

Innovative Modellvorhaben der Rentenversicherungsträger im ersten Förderaufruf des Bundesprogramms „rehapro“¹

Prof. Dr. Christina Stecker, Berlin

Mit der Alterung der Bevölkerung nimmt die Zahl von Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen zu. Auch um die Erwerbsfähigkeit und damit den Verbleib von Menschen mit chronischer Erkrankung und (drohender) Behinderung auf dem Arbeitsmarkt zu sichern, fördert das Bundesministerium für Arbeit und Soziales mit dem Bundesprogramm „Innovative Wege zur Teilhabe am Arbeitsleben – rehapro“ in den Rechtskreisen der Rentenversicherung und der Jobcenter. Im Rahmen des ersten Förderaufrufs haben sich die Träger der Deutschen Rentenversicherung mit 30 Modellvorhaben beteiligt, um innovative Maßnahmen von der Prävention über die Nachsorge bis zur (Wieder-)Eingliederung zu erproben. Für den Rechtskreis der Rentenversicherung (SGB VI) steht ein Volumen von 500 Millionen Euro in bis zu drei Förderaufrufen zur Verfügung. Die begleitende Wirkungsforschung soll neben einer allgemeinen Wirkungsanalyse des Bundesprogramms insbesondere zielführende Ansätze und Herangehensweisen für die Weiterentwicklung der Rehabilitation und Teilhabe erarbeiten.

1. Einleitung

Die Zahl der älteren, von Erwerbsminderung, chronischer Erkrankung und Behinderung betroffener Menschen wird in Deutschland demografiebedingt in den nächsten Jahrzehnten zunehmen. Maßnahmen zur Arbeitsmarktintegration, zur Prävention und Gesundheitsförderung, zur Rehabilitation und Teilhabe gewinnen vor diesem Hintergrund an Bedeutung. Mit § 11 des Neunten Sozialgesetzbuches (SGB IX) wird die Förderung von Modellvorhaben ermöglicht, die Menschen gesundheitlich und rehabilitativ unterstützen und eine drohende Erwerbsminderung, eine Behinderung oder eine chronische Krankheit vermeiden sollen. Durch die Erprobung innovativer Maßnahmen sollen die Grundsätze „Prävention vor Rehabilitation“ und „Rehabilitation vor Rente“ gestärkt und die Übergänge in die Eingliederungshilfe, in die Werkstätten für behinderte Menschen und in die Erwerbsminderungsrente reduziert werden. Das Bundesprogramm „Innovative Wege zur Teilhabe am Arbeitsleben – rehapro“ stellt dafür von 2018 bis 2026 ein Volumen von einer Milliarde Euro für Modellprojekte im Aufgabenbereich der gesetz-

lichen Rentenversicherung (SGB VI) und der Grundsicherung für Arbeitsuchende (Jobcenter, SGB II) zur Verfügung. Mit 30 Modellvorhaben haben sich die sechzehn Träger der Deutschen Rentenversicherung am ersten Förderaufruf des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (BMAS) beteiligt. In den Vorhaben werden innovative Ansätze und Zugangswege auf Basis des gesamten Leistungsspektrums der Rentenversicherung von der Prävention über die medizinische und berufliche Rehabilitation hin zur Reha-Nachsorge erprobt, sowie neue und veränderte Zugänge, auch des Firmenservices, zur beruflichen (Re-)Integration genutzt. Die Ergebnisse aus der Wirkungsforschung der Modellprojekte sollen dabei als Grundlage für die Weiterentwicklung der Rehabilitation und Teilhabe dienen.

Im zweiten Abschnitt des Beitrags werden die Bevölkerungsdynamik und die Arbeitsmarktintegration von älteren und behinder-

¹ Für Hinweise zu einer früheren Fassung danke ich besonders Gundolf Schneider und Katharina Fecher von der Kontaktstelle rehapro sowie Dr. Hans-Günter Haaf, Geschäftsbereich Prävention, Rehabilitation und Sozialmedizin, Bereich Rehabilitationswissenschaften, Deutsche Rentenversicherung Bund. Etwaige Unstimmigkeiten in der Darstellung gehen zulasten der Autorin.

ten Bevölkerungsgruppen, wie auch die Entwicklung der Ausgaben und Zugangszahlen in die Eingliederungshilfe, in die Werkstätten für behinderte Menschen und in die Erwerbsminderungsrente dargestellt. Im dritten Abschnitt werden die Modellvorhaben der Rentenversicherungsträger im ersten Förderaufruf sowohl im Überblick als auch exemplarisch nach vier Themenclustern vorgestellt. Abgerundet wird der Beitrag mit einer Zusammenfassung und einem Ausblick auf den zweiten Förderaufruf des Bundesprogramms rehapro.

2. Bevölkerungsdynamik und Arbeitsmarktintegration älterer und behinderter Menschen

2.1 Soziodemografische Entwicklung

Die bestimmenden Faktoren des demografischen Wandels in Deutschland bilden Fertilität und Mortalität.² Eine höhere Nettozuwanderung (Migration) kann nach den für realistisch eingeschätzten Szenarien der Bevölkerungsvorausrechnungen des Statistischen Bundesamtes den sinkenden Anteil der Menschen im erwerbsfähigen Alter nicht kompensieren.³ So werden voraussichtlich der Anteil der Bevölkerung im Alter von 20 bis unter 65 Jahren von 60,1 Prozent in 2018 auf 52 Prozent im Jahr 2060 ab- und der Anteil der Älteren ab 65 Jahren von 21,5 auf 29,9 Prozent zunehmen. Der Anteil unter 20-Jähriger wird sich aufgrund der Zuwanderung hauptsächlich jüngerer Menschen bei rund 18 Prozent stabilisieren. Während von 1970 bis Mitte der 1990er-Jahre eine Arbeitsmarkt- und Beschäftigungspolitik verfolgt wurde, die über Frühverrentungen, Arbeitszeitverkürzung und begrenzte Zuwanderung das Arbeitskräfteangebot verknappte,⁴ erfolgte spätestens seit Beginn des Millenniums eine angebotssteigernde Strategie. Neben der Schaffung von Arbeitsanreizen zur Überwindung von Beschäftigungshemmnissen für Frauen, Menschen mit Migrationshintergrund, Geringqualifizier-

ten und Langzeitarbeitslosen wurden vermehrt ältere und behinderte Menschen in den Blick genommen.⁵ Denn mit der Alterung der Bevölkerung nimmt auch der Anteil der Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen an der Gesamtbevölkerung insgesamt zu; 2017 betrug die sogenannte Behindertenquote 12,5 Prozent, das sind knapp 10,3 Millionen Menschen.⁶ Der Anteil der Behinderten an der jeweiligen Bevölkerungsgruppe nimmt mit dem Alter – bis auf die 70- bis unter 80-Jährigen – stetig zu, bei den Menschen mit Schwerbehinderung erfolgt demgegenüber ein kontinuierlicher Anstieg (Tabelle 1).

2 In der Bevölkerungswissenschaft werden bis zu fünf Phasen des demografischen Übergangs unterschieden; Deutschland befindet sich seit den 1970er-Jahren, wie die meisten europäischen Länder, in einer fünften Phase, die durch eine Fertilitätsrate unter dem bestandserhaltenden Niveau von 2,1 Kindern pro Frau und einer niedrigen Mortalität gekennzeichnet ist, *Stecker und Schnettler* 2018, S. 438 f., S. 444 f.

3 In den Modellrechnungen werden anhand der drei demografischen Komponenten 27 mögliche Kombinationen berücksichtigt, wobei von den neun Hauptvarianten meist die Variante „Moderate Entwicklung der Geburtenhäufigkeit, Lebenserwartung und Wanderung“ (G2-L2-W2) Verwendung findet. Diese Variante wird auch in den Annahmen der Statistik der Rentenversicherung zugrunde gelegt. Die Annahmen der Variante G2-L2-W2 beinhalten eine Geburtenrate von 1,55 Kindern je Frau, eine Lebenserwartung 2060 bei Geburt von 84,4 Jahren für Jungen und 88,1 Jahren für Mädchen und ein Wanderungssaldo von 221 000 Personen pro Jahr; Statistisches Bundesamt 2019a, S. 4 ff., S. 22 ff.

4 So wurde älteren Arbeitnehmern und solchen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen, gering Qualifizierten und Arbeitslosen nahegelegt, einen Schwerbehindertenantrag zu stellen, der erst in die Arbeitslosigkeit und anschließend in die Rente mündete, *Thomann* 2006, S. 4 f. Thomann kritisiert die Ausnutzung des damaligen Schwerbehindertenrechts zur erfolgreichen Ausgrenzung anstelle der Integration, ebd.

5 *Stecker und Schnettler* 2018, S. 456 f.

6 Statistisches Bundesamt 2020b, S. 7, S. 17, Datenbasis: Mikrozensus. Die Statistik beruht auf einer Vollerhebung der in Privathaushalten lebenden Personen mit einem amtlich anerkannten Grad der Behinderung (GdB) von 20 bis 100 bei circa 70 Versorgungsämtern und Untersuchungsstellen; Statistisches Bundesamt 2019b, S. 103. Aufgrund von Bereinigungen in den Registern reduzierte sich die Anzahl in einigen Bundesländern, Statistisches Bundesamt 2020 f., S. 6. Erhebungsmerkmale sind neben der anerkannten Behinderung jedoch auch chronische Krankheit mit einem Anteil von etwa 3 Prozent. Dieser Anteil basiert auf Auswertung und Hochrechnung der entsprechenden Frage im Mikrozensus; Bundesministerium für Arbeit und Soziales 2016, S. 536. Grundlage der nachfolgend angeführten Daten bilden die jeweils aktuell verfügbaren öffentlichen Statistiken und Zeitreihen. Zwar verbesserten sich mit dem Mikrozensus 2005 wichtige Strukturdaten über die Situation behinderter Menschen, doch lässt die (noch) vorhandene Datenbasis nur begrenzte Aussagen und bedingte Vergleiche zu; Bundesministerium für Arbeit und Soziales 2011, S. 37.

Tabelle 1: Behindertenquote nach Alter, Ergebnis des Mikrozensus 2017 (in Prozent)

Behinderten- quote, in Prozent	Alter in Jahren								
	15 bis unter 65	25 bis unter 45	45 bis unter 55	55 bis unter 60	60 bis unter 65	65 bis unter 70	70 bis unter 75	75 bis unter 80	80 und älter
Behinderte	2,2	4,1	10,8	18,3	25,1	28,1	27,6	26,7	39,1
Schwer- behinderte	1,8	2,7	6,5	11,1	16,4	20,5	21,3	21,9	35,4

Quelle: eigene Darstellung nach Statistisches Bundesamt 2020b, S. 17; nach dieser Statistik liegt eine Behinderung ab einem Grad der Behinderung (GdB) von 20 vor, Schwerbehinderung ab einem GdB von 50.

Hintergrund ist, dass eine Schwerbehinderung 2017 bei 88,3 Prozent der Menschen durch eine im Lebensverlauf erworbene Krankheit festgestellt wurde, etwa durch Funktionseinschränkungen der Wirbelsäule, Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder aufgrund von Folgen einer Krebserkrankung. Eine Schwerbehinderung seit Geburt bestand bei 3,3 Prozent.⁷ Bleibt dieses Risiko über die Alterskohorten gleich, so wird die Zahl der Schwerbehinderten in der Bevölkerung allein schon aufgrund des Eintritts der geburtenstarken Jahrgänge in die Altersgruppe der 55- bis 65-Jährigen weiter zunehmen. Waren im Jahr 2001 6,7 Millionen Menschen als Schwerbehinderte anerkannt – rund 8,1 Prozent der Bevölkerung –, so ist ihr Anteil auf 9,4 Prozent (7,8 Millionen) im Jahr 2017 gestiegen und um weitere 1,8 Prozent bis Ende 2019 (7,9 Millionen beziehungsweise 9,5 Prozent).⁸ Wenngleich auch die Lebenserwartung steigt, sind zur Sicherung von Arbeitsmarktpartizipation und Teilhabe insbesondere die „gesunden Lebensjahre“ ausschlaggebend. Nach Daten der Weltgesundheitsorganisation (WHO, 2020) für Deutschland beträgt die durchschnittliche Anzahl der Jahre, die eine Person erwarten kann, in „voller Gesundheit“ ohne Krankheit oder Verletzung gelebt zu haben, 2019 bei Jungen 69,7 und bei Mädchen 72,1 Jahre; im Vergleich dazu betrug die durchschnittliche Lebenserwartung

bei Geburt bei Jungen 78,7 und bei Mädchen 84,8 Jahre.

2.2 Arbeitsmarktintegration von Menschen mit (drohender) Behinderung

Auf dem Arbeitsmarkt zeigt sich eine geringere Teilhabe der behinderten Menschen im Vergleich zur jeweiligen Bevölkerungsgruppe: 2005 waren 50 Prozent der behinderten Menschen im erwerbsfähigen Alter zwischen 15 und unter 65 Jahren erwerbstätig oder nach einer Tätigkeit suchend (erwerbslos) gegenüber 76 Prozent der nichtbehinderten Erwerbspersonen. Im Jahr 2017 hat sich der Abstand zwischen den behinderten Erwerbspersonen mit 57 Prozent gegenüber den Nichtbehinderten mit 81 Prozent etwas verringert, was nicht zuletzt auf eine allgemein verbesserte Arbeitsmarktdynamik, aber auch auf Integrationsbemühungen zurückgeführt werden kann. Die unterschiedliche Arbeitsmarktintegration zeigt sich auch

⁷ Nach der Statistik der Bundesagentur für Arbeit (BA) gelten Menschen mit einem GdB von mindestens 50 (§ 2 Absatz 2 SGB IX) sowie auf Antrag gleichgestellte Personen mit einem GdB von mindestens 30 (§ 2 Absatz 3 SGB IX) als schwerbehindert; Bundesagentur für Arbeit 2019a, S. 5 f. Deutlich wird, dass die Erfassung von Beeinträchtigungen und Behinderungen auf unterschiedlichen Datengrundlagen und Begriffsbestimmungen basiert; ausführlich dazu Kapitel IV „In eigener Sache: Daten, Methoden und Literatur“, Bundesministerium für Arbeit und Soziales 2016, S. 533–540; 2012.

⁸ Statistisches Bundesamt 2003, S. 6; 2019b, S. 6; 2020c.

Tabelle 2: Erwerbsquote und Erwerbstätigenquote von behinderten und nicht behinderten Menschen 2017, Ergebnis des Mikrozensus und Statistik der Bundesagentur für Arbeit (in Prozent)

Erwerbsquote (Erbstätige und Erwerbslose), in Prozent	Alter in Jahren						
	15 bis unter 25	25 bis unter 45	45 bis unter 55	55 bis unter 60	60 bis unter 65	65 und älter	15 bis unter 65
Nichtbehinderte	50,6	87,7	92,4	88,2	67,6	7,9	81,0
Behinderte (GdB 20-100, Statistisches Bundesamt)	44,5	70,4	65,8	59,3	39,1	4,0	57,1
		25 bis unter 50	50 bis unter 55				
Schwerbehinderte (GdB 30-100, Bundesagentur für Arbeit)	42,3	63,8	56,1	49,1	30,8		49,0
Erwerbstätigenquote (Erbstätige ohne Erwerbslose), in Prozent							
Nichtbehinderte	46,5	83,9	85,7	80,1	58,4		75,2
Schwerbehinderte (GdB 30-100, Bundesagentur für Arbeit)	38,9	60,8	53,9	47,6	29,4		46,9

Quelle: eigene Darstellung nach Statistisches Bundesamt 2020b, S. 20; Bundesagentur für Arbeit 2019b, Datengrundlage ILO-Erwerbskonzept⁹.

in den Altersklassen: Während die Erwerbsquote der Nichtbehinderten zwischen 15 und unter 55 Jahren zunimmt und bei den 45- bis unter 55-Jährigen am höchsten ist, nimmt die Erwerbsquote bei den Behinderten nur zwischen 15 bis unter 45 Jahren zu, die höchste Erwerbsquote ist bei den 25- bis unter 45-jährigen Behinderten zu verzeichnen (Tabelle 2). Zwar sinkt die Erwerbsquote ab dem Alter 60 bei beiden Bevölkerungsgruppen deutlich, bei den behinderten Menschen beginnt dies bereits viel früher.¹⁰ Ist

eine Person weder erwerbstätig noch nach einer Tätigkeit suchend, kann eine längere Krankheit oder der Eintritt in die Frühverrentung der Grund sein. So lag beispielsweise das durchschnittliche Zugangsalter in

⁹ Im international vergleichbaren Erwerbskonzept des International Labour Office (ILO) wird Erwerbstätigkeit im Alter zwischen 15 und 74 Jahren ab einer Stunde bezahlter Arbeit in der untersuchten Referenzwoche erfasst, das heißt auch Selbstständige, Studierende oder Rentner; *Stecker und Schnettler* 2018, S. 459.

¹⁰ Statistisches Bundesamt 2020b, S. 20; 2006, S. 127; Bundesagentur für Arbeit 2019b. Die skizzierten Trends zeigen sich auch, wenn die Erwerbstätigenquote betrachtet wird.

die Erwerbsminderungsrente 2017 bei 51,9 gegenüber 64,1 Jahren bei der Altersrente (2019 52,7 Jahre versus 64,3 Jahre).¹¹

Dass im Zeitverlauf die Arbeitsmarktpartizipation der Frauen gestiegen ist,¹² spiegelt sich auch im amtlich anerkannten Grad von Schwerbehinderungen wider. Eine anerkannte Schwerbehinderung ist besonders für erwerbstätige Menschen von Interesse, beispielsweise im Hinblick auf einen möglichen früheren Ruhestand. 2001 galten 52,6 Prozent der Männer gegenüber 47,4 Prozent der Frauen als schwerbehindert, in 2017 war ihr Anteil mit 50,6 Prozent nur noch leicht gegenüber dem der Frauen erhöht, eine weitere Annäherung zeigen die jüngsten Daten aus 2019 mit 50,4 zu 49,6 Prozent.¹³ Zur Erklärung des in 2001 höheren Anteils schwerbehinderter Männer, insbesondere ab 55 Jahren, wurde ihre höhere Erwerbsbeteiligung angeführt, wodurch sie „eher Anträge auf Anerkennung der Schwerbehinderung [stellen], um so die Vorteile des Schwerbehindertenrechts für den Arbeitsmarkt und die Rente („Frühverrentung“) zu nutzen“.¹⁴ Doch auch andere arbeitsmarkt- und rentenpolitische Setzungen entfalten Anreizwirkungen auf die individuelle Erwerbsbeteiligung („Pull- und Push-Faktoren“). Dazu gehören beispielsweise die Altersrente für Frauen ab 60 Jahre oder die Erwerbsunfähigkeitsrente (beide nur bis Geburtsjahrgang 1951 gültig) sowie die 2014 eingeführte Altersrente für besonders langjährig Versicherte („Rente mit 63“).¹⁵

Um die Erwerbsfähigkeit zu erhalten oder wiederherzustellen, die (Wieder-)Eingliederung in den allgemeinen Arbeitsmarkt zu fördern und Menschen mit (drohender) Behinderung finanziell zu unterstützen, werden insbesondere Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe sowie Leistungen im Rahmen der Sozialhilfe gewährt. Die Anzahl von Leistungsberechtigten wie auch die Ausgaben für Rehabilitation und Teilhabe sind in den letzten 25 Jahren auch demografiebedingt angestiegen. Dabei stehen die Eingliederungshilfe für behinderte Menschen (Sozialhilfe)¹⁶ 2017 mit 51 Prozent an erster und die Leistungen der Rentenversicherung

mit 18 Prozent an zweiter Stelle.¹⁷ Zwischen 1994 und 2019 haben sich die Ausgaben für die Eingliederungshilfe für behinderte Menschen von 6,3 auf knapp 21 Milliarden Euro mehr als verdreifacht (Abbildung 1). Korrespondierend weisen die Fallzahlen der Empfänger von Eingliederungshilfe zwischen 2005 und 2018 einen Anstieg um insgesamt 357 850 Menschen beziehungsweise um 61 Prozent auf (Abbildung 2).¹⁸ Die Zuwächse zeigen sich über alle Altersklassen, wobei sich insbesondere die Zahl der 65-Jährigen und Älteren mehr als verdoppelt hat. Bei den Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM)¹⁹ ergibt sich in diesem Zeitraum ein Anstieg um 77 801 Menschen beziehungsweise rund 37 Prozent.

11 Das durchschnittliche Zugangsalter wird für jedes Jahr als Querschnitt berechnet und wird dabei unter anderem durch Rechtsänderungen beeinflusst; Deutsche Rentenversicherung Bund 2020; zum Erwerbsminderungsgeschehen auch *Hagen und Himmelreicher* 2020.

12 Betrug im Jahr 2000 die Erwerbstätigenquote beispielsweise der 60- bis unter 65-Jährigen 19,6 Prozent, so stieg ihr Anteil auf 60,4 Prozent in 2018; bei den Männern von 27,2 auf 65,5 Prozent und bei den Frauen von 12,1 auf 55,6 Prozent; Deutscher Bundestag 2018, S. 98, und Statistisches Bundesamt 2020a, Datenbasis: Eurostat auf Grundlage des Mikrozensus und des ILO-Erwerbskonzepts.

13 Statistisches Bundesamt 2003, S. 8; 2019b, S. 6; 2020c.

14 Statistisches Bundesamt 2003, S. 8.

15 *Stecker und Schnettler* 2018, S. 466 f.; *Geyer et al.* 2019. Zu den Sozialleistungen, die wegen einer chronischen Erkrankung oder unter Berücksichtigung einer Behinderung gewährt werden können, gehören neben der Altersrente für schwerbehinderte Menschen und der Erwerbsminderungsrente (Rentenversicherung) auch die Verletztenrente (Unfallversicherung), die Ausgleichsrente (Versorgungsverwaltung) sowie die Grundsicherung bei dauerhafter Erwerbsminderung (Sozialhilfe); *Welti* 2005, S. 172.

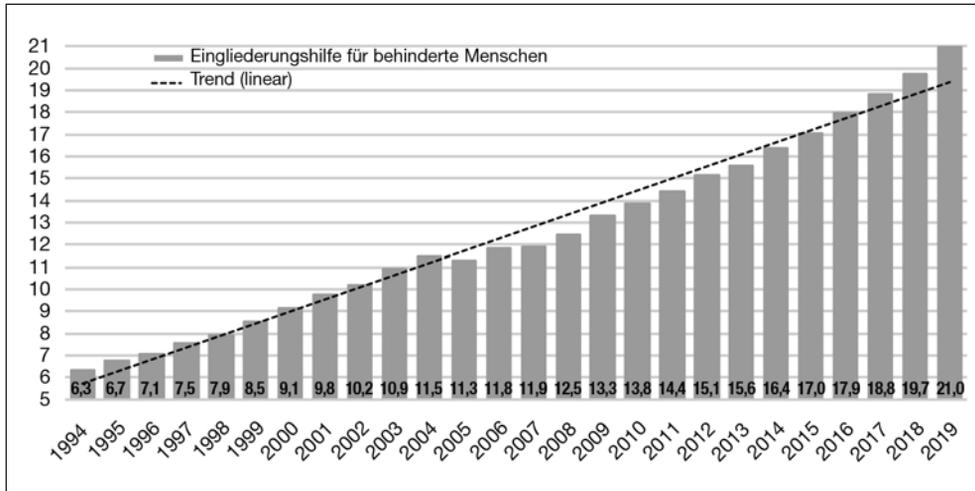
16 Im Bundessozialhilfegesetz (BSHG) wurden von 1962 bis 2004 existentielle „Hilfen zum Lebensunterhalt“ und „Hilfen in besonderen Lebenslagen“, darunter insbesondere die Eingliederungshilfe für behinderte Menschen (§§ 39–47 BSHG), unterschieden; *Rudloff* 2019, S. 108. Die Eingliederungshilfe umfasst die gesamte Spannweite der Rehabilitationsleistungen der medizinischen, beruflichen und weiteren Leistungen; *Bieritz-Harder* 2018, Rn. 3.

17 2013 betragen die Ausgaben 30 Millionen Euro für rund 17 Millionen erwachsene Menschen mit einer Behinderung, chronischen Erkrankung oder einer Erwerbsminderung; Bundesministerium für Arbeit und Soziales 2016, S. 180. Nach Angaben der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (2019) sind die Ausgaben von 11,3 Milliarden Euro im Jahr 2007 auf 36,5 Milliarden Euro im Jahr 2017 gestiegen.

18 Aufgrund der Reform des BSHG zum Zwölften Sozialgesetzbuch (SGB XII) zum 1.1.2005 reichen die vergleichbaren statistischen Daten nur bis in dieses Jahr zurück; Statistisches Bundesamt (Destatis) 2020d; 2020e.

19 Die Übergangquote aus WfbM in den ersten Arbeitsmarkt beträgt durchschnittlich weniger als ein Prozent und pro Jahr wechseln etwa 14 000 Menschen von der Trägerschaft der Bundesagentur für Arbeit in WfbM; *Lammers* 2020, S. 732, 734.

Abbildung 1: Ausgaben der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen von 1994 bis 2019 (in Milliarden Euro)



Quelle: eigene Darstellung nach Statistisches Bundesamt (Destatis) 2020d, Datenbasis: GENESIS-Online Datenbank, Statistik der Ausgaben und Einnahmen der Sozialhilfe (Bruttoausgaben ohne Erstattungen).

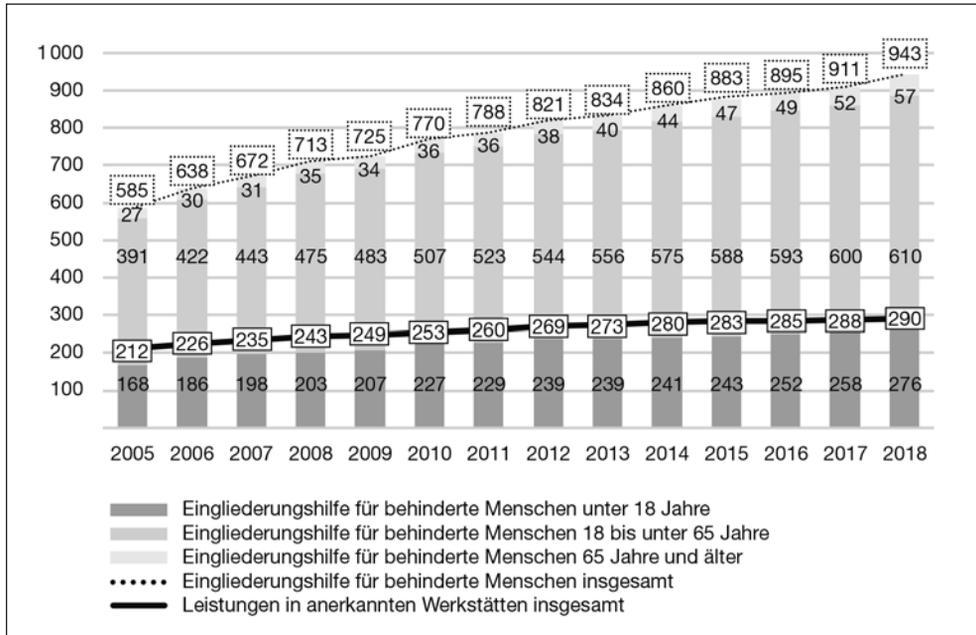
Da die Gesundheit und die Erwerbsbeteiligung vieler Menschen bereits vor dem Renteneintritt abnehmen, steigt das Risiko, aufgrund einer chronischen Erkrankung eine Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit (Erwerbsminderungsrente, EM-Rente) beantragen zu müssen, 2019 waren dies 16,5 Prozent aller Rentenanzugänge.²⁰ Um die Finanzierung angesichts der demografischen Entwicklung langfristig sicherzustellen, wurde der Altersübergang, damit auch die EM-Rente, mehrfach reformiert. Im Jahr 2019 haben die Zugänge in die Erwerbsminderungsrente auch demografiebedingt fast wieder das Niveau von 1994 erreicht (Abbildung 3). 2001 wurde die Erwerbs- und Berufsunfähigkeitsrente durch eine zweistufige Erwerbsminderungsrente ersetzt und Abschläge bei vorzeitiger Inanspruchnahme eingeführt, 2007 wurde das Zugangsalter von 63 auf 65 Jahre heraufgesetzt. Infolge der Rentenreformen trugen die durchschnittlichen EM-Zahlbeträge immer weniger zur Armutsvermeidung bei, sodass 2019 14,7 Prozent der über 1,8 Millionen Er-

werbsminderungsrentner ergänzende Leistungen aus der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung bezogen; im Jahr der Einführung 2003 waren dies 4,1 Prozent (im Vergleich zu den Altersrenten 2019 2,6 und 2003 1,2 Prozent). Verbesserungen bei der Zurechnungszeit in den Jahren 2014 und 2019 (zuvor bereits in 1999) führten zu wieder ansteigenden Zahlbeträgen.²¹ Aufgrund dieser seit Jahren signifikant steigenden Kosten und Empfängerzahlen in die Eingliederungshilfe und die Werkstätten für

²⁰ Unter Berücksichtigung gewisser Selektionseffekte ist nach Hagen und Himmelreicher (2020, S. 732) „der Bezug einer Erwerbsminderungsrente ein valider Indikator für chronische Erkrankungen“; Deutsche Rentenversicherung Bund 2020.

²¹ 1997 Rentenreformgesetz (RRG 1999), 2001 Gesetz zur Reform der Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit (EM-Reformgesetz), 2007 Gesetz zur Anpassung der Regelaltersgrenze an die demografische Entwicklung und zur Stärkung der Finanzierungsgrundlagen der gesetzlichen Rentenversicherung (RV-Altersgrenzenanpassungsgesetz), 2014 Gesetz über Leistungsverbesserungen in der gesetzlichen Rentenversicherung (RV-Leistungsverbesserungsgesetz), 2019 Gesetz über Leistungsverbesserungen und Stabilisierung in der gesetzlichen Rentenversicherung (RV-Leistungsverbesserungs- und -Stabilisierungsgesetz); Deutsche Rentenversicherung Bund 2020, Glossar; Hagen und Himmelreicher 2020, S. 730 f.

Abbildung 2: Empfänger von Eingliederungshilfe für behinderte Menschen nach Altersgruppen* und Menschen in anerkannten Werkstätten**, 2005 bis 2018 (in Tausend)



Anmerkungen: * 2005 bis 2007: ohne Bremen; 2007: Im Saarland besteht eine Untererfassung bei der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen. Im Laufe des Jahres fehlen außerhalb von Einrichtungen circa 700 Fälle. ** Leistungen in anerkannten Werkstätten, ab 2018 Leistungen im Arbeitsbereich anerkannter Werkstätten.

Quelle: eigene Darstellung nach Statistisches Bundesamt (Destatis) 2020e, Datenbasis: GENESIS-Online Datenbank, Statistik der Empfänger von Leistungen (5.-9. Kapitel SGB XII).

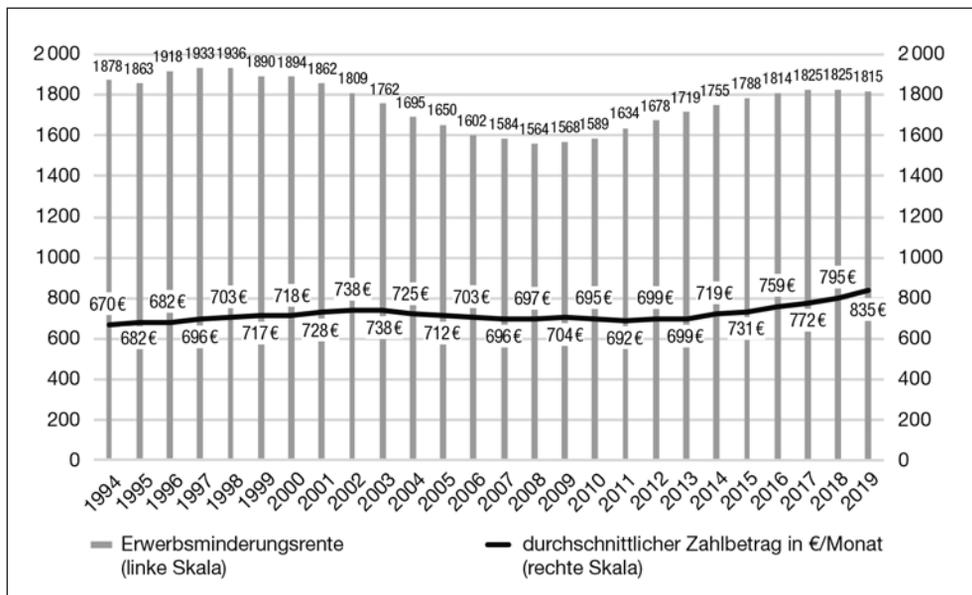
behinderte Menschen suchten Bund und Länder bereits im Vorfeld der Überlegungen zur Weiterentwicklung des Bundessozialhilfegesetzes (BSHG) zum Zwölften Sozialgesetzbuch (SGB XII) im Jahr 2005 nach Lösungen unter der Maßgabe, dass „keine neue Ausgabendynamik“²² entstünde. Diskutiert wurden erleichterte Übergänge und die verbesserte Integration in den ersten Arbeitsmarkt, die Schaffung eines Bundes-teilhabegesetzes (BTHG) und die Reform der Eingliederungshilfe zu einem Teilhaberecht.²³ Die demografische Herausforderung besteht zusammengefasst darin, für wachsende Bevölkerungsanteile der älteren, behinderten und von Behinderung bedrohten

Menschen zielgerichtete Maßnahmen zum Erhalt oder zur Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit zu implementieren sowie angesichts des Wandels der Arbeitswelt und des Krankheitsspektrums zu vermehrt chronisch-degenerativen und psychischen

22 BT-Drs. 18/9522, S. 1. Bereits Anfang der 1970er-Jahre wurde die Herauslösung der Eingliederungshilfe aus dem BSHG diskutiert, um den steigenden finanziellen Druck für die Kommunen zu mildern, aber auch, um die sozialrechtliche Stellung der Behinderten zu stärken; Rudloff 2019, S. 123.

23 Rudloff 2019, S. 123 ff. Ab 2018 sollen die Kommunen um jährlich 5 Milliarden Euro über eine Erhöhung des Umsatzsteueranteils der Gemeinden und Länder sowie durch die Beteiligung des Bundes an den Kosten der Unterkunft entlastet werden; BT-Drs. 18/9522, S. 1.

Abbildung 3: Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit von 1994 bis 2019 (in Tausend und durchschnittlicher Zahlbetrag in Euro pro Monat*)



Anmerkungen: * Anzahl der EM-Bestandsrenten (ohne die in Altersrenten umgewandelten EM-Renten) jeweils am 31.12. des Berichtsjahres; durchschnittliche Rentenzahlbeträge bei EM-Bestandsrenten in Euro pro Monat netto vor Steuern (nach Abzug des Beitrages für die (Private) Krankenversicherung der Rentner, KVdR-/PVdR-Beitrag).

Quelle: eigene Darstellung nach Statistik der Deutschen Rentenversicherung, Datenbasis: Rentenbestand am 31.12., verschiedene Jahrgänge; Deutsche Rentenversicherung Bund 2020.

Erkrankungen die Gesundheitsförderung und Prävention zu stärken.²⁴

3. Bundesprogramm „Innovative Wege zur Teilhabe am Arbeitsleben – rehapro“

3.1 Die Förderung von Modellvorhaben zur Stärkung der Rehabilitation nach § 11 SGB IX im Kontext des Bundesteilhabegesetzes

Die Förderung von Modellvorhaben zur Stärkung der Rehabilitation nach § 11 SGB IX ist im Rahmen der Neugestaltung des SGB IX durch das Bundesteilhabegesetz (Gesetz zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen –

BTHG, vom 23. Dezember 2016) verankert worden. In diesem Kontext sind insbesondere die folgenden Zielsetzungen des BTHG hier relevant:

- eine noch bessere Zusammenarbeit der Träger der Rehabilitation und Teilhabe „wie aus einer Hand“,

²⁴ Nowossadeck 2019. Mit dem Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz – Prävg) wurde 2015 die nationale Präventionsstrategie zur kooperativen Zusammenarbeit der Akteure angestoßen, deren Umsetzung und Weiterentwicklung die Nationale Präventionskonferenz (NPK) gewährleisten soll, BT-Drs. 18/4282. 2016 werden mit dem Gesetz zur Flexibilisierung des Übergangs vom Erwerbsleben in den Ruhestand und zur Stärkung von Prävention und Rehabilitation im Erwerbsleben (Flexirentengesetz) unter anderem Präventionsleistungen (nach § 14 Absatz 1 SGB VI) sowie für Kinder und Jugendliche Nachsorgeleistungen und die ambulante Rehabilitation als Pflichtleistungen der Rentenversicherung eingeführt; BT-Drs. 18/9787; Deutsche Rentenversicherung Bund 2019, S. 11, S. 17, siehe dazu auch das Themencluster in Abschnitt 3.4.2.

- eine verbesserte Steuerungsfähigkeit der Eingliederungshilfe, um „keine neue Ausgabendynamik entstehen zu lassen und den insbesondere demografisch bedingten Ausgabenanstieg in der Eingliederungshilfe zu bremsen“, sowie
- präventive Maßnahmen im SGB VI und im SGB II zu ergreifen und neue Wege zu erproben, „um die Erwerbsfähigkeit von Menschen mit (drohenden) Behinderungen zu erhalten und so Übergänge in die Eingliederungshilfe zu reduzieren“.²⁵

Inhaltlicher Schwerpunkt des BTHG ist die Neufassung des SGB IX, welches von 2017 bis 2023 in vier Reformstufen umgesetzt werden soll. Im allgemeinen Teil I (Rehabilitations- und Teilhaberecht) wurden Zuständigkeiten, Koordinierung der Leistungen sowie Teilhabeplan- und Erstattungsverfahren für alle Rehabilitationsträger im gegliederten Sozialleistungssystem ab 1.1.2018 verbindlich normiert. Die medizinischen, beruflichen und sozialen Teilhabeleistungen wurden genauer gefasst und um Leistungen zur Teilhabe an Bildung erweitert (§ 5 SGB IX). Ab 2023 wird das bisher in Teil 2 geregelte Schwerbehindertenrecht als Teil 3 weiterentwickelt. Mit dem neuen Teil 2 (Eingliederungshilferecht) wurde die Eingliederungshilfe für behinderte Menschen aus dem Fürsorgesystem des SGB XII (Sozialhilfe) zum 1.1.2020 herausgeführt (Aufhebung des Sechsten Kapitels SGB XII) und mit der Weiterentwicklung zum Teilhaberecht ein Systemwechsel vollzogen.²⁶

Zur Förderung von innovativen Modellvorhaben nach § 11 SGB IX stellt das BMAS einmalig Fördermittel für Projekte der Rentenversicherungsträger (Rechtskreis SGB VI) und Jobcenter (Rechtskreis SGB II) bereit. Die Modellvorhaben sollen den Vorrang von Leistungen zur Teilhabe nach § 9 SGB IX und die Sicherung der Erwerbsfähigkeit nach § 10 SGB IX unterstützen (§ 11 SGB IX Absatz 1). Mit Rekurs auf die §§ 9 und 10 SGB IX wird der Grundsatz „Rehabilitation vor Rente“ betont, wonach bei der Erbringung von Sozialleistungen wegen oder unter

Berücksichtigung einer Behinderung „alle Möglichkeiten zu positiven Entwicklungsprozessen zu nutzen“ und unabhängig von dem Zuständigkeitsbereich des Rehabilitationsträgers, bei dem der Antrag gestellt worden ist, zu prüfen ist, ob die Leistungen zur Teilhabe voraussichtlich erfolgreich sein werden.²⁷ Ferner soll zur Erhaltung der Erwerbsfähigkeit das nahtlose Ineinandergreifen der Leistungen zur medizinischen (LMR, §§ 42 ff. SGB IX) und beruflichen Rehabilitation (LTA, §§ 49 ff. SGB IX) sichergestellt werden, wozu auch das Integrationsamt und – im Rahmen der Ausbildungs- und Arbeitsvermittlung – die Bundesagentur für Arbeit (BA) präventiv beteiligt werden sollen.²⁸ Die weiteren Einzelheiten der Förderung werden in Förderrichtlinien des BMAS geregelt (§ 11 Absatz 2 SGB IX), eine entsprechende Förderrichtlinie wurde am 2. Mai 2018 bekannt gemacht. Für die Modellprojekte stehen für die beiden Rechtskreise SGB II und SGB VI je bis zu 500 Millionen Euro zur Verfügung. Zeitgleich wurde der erste Förderaufruf zum Bundesprogramm „Innovative Wege zur Teilhabe am Arbeitsleben – rehapro“ veröffentlicht; ein zweiter von insgesamt möglichen drei Förderaufrufen wurde am 25. Mai 2020 bekannt gegeben.²⁹

25 BT-Drs. 18/9522, S. 2 f. Durch effektivere Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsprüfungen soll die Steuerungsfähigkeit der Eingliederungshilfe erhöht werden; ebd., S. 198.

26 Durch die jetzt stringente Trennung von Leistungen zur Teilhabe (Fachleistungen) und existenzsichernden Leistungen zum Lebensunterhalt erhalten erwachsene Menschen mit Behinderungen unter Berücksichtigung ihres Wunsch- und Wahlrechts die notwendige Unterstützung nun nicht mehr nach institutionellen Kriterien (Wohnformen), sondern nach ihren persönlichen Bedarfen (personenorientiert) gemäß SGB XII beziehungsweise SGB II, wie bei nicht behinderten Menschen auch; für Kinder und Jugendliche gelten die bisherigen Regelungen weiter; BT-Drs. 18/9522, S. 3 f., S. 190; SGB IX § 90; *Jabben* 2020, SGB IX § 90 Rn. 1–15; *Lammers* 2020, S. 733.

27 § 11 Abs 1 SGB IX; *Jabben* 2020, SGB IX § 9 Rn. 1–8, hier Rn. 1 und Rn. 5.

28 § 11 Abs 1 SGB IX; *Jabben* 2020, SGB IX § 10 Rn. 1–5, hier Rn. 1.

29 § 11 Abs 2 SGB IX; zur Förderrichtlinie Bundesanzeiger 2018a BAnz AT 04.05.2018 B1 sowie der Änderungsbekanntmachung Bundesanzeiger 2018b BAnz AT 20.06.2018 B5; Erster Förderaufruf Bundesanzeiger 2018c BAnz AT 04.05.2018 B2, Zweiter Förderaufruf Bundesanzeiger 2020 BAnz AT 25.05.2020 B3; <https://www.modellvorhaben-rehapro.de>; BT-Drs. 18/9522, S. 209 f.

3.2 Inhalt und organisatorische Umsetzung des Bundesprogramms rehapro

Der Gesetzgeber hat mit dem Bundesprogramm rehapro bewusst einen neuartigen Ansatz für eine bedarfsorientierte Weiterentwicklung des Teilhabesystems gewählt. Durch das offen ausgerichtete Förderprogramm sollen den Antragstellenden große Gestaltungsspielräume für eigene innovative Projektideen eröffnet werden („Bottom-up-Ansatz“). Kriterien für die Auswahl förderwürdiger Modellvorhaben sind daher vor allem der Innovationsgehalt, der zusätzliche Erkenntnisgewinn und das Potenzial zur Verstetigung der Ansätze. Aufgrund der Bedeutung für die Weiterentwicklung der Rehabilitation hat das BMAS eine wissenschaftliche Programmevaluation beauftragt.³⁰ Für diese, auch gesetzlich vorgesehene Evaluation der Modellvorhaben wurde ein Konsortium aus sieben Forschungsinstituten unter der Leitung von Prof. Dr. Martin Brüssig, Institut Arbeit und Qualifikation (IAQ) der Universität Duisburg-Essen, beauftragt. Schwerpunkte der Programmevaluation rehapro sind neben einer allgemeinen Wirkungsforschung des Bundesprogramms die Analyse von besonders zielführenden Ansätzen und Herangehensweisen in der Prävention, Früherkennung, Rehabilitation und Nachsorge, von besonders wirksamen Formen der rechtskreisübergreifenden Zusammenarbeit und organisatorischen Maßnahmen sowie von Möglichkeiten zur Verallgemeinerung und Verstetigung der Modellansätze. Die Erkenntnisse sollen dazu dienen, Vorschläge für die Weiterentwicklung von gesetzlichen Grundlagen im Bereich der Rehabilitation für eine mögliche Verstetigung und bundesweiten Übertragung in das Regelangebot der Jobcenter und der Rentenversicherungsträger zu erarbeiten.³¹ Dazu arbeitet die Programmevaluation eng mit den wissenschaftlichen Forschungsinstituten (Hochschulen, Universitäten) zusammen, die in allen Projekten der Rentenversicherungsträger zur Quali-

täts- und Ergebnissicherung eingebunden sind.

Die Jobcenter wie auch die Rentenversicherungsträger können in ihrem Zuständigkeitsbereich Modellvorhaben vor Eintritt von Rehabilitationsbedarfen, vor Übergängen in WfbM und vor Eintritt einer Erwerbsminderung erproben, um die Grundsätze „Prävention vor Rehabilitation vor Rente“ zu stärken und damit den Zugang in die Eingliederungshilfe, in WfbM und in die EM-Rente nachhaltig zu senken und die auch demografiebedingte Ausgabendynamik zu dämpfen.³² Zur Unterstützung und Koordination der Modellprojekte der Rentenversicherungsträger wurde 2017 im Geschäftsbereich Prävention, Rehabilitation und Sozialmedizin der Deutschen Rentenversicherung Bund die Kontaktstelle rehapro eingerichtet. Ihre Aufgaben umfassen unter anderem die Beratung und Bündelung von Ideen zu Modellvorhaben der Träger der Deutschen Rentenversicherung und die Einleitung von frühzeitigen Kooperationen. Ihr obliegen die fachlich-inhaltliche Prüfung der rehapro-Modellvorhaben der Rentenversicherung, die Leitung der gemeinsamen Koordinierungsgruppe rehapro (KOREPRO) der 16 Rentenversicherungsträger sowie die Vertretung im Lenkungsausschuss und gegenüber dem BMAS im Rahmen ihrer Grundsatz- und Querschnittsfunktion. Mit der zuwendungsrechtlichen und organisatorischen Abwicklung der Modellvorhaben für beide Rechtskreise wurde die Fachstelle rehapro bei der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See vom BMAS beauftragt. Der Fachstelle obliegen zudem die inhaltliche Prüfung der Modellvorhaben der Jobcenter und die organisatorische Unterstützung

³⁰ Bundesministerium für Arbeit und Soziales 2020, S. 3, S. 8 ff.

³¹ § 11 Abs. 5 SGB IX; Jabben 2020, SGB IX § 11 Rn. 1–5, hier Rn. 5; Deutsche Rentenversicherung Bund 2019, S. 22; <https://programmevaluation-rehapro.de>; BT-Drs. 18/9522, S. 231.

³² Jabben 2020, SGB IX § 11 Rn. 1–5, hier Rn. 3; Förderrichtlinie des BMAS, Bundesanzeiger 2018a BAnz AT 04.05.2018 B1; <https://www.modellvorhaben-rehapro.de>; BT-Drs. 18/9522, S. 231, S. 3; Vorrang der Prävention nach § 3 SGB IX.

des Beirates rehapro und des Lenkungsausschusses.³³

3.3 Modellvorhaben der Rentenversicherungsträger im ersten Förderaufruf – ein Überblick

Im Rahmen des ersten Förderaufrufes werden vom BMAS insgesamt 55 Modellvorhaben gefördert, davon 30 Modellvorhaben der Rentenversicherungsträger mit einem Fördervolumen von knapp 90 Millionen Euro und für geplant rund 20 000 Teilnehmende aus der förderfähigen Zielgruppe. Bei 24 Modellprojekten sind die Rentenversicherungsträger alleinige Antragsteller, bei sechs Vorhaben handelt es sich um gemeinsame Verbundprojekte, die rechtskreisübergreifend mit den Jobcentern umgesetzt werden sollen. Bei den Verbundprojekten erfolgt die Zuordnung entsprechend dem Rechtskreis des hauptantragstellenden Verbundkoordinators, so dass dem Rechtskreis SGB VI 25 Projekte und dem Rechtskreis SGB II fünf Projekte zugeordnet wurden (siehe Auflistung im Anhang). Neben diesen 25 Projekten engagieren sich die Rentenversicherungsträger in 20 Fällen bei SGB VI-Modellvorhaben als Mit-antragssteller mit eigenen Fördermitteln. In 21 Fällen sind Rentenversicherungsträger als Verbundpartner ohne eigene Fördermittel beteiligt, sodass sich insgesamt 66 SGB-VI-Projektbeteiligungen ergeben.³⁴ Aufgrund ihrer bundesweiten Zuständigkeit beteiligen sich die beiden Bundesträger bei zahlreichen Vorhaben der Jobcenter und der regionalen Rentenversicherungsträger, letztere sind ebenfalls vielfach Verbünde mit Antragsberechtigten aus beiden Rechtskreisen eingegangen.³⁵

Zur Zielgruppe des Förderprogramms gehören Menschen mit nicht nur vorübergehenden gesundheitlichen Einschränkungen, die entweder nach dem SGB VI oder nach dem SGB II leistungsberechtigt sind. Um eine „erhebliche Gefährdung der Gesundheit zu beseitigen oder eine durch chronische Erkrankungen beeinträchtigte Gesundheit* we-

sentlich zu bessern oder wiederherzustellen“ gehören Kinder, Jugendliche, jüngere und ältere Menschen, Frauen und Menschen mit Migrationshintergrund ebenfalls zur förderfähigen Zielgruppe.³⁶ Die Ziele der Modellvorhaben beziehen sich zu 90 Prozent darauf, „die Erwerbsfähigkeit zu erhalten und wiederzustellen“ und „die gesellschaftliche und berufliche Teilhabe zu verbessern“ (27 Projekte). 67 beziehungsweise 57 Prozent der Vorhaben verfolgen die Zielsetzung „einer drohenden (Teil-)Erwerbsminderung entgegenwirken“ und/oder „einer chronischen Erkrankung oder drohenden Behinderung vorbeugen“ (20 beziehungsweise 17 Projekte), ein Projekt widmet sich der Förderung der Kinder- und Jugendrehabilitation im Setting Schule. Insgesamt ist die Mehrheit der Modellvorhaben drei oder vier Zielsetzungen des Förderaufrufes zugewandt, ein Fünftel der Vorhaben fokussiert sich auf zwei beziehungsweise ein förderpolitisches

33 § 11 Abs 4 SGB IX; *Jabben* 2020, SGB IX § 11 Rn. 5. Der Beirat rehapro besteht aus Vertretern der Sozialpartner, der Betroffenenverbände, der Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände, der Bundesagentur für Arbeit, der Deutschen Rentenversicherung Bund, dem GKV-Spitzenverband, der Arbeits- und Sozialministerkonferenz, den Bundesarbeitsgemeinschaften der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen/der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und der Eingliederungshilfe/der Freien Wohlfahrtspflege, der Arbeitsgemeinschaft Medizinische Rehabilitation SGB IX, dem Netzwerk berufliche Rehabilitation sowie der Wissenschaft; Bundesministerium für Arbeit und Soziales 2020, S. 9; <https://www.modellvorhaben.rehapro.de>. Der Lenkungsausschuss setzt sich zusammen aus Vertretern der umsetzenden Akteure und dem BMAS.

34 Diese und nachfolgende Detailinformationen sind größtenteils intern vorliegenden Unterlagen der Kontaktstelle rehapro bei der Deutschen Rentenversicherung Bund entnommen, die wiederum auf den Angaben der Antragsteller beruhen. Ferner wurden die öffentlich zugänglichen Informationen zu allen 55 geförderten Projekten im ersten Förderaufruf von rehapro genutzt, wie die Broschüre des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (2020) und die Homepages des BMAS, des Modellvorhabens rehapro, der Programmevaluation rehapro sowie der REHADAT-Forschung, <https://www.rehadat-forschung.de>.

35 Bei den 25 Modellvorhaben aus dem Rechtskreis SGB II, bei denen die Jobcenter alleinige Antragsteller sind, haben sich zehn Rentenversicherungsträger bei acht Projekten als Verbundpartner ohne eigene Fördermittel beteiligt; umgekehrt sind 34 Jobcenter in vier Projekten der Rentenversicherungsträger als Verbundpartner ohne eigene Fördermittel eingebunden. Viele Projekte der Rentenversicherungsträger, wie auch der Jobcenter, kooperieren zudem mit den regionalen Arbeitsagenturen.

36 Bundesanzeiger 2018a BAnz AT 04.05.2018 B1, Ziffer 1.2, Ziffer 2.2. Im Rahmen der Kinder- und Jugendrehabilitation finden die Voraussetzungen nach § 15a Absatz 1 SGB VI, bei der Prävention die Voraussetzungen nach § 14 Absatz 1 SGB VI oder analog Anwendung; ebd., Ziffer 2.2.

Tabelle 3: Zielkombinationen der Modellvorhaben der Rentenversicherungsträger

Ziel Anzahl Ziele	Erwerbsfähigkeit erhalten und wiederherstellen	gesellschaftliche und berufliche Teilhabe verbessern	drohender (Teil-) Erwerbsminderung entgegenwirken	chronischer Erkrankung/ drohender Behinderung vorbeugen	Kinder- und Jugendrehabilitation	Zahl der Projekte
vier Ziele	✓	✓	✓	✓		11
drei Ziele	✓	✓		✓		4
	✓	✓	✓			6
	✓		✓	✓		2
zwei Ziele		✓	✓			1
	✓	✓				4
ein Ziel		✓			✓	2

Quelle: eigene Darstellung, Datengrundlage: interne Antragsunterlagen der 30 Modellvorhaben der Rentenversicherungsträger; Kontaktstelle rehapro, Deutsche Rentenversicherung Bund.

Ziel (Tabelle 3). In den Projekten wird in vielfacher Weise das Bestreben des BTHG und des neugestalteten SGB IX – die Förderung der beruflichen, sozialen und gesellschaftlichen Teilhabe – zum Ausdruck gebracht, manche Projekte adressieren die soziale Teilhabe und die Teilhabe an Bildung über weitere, direkte und indirekte Maßnahmen. So wird beispielsweise das soziale, familiäre und berufliche Umfeld oder die institutionelle Selbsthilfe eingebunden, andere Projekte nutzen Qualifizierungsangebote oder fördern die Gesundheitskompetenz.

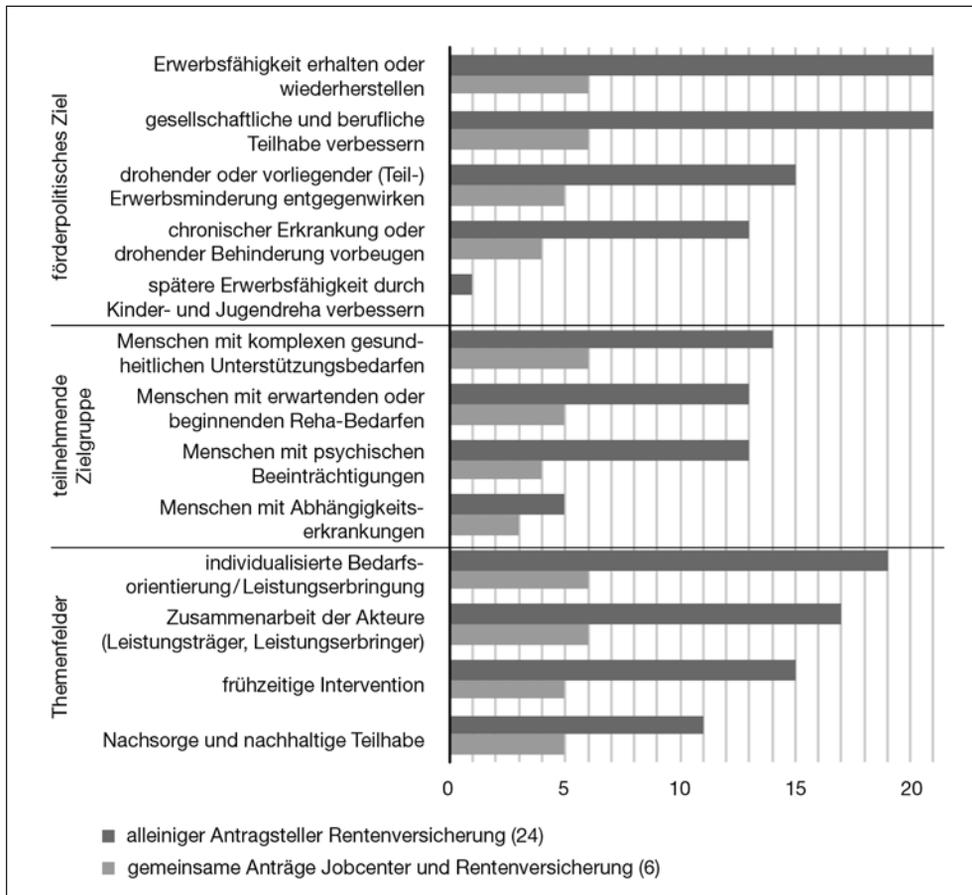
Die förderpolitischen Ziele, förderfähigen Zielgruppen und Themenfelder der Modellprojekte der Rentenversicherungsträger sind in Abbildung 4 aufgeführt. Bezogen auf die Zielgruppen, die in den Modellvorhaben angesprochen werden sollen, richten sich 67 beziehungsweise 60 Prozent an „Menschen mit komplexen gesundheitlichen Unterstützungsbedarfen“ und an „Menschen mit zu erwartenden oder beginnenden Rehabilitationsbedarfen“. Angesichts der in den

letzten Jahren gestiegenen Bedeutung von psychischen Erkrankungen für Arbeitsunfähigkeitstage³⁷ und EM-Renten (Abbildung 5) stand gemäß Förderaufruf die Zielgruppe „Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen“ explizit im Fokus, dieser Zielgruppe haben sich 57 Prozent der Modellvorhaben der Rentenversicherungsträger zugewandt. Einer weiteren – im Förderaufruf explizit genannten Zielgruppe – der „Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen“ sind 27 Prozent der Vorhaben gewidmet. Letztere gehören ebenfalls der Diagnosegruppe der „Psychischen und Verhaltensstörungen“ an.

In den letzten 25 Jahren hat sich das Krankheitsspektrum bei den EM-Renten von orthopädischen zu psychischen Erkrankungen – mit einer hohen Tendenz zur Chronifizierung und vorzeitigem Ausstieg aus dem Erwerbsleben bei beiden Geschlechtern – verschoben. Waren 1994 noch für 28 beziehungs-

³⁷ Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin 2016.

Abbildung 4: Anzahl der Projekte der Rentenversicherungsträger nach förderpolitischen Zielen, Zielgruppen und Themenfeldern, Mehrfachnennung möglich

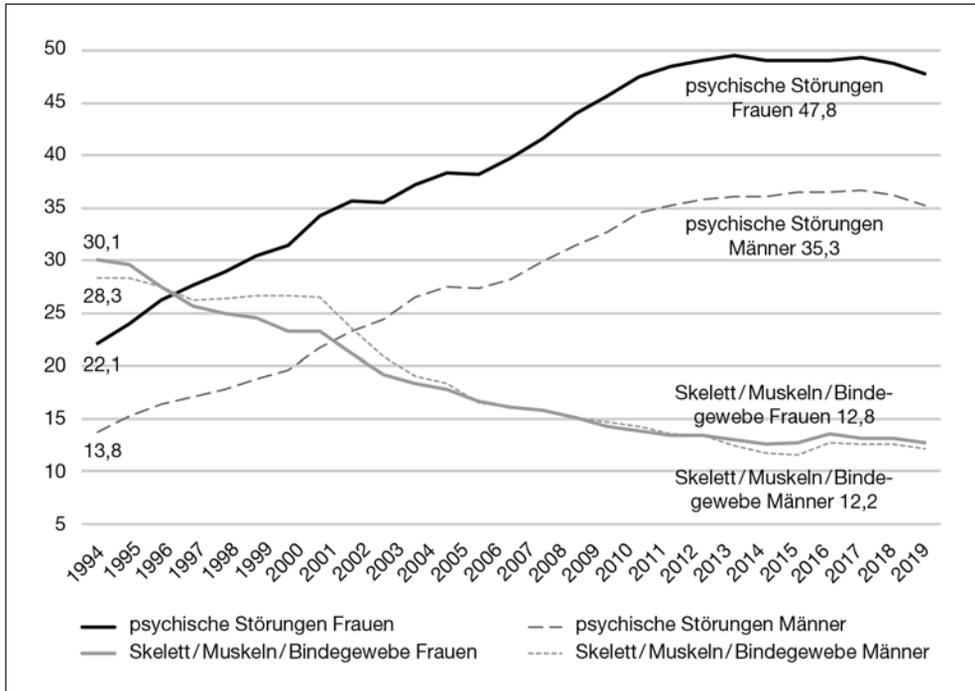


Quelle: eigene Darstellung, Datengrundlage: interne Antragsunterlagen der 30 Modellvorhaben der Rentenversicherungsträger, Mehrfachnennung möglich; Kontaktstelle rehapro, Deutsche Rentenversicherung Bund.

weise 30 Prozent der Männer und Frauen die orthopädischen Diagnosen der Hauptberentungsgrund,³⁸ so haben sich diese auf 12 bis 13 Prozent reduziert. Demgegenüber sind die Hauptberentungsgründe wegen psychischer Diagnosen bei den Männern von knapp 14 auf rund 35 Prozent und bei den Frauen von 22 auf fast 48 Prozent gestiegen. Dafür werden verschiedene Gründe diskutiert, unter anderem eine bessere Diagnostik, eine höhere gesellschaftliche Akzeptanz für psychi-

38 Die Diagnosegrundgruppen der Rentenversicherung orientieren sich an den von der WHO vorgegebenen Kapiteln der International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, ICD). Die Verschlüsselung erfolgt nach der zehnten Revision (ICD-10); Deutsche Rentenversicherung 2020, Glossar, S. 295; Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation 2018, Glossar, S. 533. „Psychische und Verhaltensstörungen“ werden in der Diagnosegruppe F (F-Diagnosen) nach ICD-10 erfasst. Neben orthopädischen und psychischen Erkrankungen gehören die Herz-/Kreislauferkrankungen und Neubildungen zu den häufigsten Diagnosegrundgruppen für Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit bei Frauen und Männern im betrachteten Zeitraum; siehe Deutsche Rentenversicherung 2020.

Abbildung 5: Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit aufgrund orthopädischer oder psychischer Erkrankungen* nach Geschlecht, 1994 bis 2019 (Anteile in Prozent)



Anmerkungen: * Anteil der Diagnosegrundgruppe an den EM-Renten insgesamt nach Geschlecht. Verschlüsselung nach ICD 10 mit F-Diagnosen für psychische und Verhaltensstörungen und für Krankheiten von Skelett/Muskeln/Bindegewebe mit M-, S-, T- und Q-Diagnosen.

Quelle: eigene Darstellung nach Statistik der Deutschen Rentenversicherung, Datenbasis: Rentenzugang, verschiedene Jahrgänge; ab 2016 mit neuer Zuordnung einiger S-, T-, Q- und Z-Diagnosen, ab 2017 mit Fällen mit nicht erfasster 1. Diagnose und 1993 bis 1999 inklusive Renten nach Artikel 2 Rentenüberleitungsgesetz (RÜG); Deutsche Rentenversicherung Bund 2020.

sche Erkrankungen, der strukturelle Wandel am Arbeitsmarkt und veränderte psychische Belastungen im Arbeitsleben. Hinsichtlich der förderpolitischen Themenfelder wird in 83 Prozent der Vorhaben eine „individualisierte Bedarfsorientierung/Leistungserbringung“ verfolgt, wie sie dem neuen Verständnis des SGB IX inhärent ist. In 77 Prozent der Projekte wird die „Zusammenarbeit der Akteure“ erprobt, beispielsweise von Leistungsträgern untereinander oder mit anderen Leistungserbringern, welche ebenfalls den Grundsatz „(alles) wie aus einer Hand“ berücksichtigt. In 67 Pro-

zent der Modellvorhaben soll der Rehabilitationsprozess durch eine möglichst noch „frühzeitigere Intervention“ verbessert werden. Bei 53 Prozent der Projekte soll durch eine umfassende „Nachsorge und nachhaltige Teilhabe“ ein Beitrag zur Stärkung der Rehabilitation im Sinne von rehapro erreicht werden. Zusammengefasst werden in 16 Modellvorhaben innovative Leistungen und in drei Projekten innovative organisatorische Maßnahmen erprobt. Letzteres betrifft beispielsweise die Koordination der träger- und rechtskreisübergreifenden Zusammenarbeit oder die Unterstützung von

Unternehmen beim betrieblichen Eingliederungsmanagement (BEM). In elf Projekten wird eine Mischform aus beiden Innovationen verfolgt, etwa durch Kombination einer neuartigen, individuellen Leistung für Menschen, die im bisherigen System nur schwer erreicht werden konnten, oder die die Angebote der Rentenversicherung eher selten in Anspruch genommen haben. Nachfolgend werden die seitens der Modellvorhaben der Rentenversicherungsträger aufgegriffenen Themen gebündelt und exemplarisch die vier Themencluster innovative Zugangswege und Versorgungsketten, Zugang und Inanspruchnahme von Präventionsleistungen der Rentenversicherung, integrationsorientierte berufliche Rehabilitationsprozesse (Return-to-Work und Stay-at-Work) und ein rechtskreisübergreifendes Leistungsportfolio durch die temporäre Aussetzung des Leistungsverbot nach § 22 Absatz 2 SGB III vorgestellt.

3.4 Modellvorhaben der Rentenversicherungsträger – vier exemplarische Themencluster

3.4.1 Themencluster „Optimierung von Zugangswegen und Versorgungsketten“

Wenn Rehabilitation Teilhabe ermöglichen soll,³⁹ stellt sich die Frage, wie diejenigen Menschen erreicht werden können, die von chronischer Erkrankung, drohender Behinderung oder von gesundheitlichen Einschränkungen betroffen sind. Es geht für diese Personengruppe um einen frühzeitigen und möglichst einfachen Zugang zu präventiven und rehabilitativen Leistungen. Die Rentenversicherung erfährt in der Regel erst mit der Antragstellung für eine EM-Rente von gesundheitlichen Einschränkungen ihrer Versicherten. Die Problematik wird dadurch verdeutlicht, dass es bei mehr als der Hälfte der Neuzugänge in die EM-Rente zu einer Verrentung ohne vorherige medizinische oder berufliche Rehabilitation kommt.⁴⁰ Obwohl es dafür verschiedene

nachvollziehbare Gründe gibt, wie plötzlich auftretende schwerwiegende Erkrankungen, beispielsweise ein Herzinfarkt, erscheint es lohnenswert diese Quote zu senken.

Um Versicherte der Rentenversicherung und Kunden der Jobcenter mit ersten gesundheitlichen Beeinträchtigungen und erhöhtem Chronifizierungs- und Erwerbsminderungsrisiko noch frühzeitiger zu identifizieren, verfolgen die Modellprojekte verschiedene Ansätze. Zu nennen ist beispielsweise ein systematisches Screening und Profiling. Erprobt werden auch verschiedene Zugänge durch die Bildung von Netzwerken und die Zusammenarbeit von Leistungsträgern und Leistungserbringern. Die Optimierung von etwa Zugangswegen und Versorgungsketten wird etwa erprobt über⁴¹

- niedergelassene (Haus-)Ärzte und Psychotherapeuten, Betriebs- und Werksärzte (GIBI, SEMpsych, SEMPRES, SEMRES, SERVE, UE35);
- den ärztlichen Dienst der Jobcenter und Arbeitsagenturen, den Integrationsfachdienst, den sozialmedizinischen Dienst und die Reha-Fachberatung der Rentenversicherung (BEAS, ELAN, FREEMI, INN3plus, KiT, PräVAlo, PRO AKTIV, proFis, ReHa – rehapro Hamburg, Reha-Integrativ, Reha ohne Grenzen, ReHa-WeB, SERVE, Wabe-Net);
- den Firmenservice der Rentenversicherung (BEM-intensiv, PINA, proFis) und über Kontakte zu Arbeitgebern und Unternehmensnetzwerken (BEAS, GIBI, SEMpsych, SEMPRES, SEMRES);
- das Setting Schule zur Identifikation potenzieller Kinder und Jugendlicher mit Reha-Bedarf (Kids²);

³⁹ Seel 2019; Welts 2005; Weber/Peschkes und de Boer 2015.

⁴⁰ Deutsche Rentenversicherung Bund 2020 sowie interne Statistikauswertung nach medizinischen oder Teilhabeleistungen in den letzten fünf Jahren vor Beginn einer EM-Rente. Dies traf bei 71 109 von 161 534 EM-Zugängen im Jahr 2019 zu, das heißt mindestens eine medizinische Leistung oder eine berufliche Rehabilitation vor der EM-Rente lag bei 44 Prozent vor; interne Auswertung nach Deutsche Rentenversicherung Bund, Bereich Statistische Analysen.

⁴¹ Exemplarische Projekte nach Akronym, Mehrfachnennungen und unterschiedliche Gewichtung im Projektsetting möglich.

- die sektoren- sowie leistungsträger-/leistungserbringerübergreifende Zusammenarbeit der Akteure in der medizinischen, beruflichen und medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation, Rehabilitationskliniken (auch über den Sozialdienst oder das Entlassungsmanagement), Krankenhäuser und Berufsförderwerke (BEAS, BORA-TB, digIRENA, ELAN, FIRE, FREEMI, IPS-ZIB, INN3plus, JobProtection, KiT, PINA, ReHa – rehapro Hamburg, Reha-Integrativ, SEMpsych, SEMPRES, SEMRES, START);
- die institutionelle Selbsthilfe, Selbsthilfegruppen und die Einbindung von Menschen mit (drohender) Behinderung, zum Beispiel als Beschäftigte oder im Peer-Counselling (BEM-intensiv, ELAN, IPS-ZIB, KiT, JobProtection, PRO AKTIV, ReHa – rehapro Hamburg, ReHa-WeB, SEMPRES, SEMRES);
- Auswertungen
 - von Krankenkassendaten und dem Krankengeldmanagement bei längeren Arbeitsunfähigkeitszeiten (BEM-intensiv, ReHa – rehapro Hamburg, SEMpsych, SERVE);
 - von Rentenversicherungsdaten zu einem erhöhten Erwerbsminderungsrisiko mithilfe des Risikoindex Erwerbsminderungsrente (RI-EMR)⁴² (AktiFAME);
 - der subjektiven Arbeitsfähigkeit mithilfe des Work Ability Index (WAI)⁴³ oder des WAI-Scores (AktiFAME, PRO AKTIV, SERVE, UE35) sowie
 - digitalisierte Begleit- und Nachsorgeangebote oder einem digitalen sozialmedizinischen Kolloquium (BEM-intensiv, DigiRENA, PINA, SERVE).

3.4.2 Themencluster „Zugang und Inanspruchnahme von Präventionsleistungen der Rentenversicherung“

Seit es durch eine Änderung des § 31 Absatz 1 Nr. 2 SGB VI im Jahr 2009 möglich wurde, auch ambulante medizinische Leis-

tungen zur Sicherung der Erwerbsfähigkeit für Beschäftigte mit ersten gesundheitlichen Beeinträchtigungen, aber noch ohne Rehabilitationsbedarf zu erbringen, haben die Rentenversicherungsträger zahlreiche Modellprojekte zur berufsbegleitenden Prävention erfolgreich erprobt und evaluiert. 2015 wurde daraufhin ein einheitlicher bundesweiter Firmenservice für einen direkten Zugang zu Arbeitgebern und deren Beschäftigte eingeführt und mit dem Flexirentengesetz 2017 schließlich die Prävention für die Rentenversicherung gesetzlich verankert.⁴⁴

Die Verbesserung des Zugangs zu und die Inanspruchnahme von Präventionsleistungen der Rentenversicherung nach § 14 SGB VI steht in drei Modellvorhaben im Mittelpunkt. Durch die Vorhaben sollen gesundheitlich gefährdete Versicherte frühzeitig erkannt und der Zugang zu Präventions- und (medizinischen) Rehabilitationsleistungen der Rentenversicherung optimiert werden. Die nachfolgend skizzierten Präventionsprojekte richten sich an Menschen, die erste gesundheitliche Beeinträchtigungen aufweisen, die zwar noch keinen Krankheitswert haben, aber die ausgeübte Beschäftigung mittelfristig gefährden können:

- Präventionsprojekt „Modellvorhaben zur Verbesserung der Präventionsinanspruchnahme – PINA“:

⁴² Der RI-EMR hat sich als guter Prädiktor für das Risiko einer Erwerbsminderungsrente erwiesen. Dieser soll auf Basis von prozessproduzierten Daten der Deutschen Rentenversicherung prognostisch das Risiko einer (späteren) EM-Rente analysieren; *Bethge et al.* 2011.

⁴³ Der WAI hat sich als guter Prädiktor für die Wahrscheinlichkeit einer späteren Erwerbsminderung oder Mortalität erwiesen. Zudem hat er evidenzbasierte Zusammenhänge zwischen guter Arbeitsfähigkeit und guter Gesundheit aufgezeigt; *Bonsdorff et al.* 2012; *Bonsdorff et al.* 2016; *Ilmarinen* 2005; Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin 2013. Weitere Projekte nutzen den WAI beziehungsweise den WAI-Score als Screeninginstrument oder zur Evaluation der Maßnahmen. Letzterer beruht auf der evidenzbasierten ersten Frage („Derzeitige Arbeitsfähigkeit im Vergleich zu der besten, je erreichten Arbeitsfähigkeit“), zum Beispiel BEAS, GIBI, IPS-ZIB, SEMpsych, START.

⁴⁴ *Meffert/Mittag und Jeckel* 2013; zu den Modellprojekten Deutsche Rentenversicherung Bund 2011, S. 97 ff.; <https://www.deutsche-rentenversicherung.de>, Stichwort Firmenservice; Deutsche Rentenversicherung Bund 2019, S. 19, S. 13 f.; BT-Drs. 18/9787.

Die geringe Inanspruchnahme von Präventionsleistungen der Rentenversicherung, insbesondere von kleinen und mittleren Unternehmen (KMU), soll durch eine zielgruppenorientiertere Ausgestaltung verbessert werden. Dies erfolgt durch ein auf die Bedürfnisse der Versicherten ausgerichtetes flexibles Präventions- sowie auch vermehrt digitales Angebot und eine Ausgleichszahlung an den Arbeitgeber für den Arbeitsausfall bei Präventionsteilnahme der Beschäftigten.

– Präventionsprojekt „Prävention für Arbeitslose – PräVAlo“:

Nach derzeitiger Rechtslage können arbeitslose Versicherte mit Leistungsbezug aus dem SGB II und III keine Präventionsleistungen der Rentenversicherung erhalten. Erprobt werden soll daher ein modifiziertes Präventionsprogramm, welches sich an den Erfordernissen der Arbeitswelt orientiert und beispielsweise auch ein Modul zu den Folgen der Arbeitslosigkeit enthält.

– Präventionsprojekt „Ü35-Gesundheitscheck mit WAI – UE35“:

Die Rentenversicherung kann gemäß § 14 Absatz 3 SGB VI im Rahmen der nationalen Präventionsstrategie⁴⁵ Modellprojekte zur Gesundheitsvorsorge erst ab vollendetem 45. Lebensjahr erproben. Im Modellvorhaben soll eine Kombination des Gesundheits-Check-ups der Krankenkassen ab dem Alter von 35 Jahren (Ü35-Check) und dem Arbeitsbewältigungsindex (Work Ability Index, WAI)⁴⁶ erfolgen. Je nach individuellem Ergebnis werden Leistungen zur Prävention oder Rehabilitation eingeleitet.

3.4.3 Themencluster „Return-to-work und Stay-at-work“

Der gemäß §§ 9 und 10 SGB IX verankerte Vorrang von Teilhabeleistungen und die Sicherung der Erwerbsfähigkeit stehen bei 90 Prozent der Modellvorhaben im Vordergrund (vgl. Abschnitt 3.3). Die Rentenversicherung kann präventive (und rehabilita-

tive) Maßnahmen auf individueller Ebene gewähren (Verhaltensprävention). Sie kann auch versuchen, auf äußere Bedingungen einzuwirken (Verhältnisprävention), etwa durch Unterstützung bei der arbeitsweltbezogenen Primär- und Sekundärprävention in Unternehmen und Organisationen (Gesundheitsförderung in Lebenswelten).⁴⁷ Das ausdrückliche Reha-Ziel der Wiederherstellung von Beschäftigungs- beziehungsweise Erwerbsfähigkeit verfolgt dabei die berufliche Rehabilitation (Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben).

Ansätze, die den Erhalt und die Wiederherstellung der Beschäftigungs- beziehungsweise Erwerbsfähigkeit zum expliziten Ziel haben (§ 49 Absatz 1 SGB IX), werden international als integrationsorientierte Return-to-work-Ansätze (RTW) bezeichnet.⁴⁸ Unter Ansätzen zu Stay-at-work (SAW) können (betriebliche) Maßnahmen verstanden werden, die die Gesundheit und Arbeitsfähigkeit und damit auch die Perspektive für den Erhalt der Erwerbsfähigkeit – insbesondere älterer Beschäftigter – sichern sollen.⁴⁹ Zwölf Projekte verfolgen den Ansatz RTW und/oder SAW. Angestrebt wird eine enge Zusammenarbeit mit Arbeitgebern und/oder eine sektoren- und leistungsträger-/leistungserbringerübergreifende Vernetzung. Beabsichtigt ist ein noch frühzeitigerer Zugang und eine verbesserte, meist längere Reha-Nachsorge sowie die individualisierte, flexibilisierte Betreuung durch ein Fall- beziehungsweise Case-Man-

45 Siehe Fn. 24.

46 Siehe Fn. 43.

47 Unter primärpräventive Maßnahme gefasst werden können allgemein die Verhütung von Krankheitsentstehung mit und ohne Risikofaktoren, betriebliche Gesundheitsförderung und Gesundheitsmanagement (BGF/BGM). Unter Sekundärprävention können die Früherkennung von Erkrankungen, die Frühtherapie, die Vermeidung von Progression und die arbeitsmedizinische Vorsorge verstanden werden. Die Vermeidung von Behinderung, Teilhabeverlust, Krankheitsprogression und Rückfall sowie Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA, berufliche Rehabilitation) können unter Tertiärprävention subsumiert werden; *Slesina* 2007, S. 2196–2198; *Stecker* 2019, S. 6.

48 *Weber/Peschkes und de Boer* 2015, S. 25 f.; *Welti* 2005, S. 140 ff., S. 718.

49 Dazu beispielsweise *Dettmann und Hasselhorn* (2020), deren Analysen auf Daten der dritten Welle (2018) der deutschen Kohortenstudie „leben in der Arbeit – lida“ basieren, <https://www.lida-studie.de>.

agement⁵⁰, Coaching oder Lotsensystem. In vier Modellvorhaben wurde ein vorwiegend rechtskreisübergreifender Zugang (SGB VI und SGB II) gewählt, fünf Projekte verfolgen einen vorrangig sektoren- beziehungsweise leistungsträger-/leistungserbringerübergreifenden Ansatz. Da im RTW-Projekt ESP und im rechtskreisübergreifenden Zugang des RTW-Verbundprojektes Wabe-Net auch das Leistungsverbot nach § 22 Absatz 2 SGB III temporär ausgesetzt werden darf, werden diese nicht hier, sondern im Themencluster 3.4.4 vorgestellt.

- rechtskreisübergreifender Zugang im RTW-Projekt BEAS für Menschen mit Abhängigkeits- und/oder psychischen Erkrankungen:

Das Projekt „Begleiteter Einstieg ins Arbeitsleben durch Starthilfe – BEAS“ richtet sich an erwerbstätige und arbeitslose Rehabilitanden mit Abhängigkeits- oder psychischen Erkrankungen und mehrfachen und/oder chronifizierten Vermittlungshemmnissen. Im Modellvorhaben werden die Teilnehmenden entweder aus einer rehabilitativen Maßnahme heraus rekrutiert oder aus dem Kundenkreis der Arbeitsagenturen und Jobcenter. Erprobt werden soll, wie sich ein arbeitsbezogenes Case-Management auf die (Re-)Integration in den Arbeitsmarkt auswirkt. Die Betroffenen sollen durch personenbezogene Leistungen zur medizinischen und beruflichen Rehabilitation sowie zur sozialen Teilhabe und Bildung „wie aus einer Hand“ während der (Wieder-)Aufnahme der Erwerbstätigkeit längerfristig zwölf Monate begleitet werden.

- SAW-Projekt BEM-intensiv für Beschäftigte mit häufiger Arbeitsunfähigkeit und beginnendem Reha-Bedarf:

Das Projekt „Frühzeitige Bedarfserkennung und Einleitung von Teilhabeleistungen durch aufsuchendes BEM-Management im Betrieb im Rahmen des Firmenservices der DRV – BEM-intensiv“ richtet sich an Beschäftigte – insbesondere in klein- und mittelständischen Unter-

nehmen – mit häufiger Arbeitsunfähigkeit und drohendem oder beginnendem Reha-Bedarf. Der Firmenservice soll aktiv auf die Unternehmen zugehen und sie beim betrieblichen Eingliederungsmanagement (BEM) auch als „Lotse“ zu Angeboten aller Sozialversicherungsträger begleiten. Individuelle Gespräche sollen mithilfe digitaler Kommunikation über eine BEM-App mit betriebsübergreifenden Gruppenangeboten und digitalen Lerneinheiten kombiniert werden.

- sektorenübergreifender Ansatz im RTW-Projekt BORA-TB für Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen:

Das Projekt „Berufsorientierte Teilhabebegleitung in der Rehabilitation von Abhängigkeitserkrankungen – BORA-TB“ richtet sich an Menschen ab 18 Jahren mit Abhängigkeitserkrankung in der medizinischen Rehabilitation und vorliegenden oder zu erwartenden Hemmnissen bei der beruflichen Teilhabe. Bereits während der medizinischen Rehabilitation sollen Absprachen zur beruflichen Rehabilitation und (Re-)Integration in den Arbeitsmarkt erfolgen, um eine nahtlose, trägerübergreifende Überleitung an andere Leistungsträger und -erbringer zu erzielen. Mit dem BORA-Teilhabebegleiter sollen die Rehabilitanden von Beginn an einen langfristigen Ansprechpartner erhalten, der sie sechs – und bei Arbeitsaufnahme weitere drei – Monate betreuen kann.

- rechtskreisübergreifender Zugang im RTW-Projekt ELAN für Langzeitarbeitslose mit multiplen Vermittlungshemmnissen: Das Projekt „rEturn to LeArN – ELAN“ richtet sich an Langzeitarbeitslose nach

⁵⁰ Seit einigen Jahren werden Ansätze des Fall-/Case-Managements (CM) bei komplexen Problemlagen bei den Rentenversicherungsträgern bereits verschiedentlich eingesetzt. In den vier Modellvorhaben AktiFAME, BORA-TB, FREEMI und IPS-ZIB sollen daher systematisch weitere Erfahrungen mit dem CM gesammelt werden. Das rehapro-Modellvorhaben KIT der Deutschen Rentenversicherung Bund mit acht weiteren Regionalträgern als Verbundpartner hat dabei unter anderem die Erprobung von Grundsätzen, Verfahrensweisen und Curricula für ein bundesweit einheitliches CM und die spätere Verstetigung in der Routine zum Ziel, *Erbstößer et al. 2020, S. 97 f.; Übersicht im Anhang.*

SGB II mit gesundheitlichen Einschränkungen und Reha-Potenzial sowie zusätzlichen Vermittlungshemmnissen im sozialen Bereich, die in ein berufliches Rehabilitationsverfahren (LTA) der Rentenversicherung einmünden können. Die Fallbegleiter der Berufsförderungswerke sollen gemeinsam mit Jobcentern und der Rentenversicherung „persönliche Aktionspläne“ mit innovativen Qualifizierungs- und Fördermaßnahmen aus unterschiedlichen Lebensbereichen (zum Beispiel Alltag, Schlüsselqualifikationen) entwickeln und koordinieren. Bei erfolgreicher Integration in den Arbeitsmarkt schließt sich eine neunmonatige Nachsorgephase mit bedarfsorientierter individueller Betreuung an.

- leistungsträger-/leistungserbringerübergreifender Ansatz im SAW-Projekt INN-3plus für Menschen mit psychischen Erkrankungen und komplexen psychosozialen und beruflichen Problemlagen: Das Projekt „Integrationsnetzwerk Niedersachsen – motivieren, qualifizieren, integrieren – Effektivität einer Kombination aus medizinisch-beruflicher Rehabilitation und teilhabe- und motivationsorientierter Psychotherapie – INN3plus“ richtet sich an Versicherte mit psychischen sowie komplexen psychosozialen und beruflichen Problemlagen, die die Voraussetzungen für eine Bewilligung von LTA erfüllen. Neben einer Kombination aus medizinischen und beruflichen Leistungen sollen die Betroffenen eine teilhabeorientierte intensivierte Psychotherapie während des gesamten Prozesses zur Unterstützung bei emotionalen, sozialen und die Erwerbsfähigkeit mindernden Problemen erhalten.
- Sektorenübergreifender Ansatz im RTW-Projekt IPS-ZIB für Menschen mit psychischen Erkrankungen: Das Projekt „IPS-Coaching – Zurück ins Berufsleben – IPS-ZIB“ richtet sich an psychisch erkrankte Menschen mit komplexen Unterstützungsbedarfen, die von Erwerbsminderung bedroht sind. Zur Vermeidung von Versorgungsbrüchen sollen die Be-

troffenen während der Akutbehandlung identifiziert und durch einen „Job-Coach“ bei der Wiedereingliederung ins Berufs- und Alltagsleben bis zu zweieinhalb Jahre unterstützt und danach gegebenenfalls übergeleitet werden. Im Rahmen der Unterstützten Beschäftigung (UB)⁵¹ sollen frühzeitig an der Person orientierte evidenzbasierte Interventionen im Sinne von „Individual Placement and Support“ (IPS)⁵² erfolgen; letztere werden durch ein individuelles Budget ergänzt.

- leistungsträger-/leistungserbringerübergreifender Ansatz im RTW-Projekt JobProtection für Menschen mit psychischen oder neurologischen Erkrankungen: Das Projekt „Nachhaltige Sicherung von Beschäftigung bei besonderen Personengruppen im Anschluss an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben – JobProtection“ richtet sich an Menschen mit einer psychischen oder neurologischen Erkrankung nach einer LTA und einer anschließenden Erwerbsaufnahme innerhalb von sechs Monaten. Die Betroffenen sollen Beratungs- und Unterstützungsleistungen erhalten (zum Beispiel durch Sozialpädagogen, Psychologen, Ergotherapeuten oder auch durch Dritte, wie etwa Familienangehörige, Arbeitgeber), welche sie über einen Zeitraum von bis zu zwei Jahren individuell und selbstbestimmt zur Bewältigung bei Wiedereingliederungs-

⁵¹ Im Englischen als „Supported Employment“ (SE) bekannt. In Artikel 27 „Arbeit und Beschäftigung“ der Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen (UN-BRK) wird das Recht behinderter Menschen auf Arbeit auf der Grundlage der Gleichberechtigung mit anderen beschrieben. Das Ziel der UB (beziehungsweise SE) ist es, „Leistungsberechtigten mit besonderem Unterstützungsbedarf eine angemessene, geeignete und sozialversicherungspflichtige Beschäftigung zu ermöglichen und zu erhalten“ und „umfasst eine individuelle betriebliche Qualifizierung und bei Bedarf Berufsbegleitung“; § 55 Abs. 1 SGB IX. Nach Absatz 2 werden Leistungen zur individuellen betrieblichen Qualifizierung bis zu zwei Jahre mit einer Verlängerungsoption um zwölf Monate durch die Rehabilitationsträger einschließlich der gesetzlichen Rentenversicherungsträger erbracht; zur Stabilisierung eines sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnisses nach Absatz 3 auch berufsbegleitende Leistungen zur Unterstützung und gegebenenfalls Krisenintervention.

⁵² Damit ist eine rasche Platzierung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt mit fortlaufender Unterstützung und Betreuung gemeint.

- schwierigkeiten ins Berufs- und Alltagsleben nutzen können.
- sektorenübergreifender Ansatz im RTW-/SAW-Projekt SEMpsych für Menschen mit psychischen Erkrankungen:
Das Projekt „Die Gesundheits- und Arbeitspiloten: Systemisches Eingliederungsmanagement bei Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen – SEMpsych“ richtet sich an Menschen mit psychischen Erkrankungen und damit assoziierten Arbeitsplatzproblemen, die Leistungen zur Teilhabe zu spät oder gar nicht in Anspruch nehmen und von EM-Rente bedroht sind. Die Betroffenen sollen eine frühzeitige professionelle Fallbegleitung bis zu zwölf – und nach (Wieder-)Eingliederung – bis zu sechs Monaten erhalten. Dazu sollen ein individueller RTW-/SAW-Plan und geeignete (Reha-)Leistungen erarbeitet werden. Strukturell soll eine bessere Koordination der Versorgungssäulen BEM, Akutversorgung und Rehabilitation für psychisch erkrankte Menschen in drei Modellregionen erprobt werden.
 - rechtskreisübergreifendes RTW-Verbundprojekt SERVE für längerfristig erkrankte Menschen mit erhöhtem Risiko für eine Erwerbsminderung:
Das Projekt „Sektorenübergreifende präventive Identifikation, Beratung und Unterstützung von Versicherten mit besonderen beruflichen Problemlagen – SERVE“ richtet sich präventiv an Langzeitarbeitslose und längerfristig Erkrankte mit einer vierwöchigen Arbeitsunfähigkeit zwischen 40 und 60 Jahren mit einem erhöhten EM-Risiko. Die Betroffenen sollen durch ein frühzeitiges Screening (unter anderem mithilfe des Work Ability Index, WAI) und nach einem sektoren- und leistungserbringerübergreifenden „digitalen sozialmedizinischen Kolloquium“ längerfristige individuelle Beratungs- und Unterstützungsmaßnahmen erhalten. Im Rahmen des Case-Managements sollen entweder Regelmaßnahmen aus den Rechtskreisen SGB VI und SGB II/III und/oder weitere innovative Maßnahmen angeboten werden.

- RTW-/SAW-Projekt START für Menschen mit neurologischen Erkrankungen:
Das Projekt „Stufenweise Wiedereingliederung mit Assistenz des Reha-Teams – START“ richtet sich an Menschen mit komplexen Hirnschädigungen unmittelbar nach einer neurologischen Rehabilitation, die aufgrund bestehender Teilleistungsdefizite nicht in der Lage sind, über eine stufenweise Wiedereingliederung (StWE) die Erwerbstätigkeit im ursprünglichen Beruf wieder aufzunehmen und eine positive Erwerbsprognose aufweisen. Die Betroffenen sollen eine individuell an die Leistungsfähigkeit angepasste StWE durch die Kombination von betrieblichen Arbeits- und „Reha-Tagen“ in ambulanten Rehabilitationseinrichtungen bis zu sechs Monaten erhalten. Ein Coaching am Arbeitsplatz durch einen Therapeuten beziehungsweise Psychologen ergänzt die StWE.

3.4.4 Themencluster „Rechtskreisübergreifendes Leistungsportfolio durch die temporäre Aussetzung des Leistungsverbotes nach § 22 Absatz 2 SGB III“

Als besonders wünschenswert im Bundesprogramm rehapro gilt die rechtskreisübergreifende Zusammenarbeit. Für Menschen mit komplexen gesundheitlichen Problemlagen werden gemäß § 11 SGB IX „Leistungen (wie) aus einer Hand“ rechtskreisübergreifend erbracht, in einigen Fällen beispielsweise durch gemeinsame Anlaufstellen und sogenannte „Reha-Häuser“⁵³. Derzeit bestehen jedoch rechtliche Regelungen, die ein wechselseitiges Angebot an Betroffene

⁵³ Als Reha-Haus bezeichnen sich zwei Verbundprojekte, die dem Rechtskreis SGB II zugeordnet wurden: Modellprojekt Reha-Haus Westbrandenburg – reHa-WeB und reHa – rehapro Hamburg – Haus für Gesundheit und Arbeit. Die anderen, dem Rechtskreis SGB II zugeordneten Projekte, sind die rechtskreisübergreifenden Verbundprojekte: Teilhabe gestalten – Arbeitsfähigkeit erhalten! – PRO AKTIV; proaktiver Firmenservice – profis sowie Regionale Verzahnung von Leistungen zur beruflichen Teilhabe und Arbeitsförderung – Reha ohne Grenzen. Weitere Beispiele sind in der Broschüre des BMAS (2020) enthalten.

im Zuständigkeitsbereich des jeweils anderen Rechtskreises erschweren können. So können Menschen ohne bestehendes Beschäftigungsverhältnis mit gesundheitlichen Einschränkungen und multiplen Vermittlungsbedarfen im SGB-II- oder SGB-III-Leistungsbezug keine Präventionsangebote nach § 14 SGB VI erhalten. Der innovative Ansatz, diese über modifizierte Präventionsleistungen zu gewähren, wurde bereits im Themencluster 3.4.2 angesprochen (PrävAlo).

Für arbeitslose Rehabilitanden im SGB-VI-Bereich können Maßnahmen zur beruflichen Weiterbildung, Umschulung oder Arbeits-erprobung und weitere persönliche und soziale Maßnahmen aus dem Leistungskanon nach SGB II und III für den Integrationserfolg notwendig werden. Leistungen nach SGB II und III werden aber nur erbracht, sofern kein anderer Rehabilitationsträger zuständig ist. Diese subsidiäre Zuständigkeit der SGB-II- und SGB-III-Träger führt zum Leistungsverbot nach § 22 Absatz 2 SGB III,⁵⁴ welches zu Nachteilen für arbeitslose versicherte Rehabilitanden der Rentenversicherung führen kann. Für Leistungsberechtigte der Jobcenter und Arbeitsagenturen ohne Reha-Status werden multiple Vermittlungshemmnisse anerkannt, wie beispielsweise Langzeitarbeitslosigkeit, Alter, fehlender Schulabschluss, mangelnde Lern-/Weiterbildungsbereitschaft, fehlendes Arbeits- und Sozialverhalten oder eingeschränkte örtliche Mobilität, die zu weiteren Unterstützungsleistungen berechtigen. Durch das Leistungsverbot ist die gleichzeitige Unterstützung bei gesundheitlichen Hemmnissen zum Erhalt und zur Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit (Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nach SGB VI) und sozialen Hemmnissen (SGB II/III) nicht möglich. Nur bei Vorliegen einer (drohenden) Behinderung im Sinne des SGB IX sind in diesem Kontext LTA nach SGB VI möglich, sodass „lediglich“ ein einziges Vermittlungshemmnis anerkannt wird (§§ 9 und 16 SGB VI in Verbindung mit §§ 49 ff. SGB IX). Im Rahmen des Bundesprogramms rehapro darf das Leistungsver-

bot temporär ausgesetzt werden. Die Erweiterung des SGB-VI-Leistungsportfolios um ausgewählte SGB-II- und SGB-III-Maßnahmen erfolgt für die Erprobungsphase in den Modellvorhaben ESP, Reha ohne Grenzen und Wabe-Net. Durch die Zusammenarbeit, beispielsweise über den rechtskreisübergreifenden Datenaustausch, einen gemeinsamen Arbeitgeberstellenservice, leistungsträger- und leistungserbringerübergreifende Fallbesprechungen und Fallkonferenzen, wird die jeweilige Zielgruppe identifiziert, sodass individuelle Reintegrationsvorschläge erarbeitet und ein rechtskreisübergreifendes Leistungsportfolio angeboten werden können.

- „Förderung der Motivation zur Aufnahme einer versicherungspflichtigen Beschäftigung durch Prämienzahlung – Einstiegsprämie (ESP)“:
Das Projekt richtet sich an berufliche Wiedereinsteiger und Langzeitarbeitslose mit LTA-Anspruch auf einen Eingliederungszuschuss (EGZ) beim Arbeitgeber. Alternativ zum EGZ an den Arbeitgeber nach § 50 Absatz 1 Nr. 2 SGB IX sollen Rehabilitanden (SGB VI) sechs Monate lang ein Einstiegsgeld – ähnlich wie nach § 16b SGB II – und bei nahtloser Beschäftigung nach zwölf Monaten eine einmalige Prämienzahlung erhalten können. Durch die individuelle Unterstützung und den finanziellen Anreiz soll die Motivation zur Beschäftigungsaufnahme für schwer zu mobilisierende Langzeitarbeitslose, Personen mit niedrigen Einstiegsgehältern oder bei krankheitsbedingter Dequalifizierung gefördert werden.
- „Regionale Verzahnung von Leistungen zur beruflichen Teilhabe und Arbeitsförderung – Reha ohne Grenzen“:
Arbeitslose Rehabilitanden (SGB VI) mit multiplen Vermittlungshemmnissen sollen Leistungen nach § 16 SGB II in Verbindung mit entsprechenden Leistungen nach

⁵⁴ Dazu bereits *Leschau* 2009.

SGB III sowie weitere innovative Maßnahmen zur Reintegration in den Arbeitsmarkt erhalten, auch durch Gründung eines gemeinsamen Arbeitgeberstellenservices (AGS-Reha) von Rentenversicherung und Jobcenter. Das rechtskreisübergreifende Leistungsportfolio umfasst unter anderem Aktivierungs- und Vermittlungsgutscheine, Arbeitsgelegenheiten sowie eine zwölfmonatige Nachbetreuung des Arbeitnehmers und Arbeitgebers.

- „Überwindung der Arbeitslosigkeit durch vernetzte Bedarfsermittlung und Leistungserbringung – ein kooperatives Verbundprojekt in Rheinland-Pfalz und im Saarland – Wabe-Net“:

Arbeitslose/arbeitsuchende Rehabilitanden (SGB VI) mit multiplen Vermittlungshemmnissen sollen gemäß ihrem individuellen Fähigkeitsprofil und einem bedarfsorientierten beruflichen Reintegrationsplans das rechtskreisübergreifende Leistungsportfolio aus SGB VI und SGB II/III erhalten können. So könnten beispielsweise die Vermittlungshemmnisse Behinderung und Arbeitslosigkeit durch längere Eingliederungszuschüsse nach § 89 SGB III für ältere Rehabilitanden ab 50 Jahren abgebaut werden.

4. Zusammenfassung und Ausblick auf den zweiten Förderaufruf

Sozialpolitisch wird mit der Neugestaltung des Neunten Sozialgesetzbuches (SGB IX) im Rahmen des Bundesteilhabegesetzes (BTHG) auch beabsichtigt, die absehbar demografisch weiter steigenden Zugangszahlen und Ausgaben für die Eingliederungshilfe, die Werkstätten für behinderte Menschen und die Erwerbsminderungsrenten zu dämpfen. Die modellhafte Erprobung von bislang nicht realisierbaren oder nicht genutzten Zugangswegen an den Schnittstellen des gegliederten Systems der Rehabilitation und der sozialen Sicherung wird durch das Bundesprogramm rehapro (§ 11 SGB IX) ermöglicht. Vielversprechende Ansätze finden

sich durch eine verbesserte Vernetzung mit Leistungserbringern und Leistungsträgern, dem personenzentrierten Ansatz und die individuelle Begleitung durch ein Case- oder Fallmanagement, durch rechtskreis- und/oder sektorenübergreifende Zusammenarbeit, die Nutzung von Routinedaten zur noch frühzeitigeren Ermittlung individueller Bedarfe, um nur einige Beispiele zu nennen. Darüber hinaus wird in den Modellvorhaben mit praxisorientierten Lösungsansätzen gearbeitet: Über zielgruppenspezifische Angebote sollen die Betroffenen je nach Bedarf Hilfen bei der Prävention, der Qualifikation, der Rehabilitation und der beruflichen und sozialen (Wieder-)Eingliederung erhalten können. Dazu werden im ersten Förderaufruf von rehapro insgesamt 55 Modellvorhaben aus beiden Rechtskreisen erprobt und hinsichtlich ihrer Wirksamkeit evaluiert.

Auch im zweiten Förderaufruf vom 25. Mai 2020⁵⁵ wurde das zweistufige Verfahren beibehalten, wonach die Antragsberechtigten ihre innovativen Ideen zunächst als Skizzen zur Begutachtung einreichen. So waren mit Einreichungsfrist vom 4. September 2020 insgesamt 60 Skizzen eingegangen. Die Kontaktstelle rehapro des Grundsatz- und Querschnittsbereichs der Deutschen Rentenversicherung Bund hat die fachlich-inhaltliche Prüfung der Skizzen der Rentenversicherungsträger nach innovativen, wissenschaftlichen und förderpolitischen Gesichtspunkten im November 2020 abgeschlossen, die Fachstelle hat dies in ihrem Zuständigkeitsbereich für die Skizzen der Jobcenter übernommen. Unter Beachtung der Verbesserungsvorschläge der Kontakt- und Fachstelle wurden die Rentenversicherungsträger und Jobcenter sukzessive zur Einreichung von Anträgen aufgefordert. Der Beirat rehapro wird auf seiner Sitzung im März 2021 über die 49 eingereichten Anträge beraten und dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) seine Empfehlung zur Förderung unterbreiten. Das BMAS

⁵⁵ Bundesanzeiger 2020 BAnz AT 25.05.2020 B3; <https://www.modellvorhaben-rehapro.de>.

entscheidet dabei endgültig auf Basis der Empfehlungen des Beirates und der Empfehlungen der Kontaktstelle zu den überarbeiteten Anträgen im Bereich SGB VI und der Fachstelle im Bereich SGB II über die Förderung der Modellvorhaben. Nach der Entscheidung des BMAS sollen die Modellprojekte aus dem zweiten Förderaufruf zum 1. November 2021 starten und bis spätestens 31. Oktober 2026 abgeschlossen sein. Die 21 eingereichten Modellvorhaben der Rentenversicherungsträger bieten – wie schon im ersten Förderaufruf – wieder innovative Unterstützungsangebote für die Betroffenen und entfalten ein großes Potenzial zur Stärkung der Rehabilitation und Teilhabe.

Literatur

- Bethge M./Egner U./Streibelt M./Radoschewski, F. M. und Spyra, K. (2011):* Risikoindex Erwerbsminderungsrente (RI-EMR). Eine prozessdatenbasierte Fall-Kontroll-Studie mit 8500 Männern und 8405 Frauen. In: Bundesgesundheitsblatt 54, S. 1221–1228, <https://doi.org/10.1007/s00103-011-1366-2>.
- Bieritz-Harder, R. (2018):* Stichwort Eingliederungshilfe, Rn. 1-24. In: Deinert O. und Welti, F. (Hrsg.), StichwortKommentar Behindertenrecht. In: Arbeits- und Sozialrecht, Öffentliches Recht, Zivilrecht, 2. Auflage, Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft.
- Bonsdorff von, M. B./Seitsamo, J./Ilmarinen, J./Nygård, C.-H./Bonsdorff von, M. E. und Rantanen, T. (2012):* Work ability as a determinant of old age disability severity. Evidence from the 28-year Finnish Longitudinal Study on Municipal Employees. In: Aging clinical and experimental research, Issue 4, S. 354–360.
- Bonsdorff von, M. E./Rantanen, T./Törmäkangas, T./Kulmala, J./Hinrichs, T./Seitsamo, J./Nygård, C.-H./Ilmarinen, J. und Bonsdorff von, M. B. (2016):* Midlife work ability and mobility limitation in old age among non-disability and disability retirees – a prospective study. In: BMC Public Health, Issue 154, S. 1–8.
- Bundesagentur für Arbeit (BA) (2019a): Situation schwerbehinderter Menschen. Berichte: Blickpunkt Arbeitsmarkt, April 2019, aktualisiert Juli 2019, Nürnberg.
- Bundesagentur für Arbeit (BA) (2019b): Statistikdaten, <https://statistik.arbeitsagentur.de/Statistikdaten/Detail/201912/analyse/analyse-arbeitsmarkt-schwerbehinderte/analyse-arbeitsmarkt-schwerbehinderte-d-0-201912-xlsx.xls>, abgerufen am 23.07.2020.
- Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) (2016): Arbeit und Mentale Gesundheit. Ergebnisse aus einer Repräsentativerhebung der Erwerbstätigen in Deutschland, Dortmund/Berlin/Dresden, <https://doi.org/10.21934/baua:bericht20160805>.
- Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA, Hrsg.) (2013): Why WAI? Der Work Ability Index im Einsatz für Arbeitsfähigkeit und Prävention – Erfahrungsberichte aus der Praxis, 5. Auflage, Dortmund: BAuA.
- Bundesanzeiger (2020): Bekanntmachung Zweiter Förderaufruf zum Bundesprogramm „Innovative Wege zur Teilhabe am Arbeitsleben – rehapro“ zur Umsetzung von § 11 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch, BAnz AT 25.05.2020 B3, Bundesministerium für Arbeit und Soziales.
- Bundesanzeiger (2018a): Bekanntmachung Förderrichtlinie für das Bundesprogramm „Innovative Wege zur Teilhabe am Arbeitsleben – rehapro“ zur Umsetzung von § 11 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch, BAnz AT 04.05.2018 B1, Bundesministerium für Arbeit und Soziales.
- Bundesanzeiger (2018b): Bekanntmachung Erster Förderaufruf zum Bundesprogramm „Innovative Wege zur Teilhabe am Arbeitsleben–rehapro“ zur Umsetzung von § 11 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch, BAnz AT 04.05.2018 B2, Bundesministerium für Arbeit und Soziales.
- Bundesanzeiger (2018c): Änderung der Bekanntmachung Förderrichtlinie für das

- Bundesprogramm „Innovative Wege zur Teilhabe am Arbeitsleben – rehapro“ zur Umsetzung von § 11 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch vom 15. Juni 2018, BAnz AT 20.06.2018 B5, Bundesministerium für Arbeit und Soziales.
- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e. V. (BAR) (2019): Trägerübergreifende Ausgaben für Rehabilitation und Teilhabe. In: Reha-Info 1, <https://www.bar-frankfurt.de/service/reha-info/reha-info-2019/reha-info-012019.html>, abgerufen am 20.11.2020.
- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e. V. (BAR, Hrsg.) (2018): Rehabilitation. Vom Antrag bis zur Nachsorge – für Ärzte, Psychologische Psychotherapeuten und andere Gesundheitsberufe, Wiesbaden: Springer.
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS, Hrsg.) (2020): Rehabilitation fördern, stärken, besser machen! Modellprojekte im Bundesprogramm rehapro, Erster Förderauftrag, 2. Auflage, September 2020, Berlin.
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS, Hrsg.) (2016): Zweiter Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen. Teilhabe – Beeinträchtigung – Behinderung, Berlin.
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS, Hrsg.) (2012): Evaluation von Leistungen zur Teilhabe behinderter Menschen am Arbeitsleben – Erster Zwischenbericht, Berufliche Rehabilitation F 427, Berlin.
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS, Hrsg.) (2011): Unser Weg in eine inklusive Gesellschaft. Der Nationale Aktionsplan der Bundesregierung zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention, Berlin.
- BT-Drs. 18/9787: Entwurf eines Gesetzes zur Flexibilisierung des Übergangs vom Erwerbsleben in den Ruhestand und zur Stärkung von Prävention und Rehabilitation im Erwerbsleben (Flexirentengesetz) vom 27.09.2016, <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/18/097/1809787.pdf>, abgerufen am 05.08.2020.
- BT-Drs. 18/9522: Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen (Bundesteilhabegesetz – BTHG) vom 05.09.2016, <https://dip21.bundestag.de/dip21/btd/18/095/1809522.pdf>, abgerufen am 04.08.2020.
- BT-Drs. 18/4282: Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz – PräVG) vom 11.03.2015, <https://dip21.bundestag.de/dip21/btd/18/042/1804282.pdf>, abgerufen am 04.08.2020.
- Dettmann, M. M. und Hasselhorn, H. M.* (2020): Stay at Work – Erhalt von und Wunsch nach betrieblichen Maßnahmen bei älteren Beschäftigten mit gesundheitlichen Einschränkungen in Deutschland. In: Zentralblatt für Arbeitsmedizin, Arbeitsschutz und Ergonomie, Heft 70, S. 66–75, <https://doi.org/10.1007/s40664-019-00378-2>.
- Deutsche Akademie für Rehabilitation (Hrsg.) (2009): Stellungnahme der wissenschaftlichen Fachgruppe RehaFutur zur Zukunft der beruflichen Rehabilitation in Deutschland. Bonn: Bundesministerium für Arbeit und Soziales.
- Deutscher Bundestag (Hrsg.) (2018): Dritter Bericht der Bundesregierung gemäß § 154 Absatz 4 Sechstes Buch Sozialgesetzbuch zur Anhebung der Regelaltersgrenze auf 67 Jahre, Berlin.
- Deutsche Rentenversicherung Bund (2020): Statistikportal der Deutschen Rentenversicherung, Rentenversicherung in Zeitreihen, <https://statistik-rente.de>.
- Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.) (2019): Reha-Bericht 2019, Berlin.
- Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.) (2011), Abschlussbericht Modellprojekt GeniAL – Generationenmanagement im Arbeitsleben. Demografieorientierte Beratung von Unternehmen durch die Deutsche Rentenversicherung, DRV-Schriften, Band 95, Berlin.

- Erbstößer, S./Streibelt, M./Zollmann, P./Dannenbergh, S./Glaser-Möller, N./Goedecker-Gehnen, N./Kaluscha, R./Schmidt, L./Kulisch, K./Löcherbach, P./Niemann, O./Rexrodt, C. und Toepler, E.* (2020): Fallmanagement – ein Konzept für die Rentenversicherung. In: Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.): Die Weiterentwicklung der Rehabilitation im Auftrag der Deutschen Rentenversicherung, DRV-Schriften, Band 121, S. 88–100, Berlin.
- Geyer, J./Haan, P./Hammerschmid, A. und Welteke, C.* (2019): Erhöhung des Renteneintrittsalters für Frauen: Mehr Beschäftigung, aber höheres sozialpolitisches Risiko, DIW Wochenbericht Nr. 14, https://doi.org/10.18723/diw_wb:2019-14-1.
- Hagen, C. und Himmelreicher, R. K.* (2020): Erwerbsminderungsrente der erwerbsfähigen Bevölkerung in Deutschland – ein unterschätztes Risiko? In: Badura, B./Ducki, A./Schröder, H./Klose, J. und Meyer, M (Hrsg.), Fehlzeiten-Report 2020, Wiesbaden: Springer, S. 729–740, https://doi.org/10.1007/978-3-662-61524-9_29.
- Ilmarinen, J.* (2005): Towards a longer work-life! Ageing and the quality of worklife in the European Union. Helsinki: Finnish Institute of Occupational Health.
- Jabben, J.* (2020). In: Neumann, D./Pahlen, R./Greiner, S./Winkler und Jabben, J., SGB IX –Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen, 14., neu bearbeitete Auflage, München: C.H.Beck, § 9 Rn. 1–8, § 10 Rn. 1–5, § 11 Rn. 1–5, § 90 Rn. 1–15.
- Lammers, K.* (2020): Übergangsprozesse aus Werkstätten für Menschen mit Behinderungen auf den allgemeinen Arbeitsmarkt. In: Sozialer Fortschritt, Heft 69, S. 731–747, <https://doi.org/10.3790/sfo.69.11.731>.
- Leschau, A.* (2009): Eingliederungszuschüsse für Ältere in der Arbeitsförderung sowie im Rahmen der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben. In: RVaktuell, Heft 7, S. 234–242.
- Meffert, C./Mittag, O. und Jäckel, W. H.* (2013): Betriebsnahe Präventionsprogramme der Deutschen Rentenversicherung. In: Die Rehabilitation, Heft 52, S. 391–398, <https://doi.org/10.1055/s-0032-1333220>.
- Nowossadeck, E.* (2019): Einfluss der demografischen Alterung auf die Inanspruchnahme der medizinischen Rehabilitation in Deutschland bis 2040. In: Die Rehabilitation, Heft 58, S. 96–103.
- Rudloff, W.* (2019): Die Eingliederungshilfe. In: Degener, T. und Miquel, M. von (Hrsg.): Aufbrüche und Barrieren. Behindertenpolitik und Behindertenrecht in Deutschland und Europa seit den 1970er Jahren, Bielefeld: Transcript Verlag, S. 107–139.
- Seel, H.* (2019): Teilhabe braucht Rehabilitation. In: ASU (Arbeitsmedizin, Sozialmedizin, Umweltmedizin), Heft 54, S. 416–421.
- Slesina, W.* (2007): Primordiale, primäre, sekundäre und tertiäre Prävention – Eine Begriffsbestimmung. In: Deutsche Medizinische Wochenschrift, Heft 132, S. 2196–2198, <https://doi.org/10.1055/s-2007-991628>.
- Statistisches Bundesamt (Destatis) (2020a): Erwerbsbeteiligung, <https://www.destatis.de/DE/Themen/Arbeit/Arbeitsmarkt/Erwerbstaetigkeit/Tabellen/erwerbstaetig-erwerbstaetigenquote.html?nn=238492>, abgerufen am 20.06.2020.
- Statistisches Bundesamt (Destatis) (2020b): Öffentliche Sozialleistungen. Lebenslagen der behinderten Menschen. Ergebnis des Mikrozensus 2017, 20. März 2020, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (Destatis) (2020c): 7,9 Millionen schwerbehinderte Menschen leben in Deutschland, Pressemitteilung Nr. 230 vom 24. Juni 2020, https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2020/06/PD20_230_227.html, abgerufen am 24.06.2020.
- Statistisches Bundesamt (Destatis) (2020d): Statistik der Ausgaben und Einnahmen der Sozialhilfe, GENESIS-Online Datenbank, Code 22111-0004 und Code 22111-0023.

- Statistisches Bundesamt (Destatis) (2020e): Statistik der Ausgaben und Einnahmen der Sozialhilfe, GENESIS-Online Datenbank, Code 22131.
- Statistisches Bundesamt (2020f): Qualitätsbericht. Statistik der schwerbehinderten Menschen 2019, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (Destatis) (2019a): Bevölkerung Deutschlands bis 2060. Ergebnisse der 14. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung – Hauptvarianten 1 bis 9, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2019b): Sozialeistungen. Schwerbehinderte Menschen 2017. Fachserie 13, Reihe 5.1, 2017, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2006): Lebenslagen der behinderten Menschen. Ergebnis des Mikrozensus 2005, Wirtschaft und Statistik 12/2006, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2003): Sozialeistungen. Schwerbehinderte Menschen 2001. Fachserie 13, Reihe 5.1, 2003, Wiesbaden.
- Stecker, C. (2019): Das Konzept der Arbeitsfähigkeit zur betrieblichen Gestaltung altersgerechter und inklusionsorientierter Erwerbsbiographien. In: RP Reha, Schwerpunkt: Gleichberechtigte Teilhabe am Arbeitsleben, Heft 2, S. 5–12.
- Stecker, C. und Schnettler, S. (2018): Arbeitsmarkt und Demografie. In: Abraham, M. und Hinz, T. (Hrsg.): Arbeitsmarktsoziologie – Probleme, Theorien, empirische Befunde, 3. aktualisierte und erweiterte Auflage, Wiesbaden: Springer VS, S. 437–478.
- Thomann, K.-D. (2006): Von der Fürsorge zur Teilhabe: Historische Entwicklung und Aufgaben des Schwerbehindertenrechts. In: Thomann, K.-D./Jung, D. und Letzel, S. (Hrsg.): Schwerbehindertenrecht. Begutachtung und Praxis. Wiesbaden: Steinkopff und Springer, S. 3–47.
- Weber, A./Peschkes, L. und de Boer, W. E. L. (2015): Return to Work (RTW) – Begriffsbestimmung und Hintergrund. In: Weber, A./Peschkes, L. und de Boer, W. E. L. (Hrsg.): Return to work – Arbeit für alle. Grundlagen der beruflichen Rehabilitation. Stuttgart: Genter Verlag. S. 23–34.
- Weltgesundheitsorganisation (WHO) (2020): Life expectancy at birth und Healthy life expectancy (HALE), <https://apps.who.int/gho/data/view.main.SDG2016LEX?lang=en>, abgerufen am 20.01.2021.
- Welti, F. (2005): Behinderung und Rehabilitation im sozialen Rechtsstaat. Freiheit, Gleichheit und Teilhabe behinderter Menschen. Tübingen: Mohr Siebeck.

Anschrift der Verfasserin:

Prof. Dr. Christina Stecker
 Deutsche Rentenversicherung Bund
 Geschäftsbereich Prävention, Rehabilitation
 und Sozialmedizin
 Bereich Rehabilitationswissenschaften
 Kontaktstelle rehapro
 Ruhrstraße 2
 10709 Berlin

Anhang: Modellvorhaben der Rentenversicherung im ersten Förderaufruf, nach Akronym/Kürzel und mit selbstgewählten Stichworten

Akronym/ Kürzel	Alleiniger Antragsteller Rentenversicherung; Projekttitel	Antragsteller und Verbundpartner	Selbstgewählte Stichworte Projekt (P) und Teilnehmende (TN)
AktiFAME	Aktiver Zugang, Beratung und Fallmanagement bei Versicherten mit hohem Risiko einer Erwerbsminderung	DRV Nord	P: Bedarfserkennung, Fallmanagement TN: hohes Erwerbsminderungsrisiko
BEAS	Begleiteter Einstieg ins Arbeitsleben durch Starthilfe	DRV BW	P: strukturierte Unterstützung, Bedarfsorientierung TN: Abhängigkeits- oder psychisch Erkrankte
BEM-intensiv	Frühzeitige Bedarfserkennung und Einleitung von Teilhabeleistungen durch aufsuchendes BEM-Management im Betrieb im Rahmen des Firmenservice der DRV	DRV BSH	P: Firmenservice, Bedarfserkennung TN: Beschäftigte mit AU-Zeiten bis zu sechs Wochen
BORA-TB	Berufsorientierte Teilhabebegleitung in der Rehabilitation von Abhängigkeitserkrankungen	DRV WF, DRV Bund, DRV KBS	P: Teilhabebegleitung, Abhängigkeitserkrankungen TN: Menschen mit Abhängigkeitserkrankung
DigiRENA	Nachhaltiger Therapieerfolg und ein flächendeckendes Nachsorgeangebot mit Hilfe einer multimodalen Tele-Rehabilitationsplattform	DRV KBS	P: digitales Nachsorgeangebot, Sicherung des Reha-Erfolgs TN: Rehabilitanden
ELAN	rEturn to LeArN	DRV Nordbay, DRV Bay Süd, DRV Schw Kooperationen mit JC	P: Reha-Zugang, Return-to-work TN: Langzeitarbeitslose
ESP	Einstiegsprämie (ESP) – Förderung der Motivation zur Aufnahme einer versicherungspflichtigen Beschäftigung durch Prämienzahlung	DRV BSH, DRV MD	P: Prämienzahlung Langzeitarbeitslose TN: Wiedereinsteiger
FIRE	Frühzeitige Intervention für den direkten Zugang zur Rehabilitation bei Entgiftung in der Akutversorgung	DRV KBS, DRV WF, DRV RL, DRV SL	P: Reha-Zugang, Sucht TN: Abhängigkeitserkrankte
FREEMI	Fallmanagement zur Rückkehr ins Erwerbsleben bei EM-Rentenbezug mit Intervallreha	DRV RL	P: Fallmanagement und Reha, psychische Störungen TN: psychisch kranke EM-Rentner
GIBI	Ganzheitliche Klärung des Interventionsbedarfs bei gefährdeter beruflicher Integration	DRV Nord, DRV BSH, DRV Bund, DRV KBS	P: berufliche Integration, ganzheitliche Diagnostik TN: gefährdete berufliche Integration unklarer Natur

Akronym/ Kürzel	Alleiniger Antragsteller Renten- versicherung; Projekttitel	Antragstel- ler und Ver- bundpartner	Selbstgewählte Stichworte Projekt (P) und Teilnehmende (TN)
INN3plus	Integrationsnetzwerk Niedersachsen – motivieren, qualifizieren, integrieren – Effektivität einer Kombination aus medizinisch-beruflicher Rehabilitation und teilhabe- und motivationsorientierter Psychotherapie	DRV BSH	P: medizinisch-berufliche Reha, Teilhabeorientierung TN: besondere Problemlagen und hemmende Kontextfaktoren
IPS-ZIB	IPS-Coaching – Zurück ins Berufsleben	DRV Nord, DRV WF, DRV Bund, DRV KBS	P: IPS-Coaching (Individual Placement and Support), psychiatrische Erkrankung TN: psychisch erkrankte Personen
JobPro- tection	Nachhaltige Sicherung von Beschäftigung bei besonderen Personenkreisen im Anschluss an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben	DRV BSH	P: Nachsorge, Nachhaltigkeit TN: abgeschlossene LTA/Arbeitsaufnahme innerhalb 6 Monaten
KidS ²	Kinder-Reha, Sport und Schule	DRV RL, DRV Bund, DRV KBS	P: Kinder-Reha, Setting Schule TN: Kinder mit motorischen Defiziten
KiT	Koordination individueller Teilhabe: Bedarfsermittlung und Leistungserbringung wie aus einer Hand	DRV Bund, DRV Bay Süd, DRV BB, DRV HS, DRV MD, DRV Nord- bay, DRV RLP, DRV SL, DRV Schw	P: Koordination, berufliche Teilhabe TN: komplexe Bedarfe
PINA	Modellvorhaben zur Verbesserung der Präventionsinanspruchnahme	DRV BB, DRV Bund, DRV KBS	P: Prävention, Inanspruchnahme TN: Präventionsteilnehmer
PrävAlo	Prävention für Arbeitslose	DRV BW, DRV Bund Kooperatio- nen mit JC	P: frühzeitige Intervention, Zusammenarbeit der Akteure TN: gesundheitlich beeinträchtigte Arbeitslose
Reha- Integrativ	Integrative stationäre Behandlung von Versicherten mit besonderen beruflichen Problemlagen	DRV BSH	P: Psychosomatik, Intensivbehandlung TN: Personen mit psychischen Erkrankungen/Therapiebedarf
SEMpsych	Die Gesundheits- und Arbeitspiloten: Systemisches Eingliederungsmanagement bei Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen	DRV Bund, DRV BB, DRV RL, DRV Nordbay	P: Return-to-work, frühzeitige Intervention TN: Menschen mit psychischen Erkrankungen

Akronym/ Kürzel	Alleiniger Antragsteller Rentenversicherung; Projekttitle	Antragsteller und Verbundpartner	Selbstgewählte Stichworte Projekt (P) und Teilnehmende (TN)
SEMPRE	Steuern mit dem Rehakompass: Alle in einem Boot. Schnittstellenmanagement zur frühzeitigen Ermittlung des psychosomatischen Rehabilitationsbedarfs und rechtzeitigen Steuerung in die Psychosomatische Rehabilitation	DRV OLB, DRV Bund, DRV BSH, JC OLB, JC HB, JC Bremerhaven	P: rechtzeitiger Reha-Zugang, psychische Störungen TN: Menschen mit psychischen Erkrankungen
SEMRES	Steuern mit dem Rehakompass: Alle in einem Boot. Schnittstellenmanagement zur frühzeitigen Ermittlung des Rehabilitationsbedarfs und rechtzeitigen Vermittlung in die Rehabilitation von Menschen mit Suchterkrankungen	DRV OLB, DRV Bund, DRV BSH, JC OLB, JC HB, JC Bremerhaven	P: rechtzeitiger Reha-Zugang, Abhängigkeitserkrankungen TN: Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen
START	Stufenweise Wiedereingliederung mit Assistenz des Reha-Teams	DRV BW	P: Erwerbstätigkeit erhalten, Teilhabe verbessern TN: neurologische Reha-Patienten mit bestehenden Teilleistungsdefiziten
UE35	Ü35-Gesundheitscheck mit WAI	DRV BW	P: Bedarfsorientierung individuell, frühzeitige Intervention TN: Versicherte mit zu geringer Inanspruchnahme von Teilhabeleistungen
Wabe-Net	Überwindung der Arbeitslosigkeit durch vernetzte Bedarfsermittlung und Leistungserbringung	DRV RLP, DRV SL Kooperationen mit JC	P: rechtskreisübergreifend, Bedarfsermittlung TN: arbeitslose Rehabilitanden
Akronym/ Kürzel	Gemeinsame Anträge Rentenversicherung und Jobcenter; Projekttitle	Antragsteller und Verbundpartner	Selbstgewählte Stichworte Projekt (P) und Teilnehmende (TN)
SERVE	Sektorenübergreifende präventive Identifikation, Beratung und Unterstützung von Versicherten mit besonderen beruflichen Problemlagen	DRV HS, JC FFM, JC Marb.-Biedenk., DRV Bund	P: Prävention bezüglich EM-Rente, Sozialmedizinisches Kolloquium TN: Patienten mit besonderen beruflichen Problemlagen
PRO AKTIV	Teilhabe gestalten – Arbeitsfähigkeit erhalten	JC Ennepe-Ruhr-Kr., JC Märkischer Kr., DRV WF	P: rechtskreisübergreifend, Teilhabegestaltung TN: leistungseingeschränkte Personen
proFis	Proaktiver Firmenservice	JC Berlin Charl.-Wilmer., DRV BB	P: Organisationsmodell, Fokus Erwerbsfähigkeit TN: Arbeitnehmer mit gesundheitlichen Einschränkungen
Reha ohne Grenzen	Regionale Verzahnung von Leistungen zur beruflichen Teilhabe und Arbeitsförderung	JC Magdeburg, DRV MD, JC Jerichower Land	P: Langzeitarbeitslose, Leistungsverbot aufheben TN: langzeitarbeitslose Rehabilitanden

Akronym/ Kürzel	Gemeinsame Anträge Rentenversicherung und Jobcenter; Projekttitle	Antragsteller und Verbundpartner	Selbstgewählte Stichworte Projekt (P) und Teilnehmende (TN)
ReHa – rehapro Hamburg	Haus für Gesundheit und Arbeit	JC HH, DRV Bund, DRV Nord	P: Lotsen im System, Hilfen wie aus einer Hand TN: Fokus psychische Beeinträchtigungen
ReHA WeB	Reha-Haus Westbrandenburg	JC PM, JC Havel- land, DRV BB	P: alle unter einem Dach, rechtskreisübergreifend TN: vermittlungsrelevant gesundheitlich Eingeschränkte

Quelle: <https://www.modellvorhaben-rehapro.de>; <https://www.rehadat-forschung.de> sowie Kontaktstelle rehapro, Deutsche Rentenversicherung Bund, interne Unterlagen.

Abkürzungen: DRV Baden-Württemberg (DRV BW), DRV Bayern Süd (DRV Bay Süd), DRV Berlin-Brandenburg (DRV BB), DRV Braunschweig-Hannover (DRV BSH), DRV Bund, DRV Hessen (DRV HS), DRV Knappschaft-Bahn-See (DRV KBS), DRV Mitteldeutschland (DRV MD), DRV Nord (DRV Nord), DRV Nordbayern (DRV Nordbay), DRV Oldenburg-Bremen (DRV OLB), DRV Rheinland (DRV RL), DRV Rheinland-Pfalz (DRV RLP), DRV Saarland (DRV SL), DRV Schwaben (DRV Schw), DRV Westfalen (DRV WF); Jobcenter Berlin Charlottenburg-Wilmersdorf (JC Berlin Charl.-Wilmers.), Jobcenter Bremen (JC HB), JC Bremerhaven, Jobcenter Ennepe-Ruhr-Kreis (JC Ennepe-Ruhr-Kr.), Jobcenter Hansestadt Hamburg (JC HH), Jobcenter Havelland, Jobcenter Jerichower Land, Jobcenter Märkischer Kreis (JC Märkischer Kr.), Jobcenter Magdeburg, Jobcenter Marburg-Biedenkopf (JC Marb.-Biedenk.), Jobcenter Oldenburg-Bremen (JC OLB), Jobcenter Potsdam-Mittelmark (JC PM).