld, Kolleginnen und Kollegen – nochmals verstärken, dass das nicht Annexleistungen, sondern dass das wichtige Motivationshebel sind, dass wir Menschen in Rehabilitationsprozessen auch schneller voran bringen können.

Der **Vorsitzende Bernd Rützel**: Vielen Dank. Wir kommen zur Runde der AfD-Fraktion. Frau Schielke-Ziesing, bitte.

Ulrike Schielke-Ziesing (AfD): Vielen Dank. Meine Frage geht an Michael Popp vom VdK. Sie stellen in Ihrem Gutachten dar, dass wir vom Ziel, Leistungen aus einer Hand anzubieten, sehr weit entfernt sind. Es gibt viele unterschiedliche Träger wie die gesetzliche Krankenversicherung, die Unfallversicherung, die Rentenversicherung, die Agentur für Arbeit, Pflegeversicherung, die Rehabilitationsmaßnahmen anbieten. Sie fordern, dass ein einheitlicher Träger für Rehabilitationsmaßnahmen zuständig ist. Sie sprechen außerdem neben Rehabilitationslotsen auch von Patientenlotsen. Können Sie bitte erläutern, wie Sie sich so einen

Rehabilitationsträger vorstellen, und soll das ein neuer Träger werden oder ein bestehender Träger eine allgemeine Zuständigkeit bekommen? Und sehen Sie auch Wege, wie dieser einheitliche Rehabilitationsträger finanziert werden soll?

Der **Vorsitzende Bernd Rützel**: Herr Popp, bitte schön.

Michael Popp (Sozialverband VdK Deutschland e.V.): Vielen Dank für die Frage, Herr Vorsitzender. Das ist eine sehr alte Forderung des VdK und auch eine sehr weitgehende Forderung des VdK. Seit Jahren stellen wir die. Also wir sagen – und haben das auch im Zuge der Reform des SGB IX immer wieder vorangestellt: Wir brauchen ein einheitliches Rehabilitationssystem mit einem einheitlichen Rehabilitationsträger für alle Maßnahmen, der auch in einem einheitlichen Verfahren nach einem Sozialgesetzbuch – also eben nicht wie in § 7 SGB IX dann wieder zurückweisend an die einzelnen Träger – über die Rehabilitationsmaßnahmen entscheidet. Das wäre unsere Perspektive – vielleicht auch Utopie. Und wir gehen da auch weiter. Wir sagen auch: Die Begutachtung sollte durch einen einheitlichen Medizinischen Dienst erfolgen. Wir haben da auch viele Betroffene, die sich immer wieder an uns wenden und die Gutachten in dem Prozess nicht verstehen – wenn jemand erkrankt, durchläuft er oft verschiedene Gutachten, also über die Krankenkasse und dann die Rehabilitation, Erwerbsminderungsrente – und genau das verstehen natürlich viele Betroffene nicht. Und auch wenn da unterschiedliche Ergebnisse herauskommen, ist es für die höchst irritierend. Dann haben sie zum Beispiel im parallelen Prozess die Erwerbsminderungsrente genehmigt bekommen. Gleichzeitig ist da die Aufforderung, zur Rehabilitation zu gehen. Dann sind sie irritiert und haben auch Angst, die genehmigte Erwerbsminderungsrente dann eventuell im Laufe des Rehabilitationsprozesses oder der Rehabilitationsmaßnahme wieder zu verlieren. Also dieses Ganze hat uns schon lange zu dieser sehr weitgehenden Forderung gebracht. Aber wir sagen natürlich auch, bis zur Umsetzung dieser sehr weitreichenden Forderung muss eine verbindliche und strukturierte Zusammenarbeit der Rehabilitationsträger angestrebt werden. Da sehen wir auch die ganzen Entwicklungen, die hier angesprochen wurden, die aber eben oft noch Modellprojektcharakter haben. Modellprojekte laufen aus. Die Beschäftigten, die in diesen Modellprojekten dann vielleicht erfolgreich trägerübergreifend zusammengearbeitet haben, werden an andere Stellen versetzt. Und das Wissen ist verloren gegangen. Wir setzen darauf, dass dann bei der Evaluation von rehapro das beste Modell in das SGB VI kommt. Und genau, wir begrüßen natürlich auch das wichtige Instrument eines trägerübergreifenden gemeinsamen Rehabilitationsantrages. Das ist ein



erster wichtiger Schritt, der jetzt angelaufen ist. Wir sind da auch guter Hoffnung, dass zumindest jetzt im Antragsprozess für die Betroffenen eine einheitliche Regelung kommt.

Der **Vorsitzende Bernd Rützel**: Vielen Dank, Herr Popp. Frau Schielke-Ziesing.

Ulrike Schielke-Ziesing (AfD): Ja, noch mal eine Nachfrage. Ich hatte auch noch zur Finanzierung gefragt. Haben Sie sich da auch schon Gedanken gemacht?

Der **Vorsitzende Bernd Rützel**: Herr Popp, bitte.

Michael Popp (Sozialverband VdK Deutschland e.V.): Genau, also da müsste man natürlich an die bestehende Sozialversicherung anknüpfen. Ich glaube nicht, dass es da zu einer neuen Beitragssatzerhebung für den Rehabilitationsprozess kommen würde. Also da müsste man dann die unterschiedlichen großen Player gemeinsam zur Finanzierung heranziehen, vielleicht je nach Anteil. Also da wir da noch weit davon entfernt sind, haben wir uns noch keine grundsätzlichen Gedanken dazu gemacht.

Der **Vorsitzende Bernd Rützel**: Frau Schielke-Ziesing.

Ulrike Schielke-Ziesing (AfD): Meine nächste Frage geht an Frau Dr. Wagenmann vom BDA. Sie betonen in Ihrer Stellungnahme die Prinzipien der Wirkung und Wirtschaftlichkeit und empfehlen, Rehabilitationsmaßnahmen stärker als bisher ambulant durchzuführen. Stützen Sie sich dabei auch auf Studien, die die Wirkung von ambulanten und stationären Rehabilitationsmaßnahmen vergleichen? Und kommt es dabei nicht vielmehr auf die Art der Erkrankung an?

Der **Vorsitzende Bernd Rützel**: Frau Dr. Wagenmann, bitte.

Dr. Susanne Wagenmann (Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände e.V.): Wir glauben, dass man Rehabilitationsleistungen auch ambulant erbringen kann. Bestimmt wird es dann auf die Art ankommen. Aber das, was man ambulant erbringen kann, sollte auch ambulant erbracht werden. Es kommt dann oft tatsächlich den Bedürfnissen der Rehabilitanden entgegen. Und die Möglichkeiten sollte man hier dann auch entsprechend nutzen. Wenn keine ambulante Maßnahme zielführend ist, dann braucht man selbstverständlich eine stationäre; aber man sollte ambulante Rehabilitationsmaßnahmen nicht ausschließen. Und auch hier könnten ein koordinierendes System oder Vorgaben entsprechend helfen, Maßnahmen in einer ambulanten Rehabilitation strukturiert durchzuführen. Und unsere Erkenntnisse und unsere Forderungen stützen sich nicht auf Studien, sondern auf den Grundsatz „ambulant

vor stationär“, weil ambulant in der Regel tatsächlich wirtschaftlicher ist als stationär. Und, wie gesagt, auch oft den Bedarfen beziehungsweise den Wünschen der Rehabilitanden entgegenkommt.

Der **Vorsitzende Bernd Rützel**: Vielen Dank. Dann gehen wir zur Runde der FDP-Fraktion. Herr Teutrine, bitte.

Jens Teutrine (FDP): Für meine Fraktion ist Arbeit mehr als Broterwerb. Arbeit strukturiert den Alltag, sorgt für Teilhabe, vermittelt Sinn und gibt das Gefühl, gebraucht zu werden. Deshalb sind aus unserer Sicht eine bessere Rehabilitation und Reintegration in den Arbeitsmarkt nicht nur eine volkswirtschaftliche Frage, sondern eine zutiefst soziale Frage. Und der Antrag verfolgt die aus unserer Sicht richtige und wichtige Zielsetzung, die Reintegration in das Erwerbsleben zu verbessern, und adressiert unter anderem die undurchsichtige Komplexität des Sozialstaates. Für uns ist aber relevant: Wird der Antrag überhaupt den eigenen Ansprüchen gerecht? Ich möchte meine Fragen dahingehend stellen, diese Fragen ausreichend zu adressieren. Meine erste Frage richtet sich deswegen an den Normenkontrollrat. Sie sind für den Bürokratieabbau zuständig und dafür, in der einfachen Rechtsdurchsetzung die Bundesregierung zu beraten. Wie beurteilen Sie, ob dieser Antrag die Komplexität des Sozialstaates tatsächlich reduziert und damit einen Beitrag leistet?

Der **Vorsitzende Bernd Rützel**: Herr Dr. Göhner, bitte.

Dr. Reinhard Göhner (Nationaler Normenkontrollrat): Herr Abgeordneter, der Antrag mit seiner begrüßenswerten Zielsetzung versucht eher, mit dem bürokratischen Problem fertig zu werden und unsere Sorge wäre, dass man die Komplexität des Systems dadurch noch erhöht und damit die Komplexitätsfalle, in der wir bereits stecken, noch ausweiten könnte. Man muss möglicherweise unterscheiden: Die Zielsetzung, die Situation für erkrankte Erwerbstätige mit hohen Behandlungsbedarfen zu verbessern, hat einerseits eine persönliche, andererseits eine organisatorische Dimension. Beim persönlichen Beratungsbedarf aufgrund individueller gesundheitlicher Schwierigkeiten bedarf es gewiss weiterer und gezielter inhaltlicher Unterstützung. Beim organisatorischen Beratungsbedarf haben wir es allerdings mit dem generellen Problem unseres Sozialstaates zu tun, nämlich genau der Komplexität, von der Sie gesprochen haben. Wir haben die Ursachen für den erhöhten organisatorischen Beratungsbedarf durch ständige, gut gemeinte Ergänzungen des Systems geschaffen – durch jeweils besondere Regelungen an



mehreren Stellen – mit der Folge, dass zum Beispiel auch Begrifflichkeiten – gleiche Begrifflichkeiten – unterschiedlich interpretiert werden. Der Normenkontrollrat hat vor Kurzem ein Gutachten vorgestellt: „Wege aus der Komplexitätsfalle – Vereinfachung und Automatisierung von Sozialleistungen“. Das bezog sich zwar primär auf steuerfinanzierte Sozialleistungen, aber hier haben wir es mit dem gleichen Phänomen zu tun. Deshalb stellt sich natürlich die Frage, ob man aus diesem „Dschungel“ in organisatorischer Hinsicht – das ist der Begriff, der im Antrag verwendet wird, oder wie es in der Stellungnahme des VdK heißt: der „Irrgarten“ der Vorschriften – nicht zunächst einmal den Versuch macht, diesen „Dschungel“ zu lichten, im „Irrgarten“ klare Wege zu schaffen. Mir scheint die Analyse richtig zu sein, die der VdK vorgegeben hat. Davon, diese Zielleistungen aus einer Hand zu bieten, sind wir weit – meilenweit, wie der VdK sagt – entfernt. Das liegt eben daran, dass wir auch in unterschiedlichen Sozialgesetzbüchern – in SGB IX und SGB VI – Regelungen schaffen, die zu diesem „Dschungel“ oder „Irrgarten“ beitragen. Bevor wir Lotsen schaffen, wie man durch den „Dschungel“ kommt – ich rede jetzt nur über den organisatorischen Teil, nicht über den persönlichen Teil – scheint es sinnvoll zu sein, den „Dschungel“ zu lichten. Das müsste man mit einer Vereinheitlichung des Rechts schaffen, so wie das hier eben auch schon vorgetragen worden ist. Ich denke, das ist leichter gesagt als getan – das ist mir klar – denn die unterschiedlichen, differenzierten Rechtsvorschriften, die wir hatten, waren ja jeweils gemünzt, gerichtet auf einen ganz speziellen Bedarf. Aber im Ergebnis ist es eben eine Komplexität, bei der die Betroffenen und häufig auch die Ärzte nicht alles übersehen, was es überhaupt auch an Leistungsangeboten gibt. Um das zu klären, wäre aus unserer Sicht eine Bündelung der Aufgabe erforderlich, mit einer Vereinheitlichung des Rechts und erst mit einer Bündelung von Zuständigkeiten würde man jedenfalls einen Teil dieses „Dschungels“, von dem der Antragsteller zu Recht spricht, lichten.

Der Vorsitzende Bernd Rützel: Vielen Dank. Herr Teutrine, bitte.

Jens Teutrine (FDP): Vielen Dank für Ihre sehr guten Ausführungen. Ich teile Ihren Eindruck, dass es bei dem Antrag darum geht, besonders Symptome zu lindern, was nachvollziehbar ist, sich aber zu wenig mit den Ursachen für diese Symptome beschäftigt wurde, nämlich mit der Komplexität und wie diese reduziert werden könnte. Ich habe eine weitere Frage an den BDA. Sie haben in Ihrer Stellungnahme geschrieben, dass Sie sich unsicher sind, ob überhaupt die personellen Kapazitäten gefunden werden könnten und dass man stattdessen ja auf Umschulungen setzen sollte. Welche personellen

Kapazitäten könnte man Ihrer Auffassung nach umschulen, die nicht mehr gebraucht werden? Also wo können wir denn personelle Kapazitäten zur Umschulung einsparen, wenn Sie die Auffassung haben, dass es schwierig ist, neue personelle Kapazitäten zu finden?

Der Vorsitzende Bernd Rützel: Frau Dr. Wagenmann, bitte.

Dr. Susanne Wagenmann (Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände e.V.): Danke. Bei dem Vorschlag zur Umschulung ging es hier insbesondere auch darum zu sagen, dass möglicherweise die Kapazität eben gerade nicht da ist und zweitens man auch besondere Herausforderungen braucht. Und in den Ausführungen hier ist es schon klar geworden: Man braucht für so eine koordinierende Funktion ja nicht ausschließlich medizinischen Sachverstand, sondern eben auch und gerade im Sozialversicherungsrecht Sachverstand. Insoweit ist es vielleicht möglich, vorhandene Ressourcen noch in dem einen Bereich zu schulen, den er gerade noch nicht hat, um hier entsprechend zu koordinieren. Und dann stellt sich auch noch die Frage, wie groß der Bedarf an Lotsen tatsächlich ist. Deswegen war eines unserer Argumente: Es muss sehr zielgerichtet sein. Man muss im System denken. Man muss sich sehr zielgerichtet auf die schweren Fälle, die großen Schnittstellenproblematiken mit großen übergreifenden Problemen, konzentrieren, damit man eben nicht so einen großen Personalaufwuchs hat, den man auch nicht bedienen kann.

Der Vorsitzende Bernd Rützel: Vielen Dank. Herr Birkwald für die Gruppe Die Linke.

Matthias W. Birkwald (Die Linke): Vielen Dank, Herr Vorsitzender. Meine Frage geht an den Sozialverband VdK, an Herrn Popp. Ich frage Sie, worin bestehen denn aus Ihrer Sicht aktuell die größten Herausforderungen bei der Wiedereingliederung Erwerbsunfähiger? Wird der vorliegende Antrag ihnen gerecht und welche Lösungsmaßnahmen schlägt denn der VdK vor?

Der Vorsitzende Bernd Rützel: Herr Popp, bitte.

Michael Popp (Sozialverband VdK Deutschland e.V.): Vielen Dank für die Frage. Auch wir sagen grundsätzlich, dass die Unionsfraktion mit ihrem Antrag etwas sehr Richtiges und Wichtiges anspricht. Wenn man länger und schwer erkrankt ist, befindet man sich zu oft in einem Behördendschungel von unterschiedlichen Zuständigkeiten. Ich möchte an der Stelle auch darauf verweisen: Das betrifft nicht nur die medizinische Versorgung und das betrifft auch nicht nur die Rehabilitation, sondern das betrifft auch die Schnittstellenproblematiken an der grundlegenden, sozialen, also finanziellen



Absicherung zwischen Krankengeld, Arbeitslosengeld I und dann eben Erwerbsminderungsrente, die dann oft auch als Rettungsanker empfunden wird. Aber das heißt nicht, dass man dann aus der Arbeit heraus ist, sondern dass man dann nach einem langen Krankheitsprozess zumindest die finanzielle Absicherung erst einmal erreicht hat, die man braucht, um gesund zu werden und wieder arbeiten zu können. Das haben wir auch in der Stellungnahme dargestellt und es wurde jetzt auch öfter gesagt, dass wir die eigentlichen Probleme, die die Lotsen erst notwendig machen, im Antrag ein bisschen zu wenig benannt sehen.

Ich möchte auch noch etwas ansprechen, was noch gar nicht gesagt wurde: Facharztmangel. Denken wir nur an die Psychotherapeuten, die mangelhafte Ausstattung. Das erleben wir auch oft in den Beratungsprozessen, dass da dann die großen Hänger beim Übergang von einer stationären Tagesklinik in die ambulante Versorgung sind und dass es da zu ganz großen Problemen kommt. Und auch zu lange Krankheitsphasen, unbehandelte oder schlecht behandelte Krankheitsphasen entstehen, die dann die Rückkehr ins Erwerbsleben schwierig machen. Ansonsten kann ich an der Stelle noch einmal wiederholen: Für uns ist die Zersplitterung des Rehabilitationssystems ein Problem, und wir würden da gerne Doppelzuständigkeiten, Zweifelsfälle und so weiter behoben sehen. Bisher machen die Lotsenfunktion in diesem ganzen Prozess die Hausärzte, aber das machen sie meistens nur im Sommer, weil im Winter, wenn die Praxen voll sind, haben sie dafür keine Zeit oder es macht eben der VdK. Das verweist dann schon auf große Lücken im Sozialsystem.

Der Vorsitzende Bernd Rützel: Vielen Dank. Herr Birkwald, haben Sie noch eine?

Matthias W. Birkwald (Die Linke): Ja, auch wieder an Herrn Popp. Herr Popp, Sie sprechen in Ihrer Stellungnahme das Problem an, Menschen aus der Erwerbsminderungsrente heraus wieder in Arbeit zu bringen. Wo stehen wir da?

Der Vorsitzende Bernd Rützel: Kurze Antwort, bitte.

Michael Popp (Sozialverband VdK Deutschland e.V.): Da stehen wir am Anfang. Nur zwei Prozent der Erwerbsminderungsrentner beenden nach zwölf Monaten den Rentenbezug. Die meisten machen es so, dass sie dann in den Hinzuverdienst parallel zur Rente wieder reinkommen. Wir begrüßen jetzt erst einmal, dass dieses probeweise Arbeiten für ein halbes Jahr ermöglicht wurde oder zum Regelfall gemacht und im Gesetz verankert wurde, aber da müssen weitere Schritte folgen und die bestehen natürlich vor allem in einer koordinierten Zusammenarbeit zwischen Rentenversicherung und Arbeitsagentur.

Der Vorsitzende Bernd Rützel: Vielen Dank. Herr Peick für die SPD.

Jens Peick (SPD): Herzlichen Dank, Herr Vorsitzender. Meine Frage geht an den Deutschen Gewerkschaftsbund, an Herrn Schäfer. Herr Schäfer, sehen Sie neben den Zuwächsen an Effektivität, die jetzt für den Sozialleistungsträger entstehen, der ein rechtskreisübergreifendes Fallmanagement einsetzt, auch trägerübergreifende Synergieeffekte, beziehungsweise einen Effektivitätszuwachs für das gegliederte System insgesamt, zum Beispiel, wenn jetzt die medizinische Rehabilitation die Erwerbsfähigkeit stärkt, dass das natürlich auch dazu führt, dass Vermittlungshemmnisse gesenkt werden, wenn Arbeitslosigkeit eintritt?

Der Vorsitzende Bernd Rützel: Herr Schäfer.

Ingo Schäfer (Deutscher Gewerkschaftsbund): Ich glaube, wir müssen schauen. Das war jetzt schon mehrfach das Thema. Der Antrag ist ja ein bisschen unklar, wo es genau hingehen soll. Deswegen geht auch hier viel durcheinander. So wie wir jetzt das Fallmanagement verstehen würden, ging es ja um sehr spezielle Fälle mit wirklich komplexen Bedarfen. Da haben wir Projekte bei rehapro, durch deren Hilfestellung wir sehr erfolgreich tatsächlich vermeiden können, dass Erwerbsminderungsrente eintritt. Da würden wir sehr klar sehen, dass das hilft, und da sollte die Verstetigung dieser rehapro-Projekte auch angegangen und die gesetzliche Grundlage geschaffen werden. Dies scheint mir auch ein bisschen anders zu sein, als das, was der Antrag hier heute vorschlägt. Wichtig ist für uns deswegen noch an der Stelle: So ein Fallmanagement dient dazu, in speziellen Fällen den Leuten eine Unterstützung zu geben und dient nicht dazu, das System an und für sich irgendwie neu zu gestalten, sondern es geht hier wirklich darum, Menschen zu helfen, damit sie die bestehenden Leistungen adäquat und angemessenen in Anspruch nehmen können. Und auf diesem Level wird natürlich die Effizienz ein bisschen verbessert – aber auf der individuellen Ebene vor allen Dingen und nicht als System.

Der Vorsitzende Bernd Rützel: Vielen Dank, Herr Schäfer. Frau Glöckner.

Angelika Glöckner (SPD): Vielen Dank, Herr Vorsitzender. Meine Frage geht ebenfalls an Herrn Schäfer vom DGB. Was wäre aus Ihrer Sicht für eine Eingliederung am Arbeitsplatz wichtig? Wir haben bereits das Betriebliche Eingliederungsmanagement, welches im Antrag mit keiner Silbe erwähnt wurde. Und wie könnte das in einem trägerübergreifenden Fallmanagement berücksichtigt werden? Welche Rolle könnten dabei Betriebe und Arbeitgeber spielen?



Der **Vorsitzende Bernd Rützel**: Vielen Dank. Herr Schäfer, bitte schön.

Ingo Schäfer (Deutscher Gewerkschaftsbund): Vielen Dank. Selbstverständlich ist das BEM ein mittlerweile langjährig erprobter und sehr, sehr erfolgreicher und wichtiger Ansatz. Hier ist auch bereits gesetzlich und rechtsprechungsmäßig viel verbessert worden. Auch die BAR, die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, hat hier viel nachgeholfen, unter anderem durch den sogenannten BEM-Kompass, der gezielt den Versicherten, den Arbeitgebern und anderen Beteiligten Leitfäden an die Hand gibt, wie ich mich in diesem Verfahren zurechtfinde. Wir stellen auch fest, dass BEM in sehr vielen Betrieben erfolgreich funktioniert. Aber wir sehen natürlich auch nach wie vor viele Betriebe, die das nicht machen, nur halbherzig umsetzen, wo die ganze Sache schwierig ist. Wir sehen auch nach wie vor leider Beschäftigte, die sehr starke Vorbehalte haben, weil sie immer mit der Angst kommen, dass es ein Vorlauf für die Kündigung sei. Also hier haben wir schon noch sehr viel Potenzial aus unserer Sicht. Und deswegen ist es aus unserer Sicht sehr wichtig, dass das BEM weiterhin gestärkt und verbessert wird. Das hilft den Menschen sehr viel mehr als jetzt Steuererleichterungen für arbeitende Rentnerinnen und Rentner zum Beispiel. Hier geht es konkret um Menschen, die jetzt einen Job haben und bei denen ich durch eine einfache Wiedereingliederung etwas erreichen kann. Die Qualität muss hier deutlich verbessert werden. Wir reden hier über verstärkte Rechtsansprüche auf gewisse Mindeststandards, die durchgeführt werden müssen, damit das BEM auch gewissen Qualitätsstandards entspricht. Wir haben aus unserer Sicht nach wie vor Handicaps bei der Frage von Mitbestimmung durch die Betriebs- und Interessensvertretungen, also auch Schwerbehindertenvertretungen. Und es muss aus unserer Sicht endlich sanktioniert werden, wenn Betriebe das BEM-Verfahren unterlassen, um dem endlich adäquat gerecht zu werden. Und für uns sind auch immer noch die Fälle wichtig: Das ist zwar erlaubt, aber im Gesetz natürlich nicht vorgesehen, aber wir kennen die Fälle, bei denen die Leute sich chronifizierende Erkrankungen haben, noch lange nicht die sechs Wochen voll haben – wo absehbar ist, dass sich da etwas einschleicht. Auch hier wäre es sehr viel sinnvoller, einmal darüber nachzudenken, frühzeitig in ein BEM-Verfahren einzutreten und was zu machen. Ein Fallmanagement kann hier nur an dem Punkt ansetzen, dass ich im Einzelfall, wo der Bedarf da ist, dann auch mit dem Arbeitgeber oder mit jemand anderem ins Gespräch komme. Das Fallmanagement wird am BEM-Verfahren nichts ändern können, sondern lediglich den Weg dorthin weisen können.

Der **Vorsitzende Bernd Rützel**: Vielen Dank. Herr Gerdes, bitte.

Michael Gerdes (SPD): Meine Frage geht an den SoVD. Frau Wunderlich, im Antrag wird behauptet, schwer erkrankte Menschen landen oft deswegen in der Erwerbsminderungsrente, weil ihre mehrfachen Behandlungsbedarfe bei parallel laufenden Leistungen nicht effizient koordiniert werden. Ist das auch Ihre Erfahrung?

Der **Vorsitzende Bernd Rützel**: Frau Wunderlich, bitte.

Henriette Wunderlich (Sozialverband Deutschland e.V.): Vielen Dank für die Frage. Also zunächst einmal: Der Weg in so eine Erwerbsminderungsrente ist sehr individuell. Da geht eine lange Krankheitsgeschichte voraus, viele Arzt- und Krankenhausbesuche sowie Rehabilitationsaufenthalte und dann erfolgt eben die Erkenntnis, dass es nicht mehr geht oder man wird vielleicht auch vom Amt oder von der Krankenversicherung aufgefordert, einen Antrag auf Erwerbsminderungsrente zu stellen. Und wir beraten ja als SoVD und im Bereich Rente sind die Hauptberatungsfälle dann vor allem die Erwerbsminderungsrenten, die abgelehnt worden sind. Ja, die Zeit ist abgelaufen. Da ist es ganz individuell, was da so die Problematiken sind. Da sind sehr lange Bearbeitungszeiten, die dann existenzielle Sorgen hervorrufen können. Die Gutachterinnen und Gutachter werden häufig nicht als neutral wahrgenommen oder mir ist von den Sozialberaterinnen und Sozialberatern gesagt worden, dass das gar nicht die Fachleute für das Krankheitsbild sind. Also, das ist für viele dann ein sehr zermürbender Prozess, der auch das Vertrauen in die Rentenversicherung, in die staatlichen Institutionen verletzen kann. Ob das wiederum in die Erwerbsminderungsrente führt, würde ich jetzt nicht so sagen wollen, aber es hilft natürlich nicht im Genesungsprozess.

Der **Vorsitzende Bernd Rützel**: Vielen Dank. Dann geht es weiter mit der Runde der Fraktion der CDU/CSU. Herr Nacke, bitte.

Dr. Stefan Nacke (CDU/CSU): Ganz herzlichen Dank. Ich möchte Herrn Professor Dr. Mennemann fragen. Können Sie uns eine Einschätzung zum Personalaufwand bei der Beschaffung eines individuellen Fallmanagement-Konzeptes im SGB VI geben? Welche Personengruppen kommen in den Modellprojekten bisher zum Einsatz und von wie vielen Fachkräften reden wir, die durchschnittlich pro Bundesland neu eingestellt werden müssen? Wie schätzen Sie Aufwand und Nutzen ein?

Der **Vorsitzende Bernd Rützel**: Vielen Dank, Herr Dr. Nacke. Herr Dr. Mennemann, bitte.

Professor Dr. Hugo Mennemann (Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management e.V.):



Also zunächst – das ist mehrfach angeklungen – muss man wirklich klären, worüber wir reden. Wenn wir darüber reden, dass Lotsenkonzepte oder Fallmanagement an Care und Case Management angebunden werden, dann hat das auch mit einer Organisationsveränderung und mit einem ortsbezogenen Netzwerkaufbau zu tun – also nicht nur mit einer Symptombehandlung. Ich würde dem auch widersprechen, dass eine Verortung im SGB VI etwas Zusätzliches schafft, was dem SGB IX widersprechen würde. Im Gegenteil glaube ich, dass diese Ergänzung vor allem bei Erwerbsminderungsrente ganz zentral ist. Wenn wir also über Care und Case Management bei Lotsen- und Fallmanagement-Konzepten sprechen, dann halt nur für den LTA-Bereich. Um ein Beispiel zu nennen – aber ich kann nicht für die Deutsche Rentenversicherung sprechen: Die Deutsche Rentenversicherung Westfalen hat bei den Rehabilitationsberatern einen Aufwuchs von 20 Prozent gehabt, genauso wie die Deutsche Rentenversicherung Braunschweig-Hannover. Wir haben bundesweit ungefähr 250 Rehabilitationsberater bei den Rentenversicherungsträgern. Ungefähr. Die genauen Zahlen kenne ich nicht. Aber wenn wir darüber reden haben wir beim LTA-Bereich einen Aufwuchs von 20 Prozent und bei der Erwerbsminderungsrente noch einmal. Dann ist das überschaubar, worüber wir reden. Beispiel Erwerbsminderungsrente. Es geht darum, dass im Leistungsbereich die Juristen und die Mediziner erkennen, dass eine komplexe Hilfsituation vorliegt und an die Rehabilitationsberatung, die sowieso geschult ist, im Bereich Fallmanagement verweisen. Das heißt, der Aufwand ist gering und der Nutzen wird sehr groß sein, wenn Menschen in die Rente einzahlen. Außerdem werden sie beraten. Das Problem wurde auch schon angesprochen. Das heißt, dass sich eine Verortung, eine einheitliche Verortung im SGB VI zur Verpflichtung der Träger unbedingt lohnt und rentiert.

Der Vorsitzende Bernd Rützel: Vielen Dank. Herr Dr. Nacke, bitte.

Dr. Stefan Nacke (CDU/CSU): Dann möchte ich noch eine Frage anschließen. Sie haben die Organisation gerade nochmal benannt. Wenn ein solches Fallmanagement-Konzept auf Organisationsebene verankert sein soll sowie ein Netzwerk aufgebaut werden muss, wie kann der Gesetzgeber dafür sorgen, dass das gelingt, und welche Begriffsbestimmungen und Aspekte muss der Gesetzgeber Ihrer Ansicht nach bei der inhaltlichen Ausgestaltung beachten?

Der Vorsitzende Bernd Rützel: Herr Dr. Mennemann, bitte.

Professor Dr. Hugo Mennemann (Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management e.V.):

Wir haben mehrfach darüber gesprochen, dass diese Metapher „Lotse“ allein nicht ausreicht. Die Deutsche Rentenversicherung hat auch gesagt – zu Recht – dass sie von Fallmanagement redet, weil in dieser Organisation die Sachbearbeitung die Kompetenz für die Bescheide hat. Die Rehabilitationsberatung baut örtlich die Netzwerke auf. Es gibt also nicht diesen einen Lotsen in der Organisation. Das heißt, wir reden über Organisationsbetrachtung und -veränderung. Dann müsste der Gesetzgeber meines Erachtens erstens die Begriffe an das Care und Case Management anbinden, damit Organisations- und Netzwerkveränderung mitgedacht werden und man nicht nur mit einer Metapher mit Begriffsbeschreibungen arbeitet, die wirklich ganz unterschiedlich verstanden werden können. Dann sollte man die Träger innerhalb der Bereiche verpflichten, also Juristen mit Medizinern im Leistungsbereich mit der Rehabilitationsberatung zusammenzuarbeiten. Da ist die Deutsche Rentenversicherung aber dabei. Nur nicht einheitlich, wie Sie das auch ausgeführt haben, also nicht alle Träger. Deswegen braucht es das Gesetz. Aber der Aufwand ist wirklich gering und ich wäre auch dafür, das wirklich auf diese Adressatinnen- und Adressatengruppe herunterzuschrauben und an das Care und Case Management anzubinden. Dann kann man unheimlich viel mit sehr wenig Aufwand erreichen.

Der Vorsitzende Bernd Rützel: Vielen Dank. Herr Dr. Nacke, bitte.

Dr. Stefan Nacke (CDU/CSU): Jetzt habe ich noch eine Frage an Frau Dr. Wagenmann. Inwiefern bedarf es einer besseren Informationslage und Sensibilisierung auf Seiten der Krankenhausärzte, der niedergelassenen Ärzte, der Hausärzte, Betriebsärzte über Rehabilitation und Reintegrationsprozesse, etwa als Bestandteil der Aus- und Weiterbildung?

Der Vorsitzende Bernd Rützel: Frau Dr. Wagenmann, bitte.

Dr. Susanne Wagenmann (Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände e.V.): Sie sprechen einen aus unserer Sicht wichtigen Punkt an. Oft sind Ärzte auch die erste Anlaufstelle. Wir haben es hier auch schon gehört von Menschen mit Rehabilitationsbedarf. Deswegen müssen sie sich hier auskennen. Sie sind diejenigen, die ins System reinlotsen. Deswegen ist es unter anderem wichtig, dass sie sensibilisiert werden und das Bestandteil der Aus- und Weiterbildung wird. Wir glauben, dass der gemeinsame Grundantrag der BAR, in der auch die Kassenärztliche Bundesvereinigung entsprechend mit berät, ein Weg sein kann, um auch Ärzte mitzunehmen, den einfachen und schnellen Weg für die Rehabilitanden ins System zu finden. Wir



glauben, dass es nicht nur wichtig ist, dass die Ärzte ein erster Einstiegspunkt sind, sondern dass es auch wichtig ist, Arbeitgeber frühzeitig in den Rehabilitationsprozess mit einzubeziehen. Denn das sind diejenigen, die hinterher dafür sorgen müssen und vor allem auch sorgen wollen, dass ihre wertvollen Beschäftigten an den Arbeitsplatz zurückkommen und hier tatsächlich Arbeitsplätze an die Bedürfnisse angepasst werden. Natürlich muss nicht nur der Rehabilitand im „Rehabilitationsdschungel“ gelotet werden, sondern auch sein Arbeitgeber.

Der Vorsitzende Bernd Rützel: Vielen Dank. Dann gehen wir in die nächste Runde. Vielen Dank, Herr Dr. Nacke. In die Runde der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, Frau Rüffer, bitte schön.

Corinna Rüffer (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Vielen Dank für das Wort. Meine Frage richtet sich noch mal an Frau Dr. Nebe und schließt an die erste Runde an. Sie hatten gesagt, dass Sie vielfach ein falsches Verständnis beobachten, eine mangelnde Personenzentrierung, et cetera. Das können, glaube ich, alle hier in der Runde, die sich mit Einzelfällen beschäftigen, und die erreichen uns ja auch, bestätigen. Wenn Sie vielleicht noch einmal sagen können, wie können wir dagegenwirken? Wie kommen wir dahin, dass ein richtiges Verständnis entsteht, das sich unter anderem an der Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen orientiert?

Der Vorsitzende Bernd Rützel: Frau Dr. Nebe, bitte schön.

Professorin Dr. Katja Nebe:«Institution» Das ist die Frage, vielleicht aus einer pädagogischen Perspektive, wie erreichen wir diejenigen, die bisher Rehabilitationsmanagement betreiben? Wir haben diejenigen, die Lotsenaufgaben erfüllen. Wie erreichen wir, dass das Selbstverständnis sich komplett wandelt, dass wir nicht mehr sehen, wie wir den Menschen, der da mit einem Rehabilitationsbedarf vor dem Leistungsträger steht, wie wir den jetzt in die Maßnahme bringen, wo wir die Maßnahme sozusagen vorhalten, sondern dass wir unser Angebot so umstrukturieren – und das ist ja auch schon angesprochen worden –, dass wir mit den Leistungen die Bedarfe der Menschen abdecken. Und wenn Sie mich jetzt nach einer Antwort fragen: Ich glaube, darüber müsste man mindestens jetzt noch einmal einen halben Tag hier gemeinsam diskutieren. Ich versuche das mal kurz zu machen: Die gemeinsame Standardisierung und die Schablone ist immer das SGB IX und die Schablone ist die ICF [Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit], die ICF-Orientierung, von der wir von den Trägern verlangen, dass sie ihre

Mitarbeitenden entsprechend schulen. Ich habe große Bedenken, ob das wirklich so einfach ist, wie das eben vom Vorredner oder von den Vorrednern beschrieben worden ist. Also, unsere Erfahrungen aus Forschungsprojekten zeigen: Dort wo in Weiterbildung investiert worden ist, kommen Menschen, die schon lange im System sind, mit diesem Leitbildwechsel viel besser zurecht und dort, wo überhaupt nicht weitergebildet wird, wird nach den Praktiken verfahren, die seit 20, 30 Jahren unser Problem sind. Und deshalb eine Antwort: Wir müssen in die Koordinierung bei der Ausbildung und bei der Weiterbildung investieren. Auch dazu gibt es mit Unterstützung der hier schon genannten Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation und mit Hochschulen, vor allem in Nordrhein-Westfalen, Vorhaben, trägerübergreifende Ausbildungscurricula zu formulieren, damit eben jeder Träger, der auch wieder seine Ausbildungsinhalte bestimmt, auch dort koordiniert. Also haben wir ganz viele Koordinierungshausaufgaben.

Und ich will auch kurz einen Vorredebeitrag noch einmal zum Anlass nehmen. Schauen Sie mal in § 16 SGB VI und schauen Sie mal in § 15 Absatz 1 SGB VI. Das ist genau das, was die Empfehlungen des Normenkontrollrates sind: ganz schlanke Regeln in den einzelnen Leistungsgesetzen. Und dann schauen Sie mal in §§ 42 ff. und 49 ff. SGB IX. Dort ist viel ausbuchstabiert. Das ist das, woran sich auch die Rentenversicherung halten muss. Wie gesagt, es wird nicht besser, wenn wir jetzt das SGB VI allein aufmachen, um die wichtige Aufgabe von Lotsen stärker ins Bewusstsein zu rufen.

Der Vorsitzende Bernd Rützel: Vielen Dank, Frau Dr. Nebe. Frau Rüffer, bitte.

Corinna Rüffer (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Sie hatten es in der ersten Runde schon angedeutet, die Kommentierung zum BEM und zur stufenweisen Wiedereingliederung. Sie haben das Ganze einmal als noch unvollendete Erfolgsgeschichte bezeichnet. Was ist zu tun, um diese Geschichte zum guten Ende zu bringen?

Der Vorsitzende Bernd Rützel: Frau Dr. Nebe, bitte.

Professorin Dr. Katja Nebe:«Institution» Vielen Dank auch noch einmal für die Frage. Da will ich hier direkt zwei essenzielle Entscheidungen, einmal vom Bundesarbeitsgericht und einmal vom Bundessozialgericht, noch einmal in Erinnerung rufen. Es gibt eine Entscheidung des Bundesarbeitsgerichts aus dem September 2021 (9 AZR 571/20) und dort hat das Bundesarbeitsgericht entschieden, dass es keine Möglichkeit sieht, § 167 SGB IX so auszulegen, dass auch die einzelnen Beschäftigten ein BEM vom Arbeitgeber verlangen können. Es wird aber



damit so viel Gutes getan, wie vom DGB, von Herrn Schäfer, auch gerade gesagt, dass das BEM eine Erfolgsgeschichte werden kann. Das ist es an vielen Stellen. Aber gerade zu den Betrieben, in denen wir keine Schwerbehindertenvertretung haben und der Kündigungsschutz nicht greift, also Betriebe mit bis zu zehn Beschäftigten und das ist die Mehrzahl, die große Mehrzahl der Betriebe in Deutschland: Wenn dort die Einzelnen vom Arbeitgeber nicht verlangen können: „Setz dich hin und such mit mir nach Rehabilitationsleistungen“, dann läuft dort das Instrument in vielen Fällen leer. Deshalb muss der Gesetzgeber dort nachbessern.

Die zweite Entscheidung, die des Bundessozialgerichts: Der 1. Senat hat jetzt am 16. Mai 2024 (B 1 KR 7/23 R) entschieden, eine ganz aktuelle Entscheidung, dass es keine Fahrkosten gibt, wenn Rehabilitanden als Arbeitnehmende im Betrieb eine stufenweise Wiedereingliederung praktizieren. Die Begründung ist noch nicht veröffentlicht, aber in der Pressemitteilung steht: weil die stufenweise Wiedereingliederung keine Rehabilitationsleistung an sich ist. Und das beschreibt unseren Rückstand an Verständnis für eine personenzentrierte Rehabilitation. Die stufenweise Wiedereingliederung, so würden sicher viele mitunterschreiben, ist eine Maßnahme oder eine Leistung zur Rehabilitation. Wenn es dann noch andere Leistungen dazu braucht, um das als solches zu bewerten, dann haben wir immer noch ein Verständnisproblem. Also müssen wir mit der Rechtsprechung im Dialog bleiben und sollten uns an der ICF und am SGB IX orientieren.

Der **Vorsitzende Bernd Rützel**: Vielen Dank. Herr Teutrine für die FDP, bitte.

Jens Teutrine (FDP): Als Grundlage meiner Befragung nutze ich den konkreten Antrag und so wie er formuliert ist und nicht so wie er formuliert werden könnte und vielleicht sein sollte, auch wenn ich mich gleichzeitig über Anregungen freue. Dahingehend auf Grundlage des Antrags würde ich auch die Deutsche Rentenversicherung fragen. Sie schreiben: „Die Implementierung eines Fallmanagements ist eine zusätzliche Aufgabe und geht im Umfang, zeitlich und inhaltlich, weit über das derzeitige Beratungs- und Informationsangebot hinaus.“ Wie kommen Sie zu so einer Bewertung, obwohl wir gerade von anderen Sachverständigen das Gegenteil gehört haben, dass es kaum mehr Aufwände seien?

Der **Vorsitzende Bernd Rützel**: Für die Rentenversicherung Bund?

Barbara Gellrich (Deutsche Rentenversicherung Bund): Wir erproben das Thema Fallmanagement gerade in diversen Projekten und stellen fest, dass

es über das, was aktuell in der Rehabilitationsberatung praktiziert wird, hinausgeht. Das heißt also, das Thema Personenzentrierung einerseits, umfassende Beratung, die auch die trägerspezifischen Leistungen anderer Trägerbereiche mitaufnimmt, ist eine Aufgabe, die zusätzlich mit hereinkommt und gleichzeitig aber auch das Thema Netzwerk, was sehr wichtig ist. Das heißt, die Berater vor Ort müssen in ein Netzwerk eingebunden werden. Das ist Arbeit und funktioniert in den Projekten aktuell nur mit zusätzlichem Aufwand.

Jens Teutrine (FDP): Ich habe eine Nachfrage. Wenn Sie zusätzlichen Aufwand meinen, dann meinen Sie auch, dass das nicht aufkommensneutral stattfinden kann. Ist das richtig?

Barbara Gellrich (Deutsche Rentenversicherung Bund): Das ist korrekt.

Jens Teutrine (FDP): Würden Sie auch sagen, der Antrag würde neue Schnittstellenprobleme aufrufen, oder werden Schnittstellenprobleme abgebaut?

Barbara Gellrich (Deutsche Rentenversicherung Bund): So wie wir den Antrag jetzt wahrgenommen haben, im Sinne von zusätzlicher zweiter Ordnungsstruktur im System, wird es neue Schnittstellen geben, die auch koordiniert werden müssen.

Jens Teutrine (FDP): Ich würde zusammenfassen, der Antrag kostet mehr Geld, ist nicht gegenfinanziert, es kommen neue Schnittstellen dazu, es braucht mehr Personal und es kann nicht beantwortet werden, woher das Personal kommt. Ich fasse das nur zusammen und würde daher beim Normenkontrollrat nachfragen, löst dieser Ansatz die Komplexität des Sozialstaates oder was würden Sie stattdessen der Politik empfehlen, in welchem Modus man vielleicht auch grundsätzlich an der Komplexität des Sozialstaates arbeiten sollte?

Dr. Reinhard Göhner (Nationaler Normenkontrollrat): Einerseits, dafür ist das hier ein Beispiel, Leistungen bündeln. Das Sozialrecht und das Sozialsystem sind insgesamt davon gekennzeichnet, dass wir viele überlappende Leistungen mit unterschiedlichen Voraussetzungen haben, die dann dazu führen, dass die Betroffenen, die Leistungen beziehen könnten, das System nicht verstehen. Dafür ist das hier ein Beispiel. Ich glaube allerdings, wo das jetzt geregelt wird, will ich mal überhaupt nicht festlegen. Aber solange wir unterschiedliche Einzelvorschriften haben, die gelten, haben wir die Situation, dass die einzelnen Träger die Anträge nach unterschiedlichen Voraussetzungen zu entscheiden haben. Es gibt unterschiedliche Entscheidungswege, unterschiedliche Verfahren



und trotz dem begrüßenswerten Projekt „Gemeinsamer Grundantrag“ unterschiedliche Formulare. Und damit werden die Betroffenen nicht fertig. Häufig übersehen es auch diejenigen nicht, die auf dem Weg der Leistungserbringung, dieser Rehabilitationsleistungen, tätig sind. Deshalb bleibe ich dabei: Die Lichtung des Dschungels ist eine Voraussetzung. Ich unterstelle diesem Antrag nicht, dass doppelte Zuständigkeit beabsichtigt ist. Ich verstehe es im Gegenteil so, dass Sie entweder Fallmanagement oder Lotsen sehen. Aber man müsste das im Ergebnis auch sicherstellen. Das setzt voraus, dass man die organisatorischen Schnittstellen, die organisatorischen Überschneidungen, um es präziser zu sagen, vorher beseitigen würde. Das wäre eine Voraussetzung und deshalb bin ich auch in dem Punkt bei der Stellungnahme des VdK, der sagt: Bevor man das System einführt, muss man eigentlich zunächst die Schwachstellen im Rehabilitationssystem, in der gesetzlichen Regelung, in dem Irrgarten beseitigen. Das ist die Aufgabe.

Jens Teutrine (FDP): Vielen Dank. Ich fasse für mich nochmal zusammen. Ich unterstütze die Zielsetzung dieses Antrages. Ich finde den Antrag in der Zielsetzung gut. Ich höre verschiedene Interpretationen der Sachverständigen an. Vielleicht liegt das auch nicht an den Sachverständigen, sondern an der Oberflächlichkeit des Antrages. Und vielleicht müsste er etwas konkreter gefasst werden, wenn wir uns mit so einem wichtigen Thema befassen.

Der Vorsitzende Bernd Rützel: Vielen Dank, Herr Teutrine. Wir kommen zur dritten Runde. Da beginnt die SPD-Fraktion. Herr Gerdes hat das Wort.

Michael Gerdes (SPD): Herr Vorsitzender, meine Damen und Herren, Kollege Schäfer vom DGB: Wir reden jetzt hier darüber, wie wir eine Fallmanagement-Struktur für bereits schwer erkrankte Menschen aufbauen, also eine sehr späte Intervention. Die Zahlen der Deutschen Rentenversicherung zeigen, dass jährlich circa 350 000 Anträge gestellt werden, davon in etwa 183 000 Bewilligungen erfolgen. Die Frage ist, was könnten Ihrer Meinung nach noch Interventionen und Maßnahmen während der Erwerbstätigkeit sein, die in manchen Fällen so spät die schwerste Erkrankung überhaupt verhindern? Stichworte wären hier „Rehabilitation vor Rente“ oder „Ü45-Check“.

Der Vorsitzende Bernd Rützel: Vielen Dank, Herr Gerdes. Herr Schäfer, bitte.

Ingo Schäfer (Deutscher Gewerkschaftsbund): Vielen Dank. Ich glaube, die Frage ist ungefähr so breit zu beantworten wie die Debatte heute hier, weil tatsächlich, wenn ich einen Eintritt von gesundheitlichen Beeinträchtigungen vermeiden

will, muss ich eigentlich das ganze Spektrum hier anschauen. Ich rede also hier über Arbeits- und Gesundheitsschutz als zentralen Ankerpunkt, weil wir nach wie vor wissen, dass die Arbeit und die Belastungen in der Arbeit ein ganz erheblicher Faktor für Erkrankungen sind. Wir reden hier auch über die Frage der Effizienz des Systems. Wir müssen uns immer klarmachen, ein Viertel der Erwerbsminderungsrenten tritt vor dem 50. Lebensjahr ein, drei Viertel vor dem 60. Lebensjahr. Wir reden also hier konsequent über Leute, die 5, 10, 20 Jahre Arbeitsleben noch vor sich haben. Hier lohnt sich jeder Euro. Und wenn man hier nur ein paar Zehntausende jedes Jahr schaffen würde, hätte man mittelfristig schnell 200 000 oder 300 000 zusätzliche Beschäftigte. Also insofern ist, glaube ich, das Ziel des Antrages und die Debatte hier wichtig. Wir müssen aber im Arbeitsleben breit ansetzen. Wir müssen breit bei der allgemeinen Verhältnisprävention ansetzen. Wir reden über Lärmbelastung, Staubbelastung in den Städten. All diese Probleme tragen zu dem Gesamtproblem mit bei. Da müssen wir besser werden. Wir brauchen auch bessere Verhaltensprävention. Dies muss bei den Menschen ankommen. Da dürfen wir die Leute auch nicht durch, sage ich mal, Praxisgebühren oder andere Probleme davon abhalten, zum Arzt zu gehen. Das ist dann auch wieder Teil des Problems. Da würden wir sehr, sehr weit gehen. Aber wir würden auch sagen, das bestehende System funktioniert sehr gut. Wir machen eine Million medizinische Rehabilitationsmaßnahmen. Jetzt nehme ich Sucht und solche spezifischen Erkrankungen sogar schon raus. Wir haben 250 000 Teilhabeleistungen jedes Jahr. Und in der Masse der Verfahren funktionieren diese Verfahren. Sie kommen zu einem produktiven Ergebnis. Und wir haben dann natürlich in der großen Stückzahl, weil es viele Fälle sind, auch Probleme. Aber in der prozentualen Menge haben wir kein, wie das heute manchmal im Eindruck erweckt werden könnte, flächendeckendes Problem bei einer vernünftigen, zielgenauen Versorgung. Und die Mehrheit der Menschen hat auch keinen komplexen Hilfebedarf an der Stelle, sodass auch tatsächlich eine zielgerichtete Rehabilitationsmaßnahme funktioniert und ausreichend ist. Sondern es ist ein Randgruppenbereich, über den wir hier reden, der fallübergreifend und breit aufgestellt ist.

Der Vorsitzende Bernd Rützel: Vielen Dank, Herr Schäfer. Frau Hohmann, bitte.

Angela Hohmann (SPD): Vielen Dank. Ich habe eine Frage an Frau Wunderlich vom Sozialverband Deutschland. Bei welchen Sozialleistungsträgerbereichen halten Sie eine Kooperation im Rahmen des Fallmanagements für besonders dringlich und erforderlich?



Der **Vorsitzende Bernd Rützel**: Frau Wunderlich, bitte.

Henriette Wunderlich (Sozialverband Deutschland e.V.): Vielen Dank für die Frage. Da würde ich sagen, ganz klassisch bei den Trägern der Rentenversicherung, Jobcentern, der Bundesagentur für Arbeit, Krankenversicherung, also alle die, die ja ganz am Anfang auf jeden Fall involviert sind: beim Krankengeld, dann beim Arbeitslosengeld anschließend oder beim Bürgergeld, beziehungsweise dann bei der Erwerbsminderungsrente, bei den Rehabilitationsleistungen. Und da entsteht ja auch manchmal so ein bisschen der Eindruck, dass hier die Bälle hin und her gespielt werden, wenn es um die Frage der Kosten geht. Also macht es auch hier im Interesse der Versicherten auf jeden Fall Sinn, auch wenn es jetzt kein Leistungsträger ist. Aber ich glaube, bei der ganzen Frage spielen die Arbeitgeber eine wahnsinnig wichtige Rolle, die man immer mit im Boot haben sollte. So viel dazu.

Der **Vorsitzende Bernd Rützel**: Und Herr Gerdes.

Michael Gerdes (SPD): Ja, meine Frage geht an die Deutsche Rentenversicherung, Herr Vorsitzender, an Frau Gellrich oder Herrn Flohr. Die Deutsche Rentenversicherung hat mit vielen momentanen Projekten, wie zum Beispiel rehapro, auch die Absicht, einen Erkenntnisgewinn über trägerübergreifende Strukturen zu schaffen und sie zu evaluieren. Können Sie schon was zu den Projekten wie rehapro erzählen und was es da möglicherweise schon an Erkenntnissen gibt?

Stefan Flohr (Deutsche Rentenversicherung Bund): Vielen Dank. Tatsächlich, die Rentenversicherungsträger beteiligen sich an insgesamt 64 Modellprojekten, insbesondere in Kooperation mit anderen Sozialversicherungsträgern und weiteren Akteuren, um innovative Ansätze zu erproben, auch zur Begleitung von Menschen im Sinne eines Fallmanagements. Es wird auch mit neuen Ansätzen versucht, Menschen so früh wie möglich zu erreichen, damit diese durch Teilhabeleistungen oder auf anderem Wege erst gar nicht aus der Erwerbstätigkeit herausfallen. Erkenntnisse informeller Art außerhalb der noch anstehenden Evaluationen kann man mit dem Eindruck der das Projekt durchführenden Träger mitgeben, dass diese Projekte bei den Fallmanagern und bei den Versicherten gut ankommen, positive Wirkung zeigen. Die offiziellen Evaluationsergebnisse aus der ersten Förderrunde könnte man sicherlich spätestens übernächstes Jahr erwarten. Dann geht es sukzessive mit den weiteren Förderrunden weiter.

Der **Vorsitzende Bernd Rützel**: Vielen Dank, Herr Flohr. Dann gehen wir zur Fraktion der CDU/CSU, Herr Dr. Nacke, bitte.

Dr. Stefan Nacke (CDU/CSU): Vielen Dank. Ich möchte an die Frage von Michael Gerdes anschließen und sie auch noch einmal in Richtung Frau Wagenmann und Herr Mennemann erweitern. Wie beurteilen Sie die bereits entstandenen Fallmanagement-Konzepte in den verschiedenen Versicherungsträgern? Und wie beurteilen Sie den Umgang mit Modellprojekten? Und müssen wir einmal aus der Phase der Modellprojekte herauskommen und tatsächlich Strukturpolitik machen?

Der **Vorsitzende Bernd Rützel**: Wer möchte anfangen? Herr Dr. Mennemann, ladies first, Frau Wagenmann.

Dr. Susanne Wagenmann (Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände e.V.): Dankeschön. Ja, zur Verzahnung von Rehabilitationsleistungen gibt es schon einzelne gute Projekte, insbesondere, und die sind hier auch schon mehrfach gefallen, bei der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, die ja eine gemeinsame Plattform der Träger ist, um sie zu koordinieren. Hier gibt es entsprechende Ansprechstellenverzeichnisse. Hier gibt es gemeinsame Empfehlungen, wie was zu organisieren ist. Hier wird es den gemeinsamen Grundantrag geben, der die Sache vereinfacht. Das Zweite, was wir gehört haben und was Herr Flohr schon deutlich dargestellt hat, ist das Programm rehapro, das hier auch entsprechend läuft. Wie soll man damit umgehen, fragen Sie. Wir glauben, dass es eine Evaluation braucht, genau das ist ja bei rehapro auch tatsächlich vorgesehen, dass man evaluiert, was hat das Projekt beigetragen, was bringt es, was ist das Kosten-Nutzen-Verhältnis, was kann man gegebenenfalls noch besser machen und was lohnt sich am Ende des Tages dann, flächendeckend zu übernehmen. Unstrukturiert sollte man in so einem Bereich – und man muss ja einmal sagen, in dem Rehabilitationsbereich, das ist oft nicht klar, da sind die Ausgaben so hoch wie in einem einzelnen Sozialversicherungszweig. Wir sprechen hier von über 40 Milliarden Euro im Jahr, die Pflegeversicherung liegt in einer ähnlichen Größenordnung –. Wir sprechen hier also im Bereich der Rehabilitation von einem großen Bereich und deswegen sollte man auch nicht ungesteuert Sachen übernehmen, sondern wirklich evaluiert.

Der **Vorsitzende Bernd Rützel**: Vielen Dank und Herr Dr. Mennemann, bitte.

Professor Dr. Hugo Mennemann (Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management e.V.): Wir sprechen über ganz unterschiedliche Ebenen, wir sprechen über die Gesetzgebungsebene, SGB-übergreifende Versorgung. Wir sprechen über die örtliche Netzwerkebene. Wir sprechen über die Organisationsebene, Organisationsveränderung.



Wir sprechen über die Einzelfallebene und ich meine, dass man natürlich die sehr wertvollen Projekte, die Ergebnisse abwarten muss, auch die Evaluation abwarten muss, dann aber auf die Ebenen zuführen, dass man dann Entscheidungen treffen sollte, um das ins System zu lassen. Und ich unterstütze das. Also in der Deutschen Gesellschaft für Care und Case Management könnte man sagen: Das Case Management macht nur Sinn über eine Implementierung des Care Managements. Das heißt, das Augenmerk muss darauf liegen, dass sich Systeme, Organisationen und Netzwerke verändern. Erst dann können Lotsen auch wirken und daraufhin sollte man sich die Projekte auch anschauen.

Der **Vorsitzende Bernd Rützel**: Danke, Herr Dr. Nacke, bitte. Keine weiteren Fragen? Dann sind wir mit der Befragung durch und kommen jetzt zum Schluss in die freie Runde und dazu hat Frau Schielke-Ziesing das Wort.

Ulrike Schielke-Ziesing (AfD): Vielen Dank, meine Frage geht an Professor Mennemann. Sie haben in Ihrer Stellungnahme geschrieben, dass die Träger der Rentenversicherung zudem eine Gesetzesgrundlage erhalten sollen, mithilfe des „Risikoindex Erwerbsminderungsrente“ frühzeitig vor Antragstellung tätig zu werden. Könnten Sie bitte einmal den „Risikoindex Erwerbsminderungsrente“ erläutern und wie Sie sich so ein Gesetzgebungsverfahren vorstellen?

Der **Vorsitzende Bernd Rützel**: Herr Dr. Mennemann, bitte.

Professor Dr. Hugo Mennemann (Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management e.V.): Das kann ehrlich gesagt die Deutsche Rentenversicherung besser beantworten. Also: Risikoindex bedeutet, dass man Kriterien aufzeigt, um aus den Akten zu erkennen, welche Personen wahrscheinlich bald einen Antrag auf Erwerbsminderungsrente stellen. Da ist die Deutsche Rentenversicherung Bund schon tätig und schreibt proaktiv die Personen an, um dann zu gucken, wie man über das gesamte System – Juristen, Mediziner und vor allem Rehabilitationsberatung – damit proaktiv und präventiv umgehen kann.

Der **Vorsitzende Bernd Rützel**: Vielen Dank, Frau Schielke-Ziesing.

Ulrike Schielke-Ziesing (AfD): Müsste dann eine Änderung im SGB VI praktisch gemacht werden? Also, wie kann man über einen Index etwas vorhersehen und etwas proaktiv machen? Gibt es da schon Beispiele, wie so etwas im SGB VI passiert? Also ich kann mir das nicht vorstellen, wie man sich auf ein Gesetz dann proaktiv beziehen kann.

Professor Dr. Hugo Mennemann (Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management e.V.):

Insgesamt bin ich der Meinung, dass man gerade bei dem Thema Erwerbsminderungsrente und der Personengruppe tatsächlich im SGB VI die Verpflichtung der Träger zum Durchführen, Einführen des Fallmanagements im Sinne des Care und Case Managements einrichten sollte. Und da sollte man sie verpflichten, innerhalb der Organisation zusammenzuarbeiten und auch präventiv proaktiv tätig zu sein. Also das würde eine Klärung für alle Träger der Rentenversicherung herbeiführen.

Ulrike Schielke-Ziesing (AfD): Ich würde dann gerne die Rentenversicherung noch einmal fragen, was sie davon hält.

Der **Vorsitzende Bernd Rützel**: Wer möchte für die Rentenversicherung sprechen? Herr Flohr.

Stefan Flohr (Deutsche Rentenversicherung Bund): Vielen Dank, ich würde vielleicht beginnen. Wir sind beide nicht die absoluten Fachleute dazu. Es ist im Grunde genommen so, wie Professor Mennemann gesagt hatte, wir haben natürlich bestimmte Daten zur Verfügung. Welche können das sein? Alter, Geschlecht, gegebenenfalls Arbeitsunfähigkeitszeiten, Arbeitsverhältnisse und so weiter und so fort. Das ist einfach eine gewisse Datengrundlage, die aufgrund bestimmter Berechnungen, Algorithmen dazu führt, ein Risiko zu erkennen. Und da ist eben der Plan, genau wie gesagt, doch ganz früh auf die Versicherten, die diese Bedingungen erfüllen, zuzugehen, bevor das Kind in den Brunnen gefallen ist oder bestenfalls erst auf dem Brunnenrand sitzt, schon etwas zu tun.

Der **Vorsitzende Bernd Rützel**: Vielen Dank, Herr Flohr. Wir kommen zur SPD-Fraktion. Frau Hohmann, bitte.

Angela Hohmann (SPD): Vielen Dank, Herr Vorsitzender. Bei mir hat sich jetzt folgende Frage an Frau Gellrich oder Herrn Flohr von der DRV ergeben. Frau Professorin Dr. Nebe hat es vorhin auch nochmal klargestellt, dass es schwierig sein könne, Lotsen trägerübergreifend zu installieren. Wenn wir vom Fallmanagement reden, bei den verschiedenen Trägern wie zum Beispiel der Rentenversicherung, Bundesagentur für Arbeit, Krankenversicherung, Unfallversicherung: Können Sie insoweit etwas zur Digitalisierung sagen? Wie sind die Fallmanagement-Strukturen zwischen den Trägern digitalisiert, verknüpft, wird daran gearbeitet, bis hin vielleicht sogar zur künstlichen Intelligenz? Dazu würde ich gerne jetzt noch einmal von Ihnen etwas hören, wenn möglich. Danke.

Der **Vorsitzende Bernd Rützel**: Frau Gellrich, nehmen Sie bitte das Mikrofon etwas näher. Wir haben gerade eine Meldung von unseren Leuten bekommen, die das Protokoll aufzeichnen. Die tun sich schwer, das zu verstehen.



Barbara Gellrich (Deutsche Rentenversicherung Bund): Ich gebe mir Mühe. Vielen Dank für die Frage. Digitalisierung ist ein großes Thema bei der Frage nach der Umsetzung von Fallmanagement. Das hat immer auch den Datenschutzaspekt. Also, wenn wir mit den Trägern unterwegs sein wollen, dann brauchen wir Systeme in der Kommunikation und Übertragung von Daten, die es uns ermöglichen, an der Stelle datenschutzkonform unterwegs zu sein und daran fehlt es teilweise noch. Insbesondere wenn man auf das SGB V schaut, ist da auf jeden Fall noch Bedarf, an der Stelle datenschutzmäßig Unterstützung zu bringen. Ansonsten hat die Digitalisierung die Möglichkeit, das Fallmanagement zu unterstützen. Da sind wir noch relativ am Anfang, was auch den Austausch über Videokonferenz und so weiter angeht – ist auch nicht für jeden Versicherten und für jeden Fallmanagement-Fall das gute Instrument. Und KI? Ja, gerne irgendwann.

Der **Vorsitzende Bernd Rützel**: Vielen Dank und für die Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN Frau Ruffer, bitte.

Corinna Ruffer (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine Frage geht diesmal an Herrn Popp vom VdK. Sie haben in Ihrer Stellungnahme geschrieben, dass der Übergang aus der Erwerbstätigkeit in die Erwerbsminderungsrente eine Sackgasse sei und sozusagen die Lage zementiere und auch aus dieser Sicht in dem vorliegenden Antrag sich Lücken hervortun. Ob Sie dazu noch mal was sagen können? Und ich würde gerne noch einmal eine andere Dimension einführen. Also meine persönliche Erfahrung ist, wenn ich in Kontakt trete, und ich tue das sehr häufig, mit Leuten, die häufig auch wider Willen in der Erwerbsminderung landen, diese sich mangelnd unterstützt fühlen. Der VdK ist der größte Sozialverband. Was macht das mit diesen Leuten? Sie haben die massenhaft vor Augen und was bedeutet das für das Vertrauen in die Rechtsstaatlichkeit in diesem Land?

Michael Popp (Sozialverband VdK Deutschland e.V.): Vielen Dank für die Frage. Erst einmal vielleicht die Zahlen – es gibt auch eine neue Studie in der Zeitschrift Deutsche Rentenversicherung –, die sind schon dramatisch, weil nur zwei Prozent der Erwerbsminderungsrentner [EM-Rentner] nach zwölf Monaten den Rentenbezug beenden und in Erwerbstätigkeit zurückkehren. Und ich hatte es eben schon, glaube ich, etwas hektischer angedeutet. Wesentlich häufiger ist eben der sogenannte Hinzuverdienst neben der Erwerbsminderungsrente. Also die Betroffenen suchen sich in der Regel – da gibt es wenig Studien darüber, aber das weiß ich sozusagen aus dem Job beim VdK – suchen sich in der Regel selbst einen Job oder gehen an den alten

Arbeitgeber wieder heran und sagen: Können wir in der erlaubten Stundenzahl wieder aktiv werden? Aber mein Eindruck ist es schon, dieser Prozess mit einem Hinzuverdienst ist sozusagen institutionell sehr wenig begleitet. Aber ich lasse mich da auch gerne von den lokalen Arbeitsagenturen und von der Rentenversicherung eines Besseren belehren. Und ich hatte es vorhin ja schon gesagt: Es ist für die Betroffenen immer ein Grenzgang in der Angst, ihren Rentenanspruch zu verlieren, aber andererseits wieder arbeiten zu wollen und es zu versuchen und nicht zu wissen, wie lange die Gesundheit hält, oder auch nicht den Arbeitgeber zu finden, der bereit ist, das mit ihnen sozusagen auszuprobieren. Und wir haben jetzt das halbe Jahr, aber dann kommt immer die Frage, was mache ich nach dem halben Jahr? Gehe ich dann wieder auf den Minijob? Da bin ich einigermaßen sicher, das weiß ich, das kann ich schaffen. Aber das wissen wir auch aus Studien, einem Viertel gelingt eben über Zuverdienst die Rückkehr in die Erwerbstätigkeit von Erwerbsminderungsrentnern, also paralleler Bezug und Arbeit, aber meistens auch nur sehr kurzfristig und geringfügig. Genau, also das ist die Erfahrung. Aber ich sehe auch natürlich: Wenn man fragt, wie kann man spezifisch Erwerbsgeminderten, die in dem Rentenbezug sind, helfen, da wieder rauszukommen, dann kann man da, glaube ich jetzt, gesetzgeberisch nicht direkt darauf zu handeln. Ich würde schon sagen, dass wir da sehr am Anfang sind, und ich nehme das auch aus Publikationen der Rentenversicherungen und so weiter immer wahr, dass auch da noch ein großes Rätselraten da ist, wie man mit Erwerbsgeminderten danach umgeht. Aber nur mal als Frage formuliert: Warum verliert man zum Beispiel als EM-Rentner den Anspruch auf Rehabilitation? Also da ist das Gesetz sehr hart, weil Sie dann sagen, da ist der Rehabilitationsprozess dann durch und war nicht erfolgreich. Deswegen sind die Menschen in einer Erwerbsminderungsrente und das würde ich dann als Frage einfach einmal in den Raum stellen: Kann man da nicht noch nach einer gewissen Zeit weiter agieren?

Der **Vorsitzende Bernd Rützel**: Vielen Dank, und die letzte Frage des heutigen Nachmittags stellt Herr Birkwald.

Matthias W. Birkwald (Die Linke): Vielen Dank, Herr Vorsitzender. Die Frage ist auch wieder an Michael Popp vom VdK und sehr kurz. Welche konkreten Forderungen hat der VdK für erkrankte Menschen, die noch beschäftigt sind?

Der **Vorsitzende Bernd Rützel**: Bitte schön, Herr Popp.

Michael Popp (Sozialverband VdK Deutschland e.V.): Dann versuche ich es auch kurz zu machen



und schließe an die beiden Themen an, die im Antrag, vom DGB und so weiter angesprochen wurden, und mache es wirklich im Forderungsstakkato: Bei der stufenweisen Wiedereingliederung fordern wir, die als Rechtsanspruch hart zu verankern – egal ob man schwerbehindert ist, da gibt es das schon, oder nicht, weil sich da eben, das haben wir gehört, die Arbeitgeber zu oft einer stufenweise Eingliederung aus betriebsinternen Gründen verweigern, verzögern und so weiter. Beim BEM haben wir auch klare Forderungen: Da wollen wir auch die Arbeitgeber stärker in die Pflicht nehmen, und zwar darüber, dass wir sagen: Wenn Arbeitgeber ein beschäftigungssicherndes betriebliches Eingliederungsmanagement verweigern, dann soll die krankheitsbedingte Kündigung grundsätzlich unwirksam werden. Und auch da ist die

Schwerbehindertenvertretung, sofern es eine gibt, grundsätzlich an jedem BEM-Verfahren zu beteiligen – auch wenn der Beschäftigte nicht schwerbehindert ist, weil da die Kompetenzen liegen. Danke.

Der **Vorsitzende Bernd Rützel**: Vielen Dank. Dann danke ich Ihnen für die Beantwortung der Fragen. Ich danke Ihnen für die Stellungnahmen im Vorfeld, bedanke mich beim Ausschusssekretariat für die Organisation, Vorbereitung, aber vor allem jetzt noch für die Protokollerstellung, was noch viel Arbeit ist im Nachgang. Die nächste Sitzung des Ausschusses für Arbeit und Soziales ist am Mittwoch, 3. Juli um 9.30 Uhr. Die heutige Sitzung ist geschlossen. Einen schönen Nachmittag noch.

Ende der Sitzung: 17.22 Uhr