

## Überblick zu Trends und Entwicklungen von Erwerbsminderungsrenten

Brigitte Gross, Dr. Silke Brüggemann und Dr. Marco Streibelt, Berlin

*Die jährlichen Zugänge in die Erwerbsminderungsrente sind seit über einem Jahrzehnt mit etwa 180 000 neuen Fällen pro Jahr trotz unterschiedlicher gesetzlicher Änderungen vergleichsweise stabil. Dem stehen – ebenfalls stabil und trotz des Grundsatzes „Reha vor Rente“ – eine nur mäßige Inanspruchnahme von Rehabilitationsleistungen vor einer Erwerbsminderungsrente und nur wenige Abgänge in aktive Arbeit entgegen. Der folgende Beitrag beleuchtet Hintergründe für diese Entwicklung und stellt die aktuell verfügbaren Handlungsoptionen der Deutschen Rentenversicherung überblicksartig dar. Hierbei wird in besonderer Weise auf die Bedeutung des umfassenden Ansatzes des Fallmanagements eingegangen und aufgezeigt, welche Herausforderungen, aber auch Entwicklungsoptionen bestehen, um dem eigentlichen Auftrag der Rentenversicherung, der Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit und damit der Sicherstellung von Teilhabe am Arbeitsleben, zukünftig noch besser gerecht zu werden.*

### 1. Einführung<sup>1</sup>

In diesem Beitrag geht es darum, wie sich die Erwerbsminderungsrenten (EM-Renten) in den vergangenen zwei Dekaden entwickelt haben und wie die Deutsche Rentenversicherung vorgeht, um Menschen im Erwerbsleben zu halten.

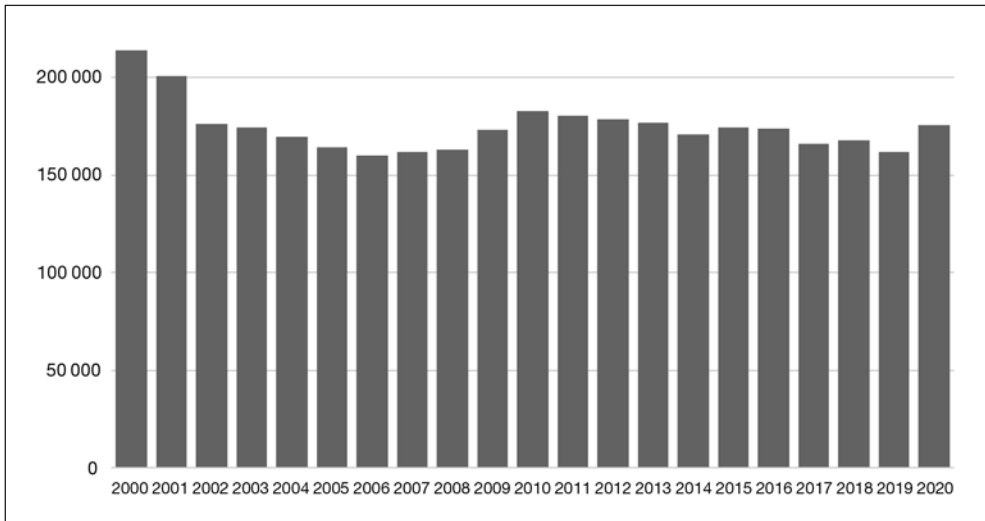
Die Anzahl der Zugänge bei den EM-Renten seit dem Jahr 2000 bis zum Jahr 2020 stellt sich durch wechselnde Einflüsse uneinheitlich dar (Abbildung 1). Aufgrund der einschneidenden Maßnahmen der EM-Rentenreform 2001 mit dem Wegfall der Absicherung des Berufsunfähigkeitsrisikos, der abstrakten statt der konkreten Betrachtungsweise mit Verweisung auf den allgemeinen Arbeitsmarkt und der Einführung von Abschlägen sind die EM-Rentenzugänge zunächst in den Folgejahren auf 160 000 von vorher über 200 000 gesunken. Dann aber kam es zu einem Anstieg. Dieser zwischenzeitliche Anstieg bis zum Jahr 2010 mit rund 180 000 EM-Rentenzugängen beruht unter anderem auf zusätzlichen Fällen von ALG-II-Empfängerinnen und -Empfängern, die durch die im Jahr 2005 neu eingeführte Versicherungspflicht für ALG II die

Wartezeit für eine EM-Rente erstmals erfüllten. Die Zahlungen von Pflichtbeiträgen der Bundesagentur für Arbeit für ALG-II-Empfängerinnen und -Empfänger endete 2010. Nach einem Rückgang ab 2011 sind aktuell die EM-Rentenzugänge wieder ansteigend, da vermehrt ältere EM-Rentenzugänge zu verzeichnen sind. Dies ist demografisch bedingt, da immer stärker besetzte Geburtsjahrgänge der Babyboomer-Generation in das EM-Risikoalter kommen. Auch die Verlängerung der Zurechnungszeit bei EM-Rentenzugängen ab Juli 2014 und nochmals ab 2019 sowie die alternativ weggefallenen vorzeitig beziehbaren Altersrenten für Frauen und wegen Arbeitslosigkeit haben zu diesem Anstieg beigetragen.

Im selben Zeitraum sind die durchschnittlichen Zahlbeträge in Euro für EM-Renten zuletzt deutlich gestiegen. Abbildung 2 zeigt den Verlauf. In den gestiegenen Rentenzahlbeträgen der Zugänge in EM-Renten spiegeln sich neben den Wirkungen der Rentenanpassungen vor allem die schrittweisen

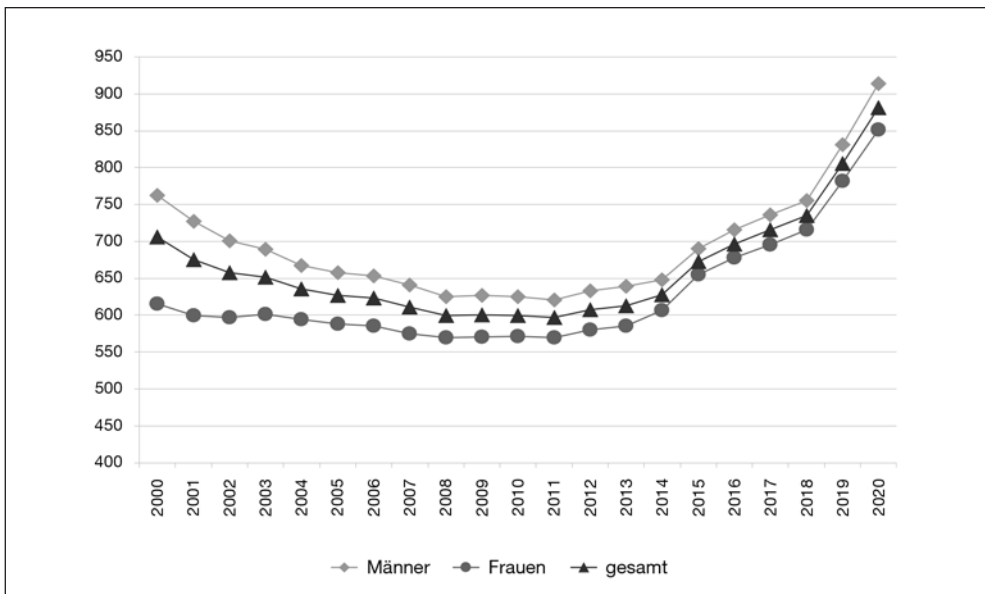
<sup>1</sup> Bei dem Beitrag handelt es sich um die Textversion des gleichnamigen Vortrags von Brigitte Gross auf der Tagung des Forschungsnetzwerks Alterssicherung der Deutschen Rentenversicherung Bund am 10.02.2022.

**Abbildung 1:** EM-Rentenzugänge 2000 bis 2020



Quelle: Statistik der Deutschen Rentenversicherung – Rentenzugang, verschiedene Jahrgänge.

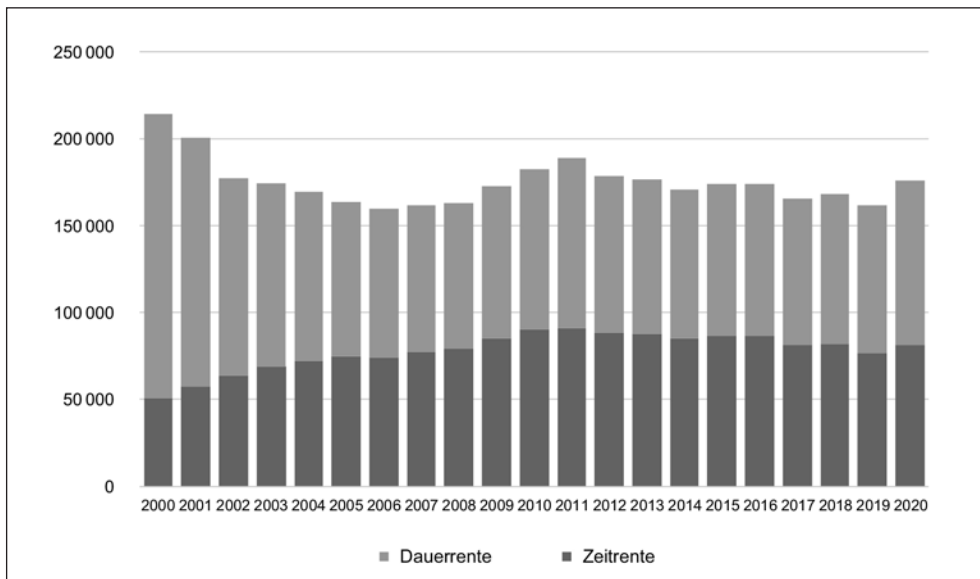
**Abbildung 2:** Durchschnittliche EM-Rentenzahlbeträge 2000 bis 2020 (in Euro)



Anmerkungen: 2014 und 2015: unter Herausrechnung der Fälle der „neuen Mütterrenten“.

Quelle: Statistik der Deutschen Rentenversicherung – Rentenzugang, verschiedene Jahrgänge.

**Abbildung 3:** Befristete und unbefristete EM-Renten im Zeitverlauf



Quelle: Statistik der Deutschen Rentenversicherung – Rentenzugang, verschiedene Jahrgänge.

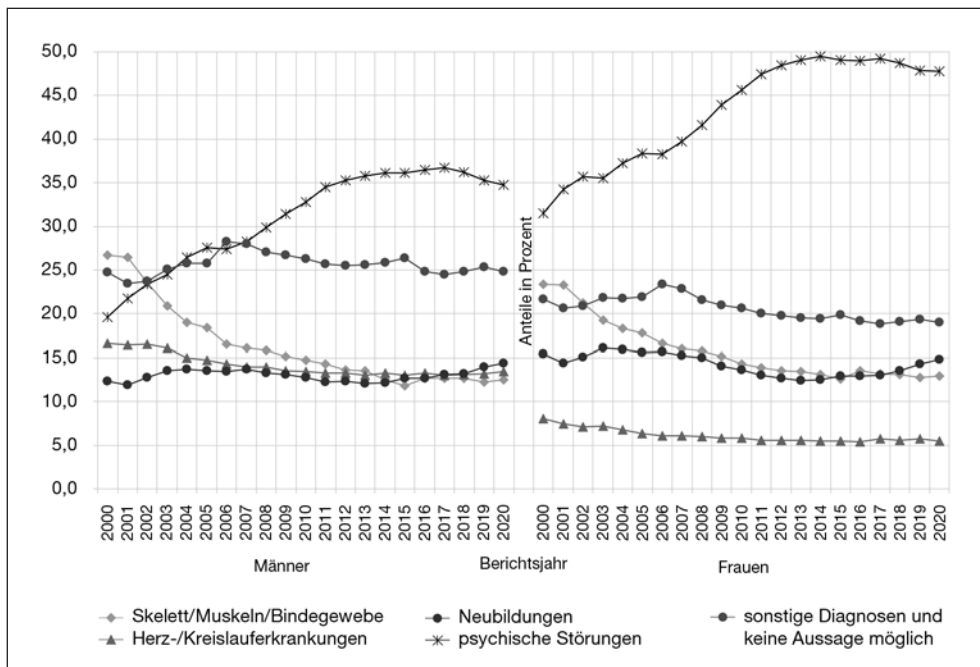
Verlängerungen der Zurechnungszeit seit Juli 2014 wider. Zugänge mit Rentenbeginn in 2020 profitieren – in Abhängigkeit vom Zugangsalter – von einer Verlängerung der Zurechnungszeit gegenüber Renten mit Beginn vor Juli 2014 von bis zu 69 Monaten. Im starken Anstieg in den Jahren 2019 und 2020 schlägt sich vor allem der deutliche Anhebungsschritt der Zurechnungszeit um maximal 41 Monate im Jahr 2019 nieder. Viele der im Jahr 2019 zugegangenen Renten wurden statistisch erst im Jahr 2020 erfasst.

Im Rahmen der Gesamtleistungsbewertung werden durch die Neuregelungen im RV-Leistungsverbesserungsgesetz ab Juli 2014 nach dem Prinzip einer Günstigerprüfung in der Vergleichsbewertung die letzten vier Jahre vor Eintritt der Erwerbsminderung nicht berücksichtigt, wenn sich hierdurch ein höherer Wert ergibt. Hiermit soll verhindert werden, dass sich zum Beispiel gesundheitsbedingte Teilzeitarbeit vor Eintritt der Erwerbsminderung negativ auf die Bewertung

der Zurechnungszeiten auswirkt. Auch diese Regelung wirkt sich steigernd auf den Rentenzahlbetrag aus.

Ferner muss berücksichtigt werden, dass in diesem Betrachtungszeitraum der konkurrierende vorgezogene Altersrentenbezug erschwert wurde. Schließlich wirkt sich insbesondere bei Frauen auch die Erhöhung der Kindererziehungszeiten für vor 1992 geborene Kinder von 12 auf 24 Monate auf den Rentenzahlbetrag aus. Insgesamt ist es im Rahmen von Leistungsverbesserungen zu deutlichen Rentensteigerungen gekommen, die die Situation der Menschen, die eine EM-Rente beziehen, verbessert haben dürften. Betrachtet man das Verhältnis von befristeten zu unbefristeten EM-Renten, zeigen sich auch hier deutliche Veränderungen im Zeitverlauf (Abbildung 3): Mit der Rentenreform 2001 wurde auch ein Paradigmenwechsel bei den befristeten Renten, auch Zeitrenten genannt, und den dauerhaften Renten vollzogen. Während vor 2001 die Dauerrente der Regelfall

**Abbildung 4:** Zugänge bei EM-Renten nach ausgewählten Indikationen (Erstberentungsdiagnose, nach Geschlecht)



Anmerkungen: ab 2017 mit Fällen mit nicht erfasster 1. Diagnose und 1993 bis 1999 inklusive Renten nach Art. 2 RÜG; Verschlüsselung nach ICD 10 mit neuer Zuordnung einiger S-, T-, Q- und Z-Diagnosen ab 2016.

Quelle: Statistik der Deutschen Rentenversicherung – Rentenzugang, verschiedene Jahrgänge.

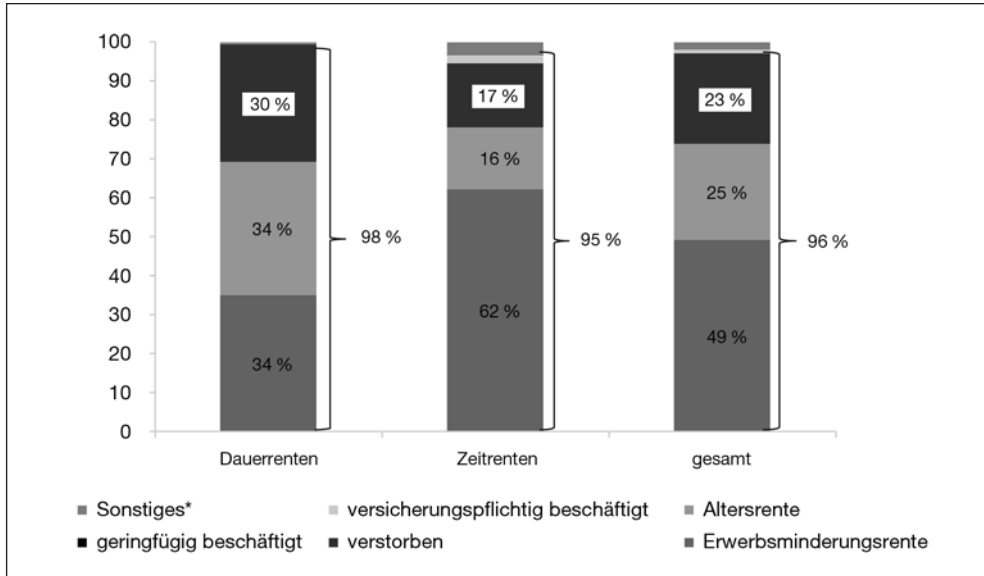
war, soll ab 2001 in der Regel eine EM-Rente nur auf Zeit geleistet werden, um eine Chance auf Behebung der Erwerbsminderung und eine Reintegration auf den Arbeitsmarkt zu haben. Die EM-Rente auf Dauer sollte die Ausnahme sein. In der Folge lag der Anteil der EM-Zeitrentenzugänge vor 2001 bei rund 25 Prozent, während er seit 2002 sukzessive auf bis zu 50 Prozent angestiegen ist.

Auch geändert haben sich die Indikationen, aufgrund derer Menschen eine EM-Rente erhalten (Abbildung 4). Die Zugänge infolge der früher dominierenden Krankheiten aus dem orthopädischen Bereich sind relativ gesehen in den letzten Jahren gegenüber den Neubildungen und psychischen Erkrankungen zurückgegangen, obwohl sie absolut

gesehen mehr oder weniger konstant geblieben sind. Dieser Trend ist insbesondere bei Frauen zu beobachten. Die häufigste Diagnose bei Männern wie bei Frauen sind die psychischen Störungen, die zunehmend häufiger diagnostiziert werden. Mittlerweile machen psychische Erkrankungen fast die Hälfte aller EM-Rentenzugänge aus.

Nach dem Motto „Reha vor Rente“ bemüht sich die Rentenversicherung darum, EM-Renten entweder zu vermeiden oder Menschen, die eine solche Rente erhalten, aus dieser wieder herauszuführen. Leider erweist sich diese berufliche Reintegration von Menschen mit einer EM-Rente als sehr schwierig. Abbildung 5 zeigt, dass neun Jahre nach Beginn einer EM-Rente nur rund 1 Prozent

**Abbildung 5:** Reintegration: EM-Renten mit Rentenbeginn 2011 und deren Status am 31.12.2020 (in Prozent)



Anmerkungen: \* zum Beispiel passiv versichert, sonstiges aktives Versicherungsverhältnis.

Quelle: Statistik der Deutschen Rentenversicherung – Rentenzugang, verschiedene Jahrgänge.

aller Menschen mit Dauer- und Zeitrenten versicherungspflichtig beschäftigt sind. Der Anteil der beruflichen Reintegration ist bei EM-Zeitrenten zwar etwas häufiger als bei EM-Dauerrenten, aber ebenfalls sehr gering. Die ausschließlich geringfügig Beschäftigten ohne Eigenbeitrag als Beschäftigungsform von ehemaligen EM-Rentenzugängen sind ebenfalls selten, sodass sie in der Abbildung nicht sichtbar sind. Bei einer so seltenen Rückkehr auf den Arbeitsmarkt stellt sich zwangsläufig die Frage nach den Gründen und möglichen Ansatzpunkten der Rentenversicherung für eine perspektivische Verbesserung der Situation.

**2. Was sagt die Forschung?**

Um zu wissen, was die Rentenversicherung tun kann, um EM-Renten zu vermeiden be-

ziehungsweise Versicherten die geeigneten Hilfestellungen zu geben, um wieder aus der EM-Rente in Arbeit zu kommen, ist es sinnvoll, einen Blick in die Forschung zu diesem Thema zu werfen. Der folgende Abschnitt gibt einen kurzen Überblick über das aktuell verfügbare Wissen aus Forschungsprojekten der Deutschen Rentenversicherung. Repräsentative, quantitativ ausgerichtete Studien haben untersucht, von welchen Faktoren der Bezug einer EM-Rente empirisch abhängt. Die Forschung gibt Hinweise dazu, dass es insbesondere Versicherte mit einem niedrigen sozioökonomischen Status, also mit niedriger Bildung, niedriger beruflicher Qualifikation und niedrigem Einkommen sind, die ein hohes Risiko für eine EM-Rente haben. Ein weiterer Risikofaktor sind häufige und lang andauernde Fehlzeiten und Arbeitslosigkeitsepisoden im Vorfeld der Be-

wieder zwischen Arbeit und Nicht-Arbeit wechselnde Erwerbsverläufe. Aus dieser Perspektive heraus zeigt sich, dass der Bezug einer EM-Rente nicht nur ein von medizinischen Faktoren determiniertes Ereignis ist, sondern eine soziale Dimension besitzt. In die EM-Rente wandern überproportional Menschen aus prekären sozialen Verhältnissen. Angesichts der teilweise geringen finanziellen Absicherung ist die EM-Rente für diese Menschen die einzige Alternative.

Es zeigt sich in den betrachteten Untersuchungen aber auch, dass die Erwerbstätigkeit neben der EM-Rente durchaus weiter ein Thema ist. Dies ist in begrenztem Umfang rechtlich auch möglich. Bei Bezug einer vollen EM-Rente arbeitet ein Fünftel, bei einer teilweisen Erwerbsminderung sogar drei Viertel der EM-Rentenbezieherinnen und -bezieher nebenher. Angesichts der prekären wirtschaftlichen Situation der EM-Rentnerinnen und -Rentner ist dies positiv zu bewerten, wirft aber auch die Frage auf, ob hier nicht Potenzial aus der EM-Rente heraus in aktive Beschäftigung besteht. Wichtig scheint der Zeitpunkt zu sein. Zu Beginn der befristeten EM-Rente ist der Wunsch für eine Rückkehr in Beschäftigung noch deutlich ausgeprägt: Je nach Studie hegen 25 Prozent bis 56 Prozent der EM-Rentnerinnen und -Rentner diesen Wunsch. Der Wert überrascht angesichts der oben gezeigten geringen Rückkehrate aus der EM-Rente in Arbeit.

Um die Diskrepanz zwischen Wunsch und Realität besser zu verstehen, ist die Frage sinnvoll, wann die Rückkehr in Arbeit gelingt. Und hier sieht man: Jüngere Menschen, Personen mit einer somatischen Berentungsdiagnose, Personen mit Teilrente und Inanspruchnahme von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) während des Rentenbezugs schaffen die berufliche Rückkehr häufiger. Negativ wirkt sich dagegen eine lange Krankheitsgeschichte vor der Berentung aus. Das heißt als Zwischenfazit: Es könnte sinnvoll sein, Menschen gezielt auf das Thema anzusprechen. Die Ansprache sollte möglichst früh passieren; eventuell sogar bereits

vor der eigentlichen Berentung. Insbesondere berufliche Rehalierungen können die Rückkehr in Arbeit unterstützen.

Neben quantitativen, auf Repräsentativität abzielende Studien können wir aus den direkten Erzählungen von Versicherten, aber auch von Expertinnen und Experten ebenfalls viel über das Phänomen der EM-Renten lernen. Hier sei exemplarisch das Projekt Wege in die EM-Rente (WEMRE) von Professor von Kardorff aus Berlin erwähnt.<sup>2</sup> Herr von Kardorff und sein Team haben EM-Rentenbezieherinnen und -bezieher ab der Bewilligung über einen längeren Zeitraum begleitet und zu verschiedenen Zeitpunkten längere Gespräche mit ihnen geführt.

Das Projekt zeigt: Zunächst einmal wird die Berentung von den Betroffenen als eine Entlastung wahrgenommen, nach einer häufig langen und schleichenden Krankheitsgeschichte, einer brüchigen Erwerbsbiografie und einer durchaus belastenden Phase der Begutachtung und Prüfung. Die Bewilligung der EM-Rente erzeugt eine Stabilität und die Möglichkeit, sich neu zu orientieren. Diese Neuausrichtung kann einerseits darauf hinauslaufen, dass man sich mit der Rente arrangiert. Dies ist aus der Perspektive der Rentenversicherung nicht die wünschenswerte, aber in vielen Fällen aus medizinischen Gründen eine Alternative. Auf der anderen Seite kann diese Neuausrichtung in die Entwicklung konkreter Pläne für eine Rückkehr in Arbeit münden. Und hier besteht für die Rentenversicherung die Möglichkeit anzusetzen. Die Forscherinnen und Forscher um Professor von Kardorff konnten drei Gruppen mit unterschiedlicher Motivation für eine Rückkehr in Arbeit identifizieren: Erstens existiert eine Gruppe, für die die EM-Rente eine berufsbiografische Endposition darstellt. Sie schließen eine Rückkehr ins Arbeitsleben kategorisch aus. Zumeist sind es Personen in einem Alter, das nicht

<sup>2</sup> Vgl. Klaus, Sebastian/Meschig, Alexander und von Kardorff, Ernst: Wege psychisch beeinträchtigter Menschen in die Erwerbsminderungsrente und Rückkehrperspektiven in Arbeit. Deutsche Rentenversicherung 1/2021: 46–65.

weit entfernt vom gesetzlichen Renteneintrittsalter ist. In einer zweiten Gruppe ist der Rückkehrwunsch vor allem an sozialer Erwünschtheit orientiert. Sie sind eher passiv, würden aber mit starker externer Unterstützung durchaus einen Versuch zu einer Rückkehr unternehmen. Die dritte Gruppe ist gekennzeichnet vom manifesten Wunsch, das Leben nicht dauerhaft in der EM-Rente zu führen. Die EM-Rente wird für die Entwicklung von konkreten Rückkehrplänen genutzt. In dieser Gruppe finden sich vor allem jüngere Personen.

Die Bewilligung einer EM-Rente hat im Ergebnis also das Potenzial eine „befreiende“ Wirkung zu entfalten, sodass die Betroffenen die Möglichkeit bekommen sich neu aufzustellen. In einigen Fällen lassen sich hieraus Chancen für eine Rückkehr in Arbeit beobachten. Doch das ist kein Selbstläufer: Die Rentenversicherung könnte proaktiv und mit der ausreichenden Sensibilität auf die Betroffenen zugehen und die Wünsche und Pläne intensiv unterstützen. Die EM-Rente kann also ein wichtiges Instrument sein, um gerade bei vermeintlich schwierigen oder aussichtslosen Fällen eine neue Perspektive hin zur Erwerbsarbeit zu entwickeln.

Die aktuell verfügbaren wissenschaftlichen Studien geben auch Empfehlungen ab, wie man konkret die Phase der Beantragung und den Bezug einer EM-Rente nutzen kann, um die Person sukzessive wieder in das Arbeitsleben zurückzuführen; letztlich also die Perspektive auf die EM-Rente weg von einer berufsbiografischen „Endstation“ hin zu einem aktivierenden Instrument zu verändern.

Wichtig ist, dass hierfür alle wichtigen Akteure sensibilisiert werden. Das betrifft sowohl niedergelassene Fachärztinnen und Fachärzte, die Rehaeinrichtungen als auch die Mitarbeitenden der Rentenversicherung. Zweitens ist es wichtig, auch die rechtlichen Rahmenbedingungen so zu gestalten, dass die EM-Rente als aktivierendes Instrument genutzt werden kann. Wir kennen das aus anderen Ländern, in denen analoge Instrumente zur EM-Rente existieren, allerdings unter einer anderen Bezeichnung. Letzt-

lich ist es dort eine Phase der mittel- und langfristigen Erwerbsminderung, die immer wieder durch Versuche, in Arbeit einzusteigen, gekennzeichnet ist. Solche Arbeitsversuche sollten – so die Forschung – auch in Deutschland während einer EM-Rente in Erwägung gezogen werden, ohne dass man den sozialrechtlichen Status als „erwerbsgeminderte Person“ verliert.

So viel zu einer allgemeinen, eher systemischen Betrachtung. Wie aber sehen die Empfehlungen in der Einzelfallbetreuung aus? Hier skizziert die Forschung einen durchaus komplexen Prozess der Aktivierung der Betroffenen, der früh beginnen sollte, eine längerfristige Begleitung sowie einen gut abgestimmten Mix aus insbesondere beruflichen Rehaleistungen braucht.

Ein frühes Einsteigen, die frühzeitige Thematisierung einer potenziellen Rückkehr beziehungsweise des Erhalts der Erwerbsarbeit: Das könnte man bestens realisieren, wenn man die Möglichkeit hätte, auf die Menschen zuzugehen, bevor dieser ganze belastende Prozess der Beantragung und Bewilligung einer EM-Rente beginnt.

Ein eigens hierzu durchgeführtes Projekt, welches Professor Bethge von der Universität Lübeck im Auftrag der Deutschen Rentenversicherung durchgeführt hat, konnte zeigen: Die uns zur Verfügung stehenden Daten können vorhersagen, wer in der nächsten Zeit eine EM-Rente beantragen möchte. Es ist ein komplexes Modell, welches eine Verknüpfung verschiedener Informationen nutzt. Das Ergebnis ist ein Index, der sogenannte Risikoindex EM-Rente (RIEMR), der die Wahrscheinlichkeit angibt, zukünftig in die EM-Rente abzuwandern. Die Daten der Studie zeigen: Menschen mit einem hohen Indexwert haben ein um ein 17-fach erhöhtes Risiko der zukünftigen Erwerbsminderung im Vergleich zu Menschen mit einem niedrigen Wert.

Die Rentenversicherung möchte diesen Index nutzen, um eine Strategie des proaktiven Zugangs auf ihre Versicherten zu unterstützen. Mithilfe des Indexes ist es möglich, sich mit begrenzten Ressourcen auf eine klei-

nere Gruppe zu konzentrieren, die mit hoher Wahrscheinlichkeit einen Bedarf an Teilhabeleistungen besitzt und davon profitieren kann. Der RIEMR ist mittlerweile regulärer Bestandteil der Statistiken der Rentenversicherung. Er wird jedes Jahr neu berechnet und kann sehr einfach von allen Rentenversicherungsträgern genutzt werden. Es gibt bereits die ersten Modellprojekte hierzu.

### 3. Was macht die Rentenversicherung?

Es wurde bereits erwähnt, dass die Rentenversicherung bemüht ist, EM-Renten zu vermeiden. Auch politisch ist das Thema relevant, setzt doch der Koalitionsvertrag den Schwerpunkt „längeres, gesünderes Arbeiten“ und die Stärkung des Grundsatzes „Prävention vor Rehabilitation vor Rente“. In den folgenden Abschnitten soll es darum gehen, was die Rentenversicherung konkret unternimmt, um dieses Ziel zu erreichen.

Die Rentenversicherung nutzt ihre Teilhabeleistungen, also Prävention und Rehabilitation, für das übergeordnete Ziel, EM-Renten zu vermeiden. Jede und jeder Versicherte soll erwerbsfähig bleiben und so dauerhaft am gesellschaftlichen Leben teilhaben – ganz nach dem soeben genannten Grundsatz: Je früher Präventions- und Rehabilitationsleistungen angeboten werden können, desto größer sind die Chancen auf eine lang andauernde berufliche und gesellschaftliche Teilhabe und umso seltener werden EM-Renten erforderlich. Diesem Ziel nähert sich die Rentenversicherung auf unterschiedlichen Wegen:

#### 3.1 Ü-45-Check

Politisch gewollt und von der Rentenversicherung erfolgreich in der Umsetzung ist die berufsbezogene Vorsorgeuntersuchung, der sogenannte Ü-45-Check. Dabei handelt es sich um eine freiwillige berufsbezogene Gesundheitsvorsorge für Versicherte ab dem 45. Lebensjahr. Mit dem Ü-45-Check soll

ein rechtzeitiges oder frühzeitiges Erkennen eines Bedarfs an Teilhabeleistungen ermöglicht werden, das heißt eine Differenzierung von „Bedarf“ oder „kein Bedarf“ an Teilhabeleistungen als präventiver Ansatz mit der Folge rechtzeitiger, passgenauer Zuleitung der Versicherten zu diesen Leistungen. Hierdurch soll für noch mehr Menschen die Möglichkeit geschaffen werden, bis zur Regelaltersgrenze arbeiten zu können, indem eventuelle gesundheitliche Problemlagen früh identifiziert werden und durch geeignete Konzepte Abhilfe geschaffen werden kann.

Wie vom Gesetzgeber vorgesehen, führen die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung seit 2018 verschiedene Modellprojekte durch. Hierbei geht es unter anderem um die Erprobung unterschiedlicher Zugangswege, zum Beispiel durch Haus- beziehungsweise Fachärztinnen und -ärzte oder Werks- und Betriebsärztinnen und -ärzte. Auch proaktive Anschreiben, gesteuert über Routinedaten der Rentenversicherung und an eine Einladung zu einer individuellen und freiwilligen ärztlichen Untersuchung gekoppelt, werden ausprobiert. Zudem wird ein Zugang zu potenziell gefährdeten Zielgruppen beziehungsweise Berufsgruppen – wie zum Beispiel Pflegekräfte oder Versicherte mit auffälligem RIEMR – getestet.

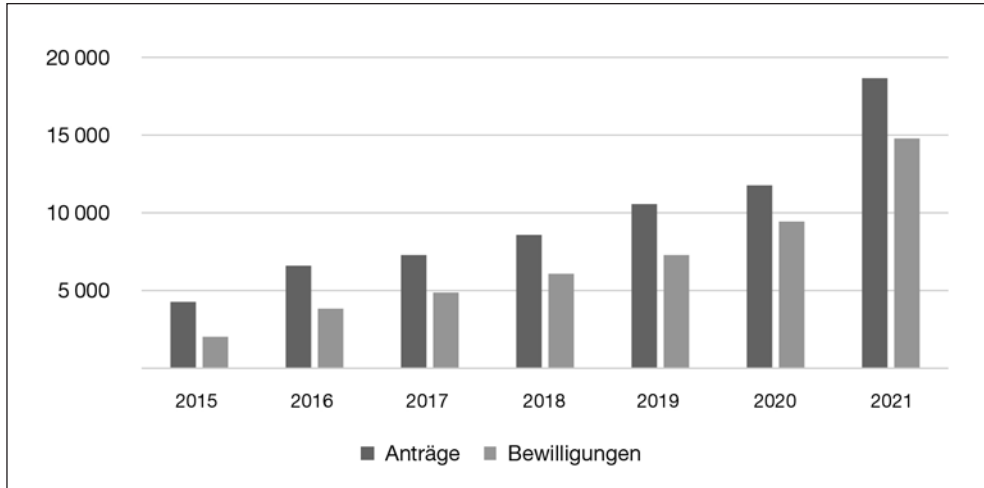
Nach Auswertung der Einzelprojekte und wissenschaftlicher Zusammenschau der Ergebnisse wird die Deutsche Rentenversicherung gegenüber dem Gesetzgeber belastbare Empfehlungen zur Durchführung eines möglichst effizienten Ü-45-Checks formulieren, der dann in die Routine implementiert werden kann.

#### 3.2 Prävention der Deutschen Rentenversicherung: RV Fit – das digitale Präventionsportal der Deutschen Rentenversicherung

RV Fit ist die Überschrift, unter der die Rentenversicherung ihr Präventionsangebot in die Fläche bringt. Im Jahr 2020 wurde mit



**Abbildung 6:** Beantragte und bewilligte Präventionsleistungen der Deutschen Rentenversicherung (2015 bis 2021)



Quelle: Statistik der Deutschen Rentenversicherung – Rentenzugang, verschiedene Jahrgänge.

RV Fit das erste digitale Präventionsportal der Rentenversicherung an den Start gebracht. Das kostenfreie Trainingsprogramm enthält Elemente zu Bewegung, Ernährung und Stressbewältigung und überzeugt durch bürgernehe Sprache und einen schlanken Antragsprozess. Schon heute ist RV Fit eine Erfolgsgeschichte. So haben sich die Antragszahlen zwischen dem Jahr 2021 im Vergleich zum Vorjahr um mehr als 60 Prozent erhöht, die Anzahl der Onlineanträge hat sich sogar nahezu verdreifacht. Fast 80 Prozent aller Anträge werden inzwischen online über das Präventionsportal gestellt. Das große Interesse an dem Programm, das dem Leitsatz „Prävention vor Rehabilitation vor Rente“ entspricht und den Versicherten – gerade in der Covid-19-Pandemie – sehr zugute kommt, ist höchst erfreulich.

Die Zahl der bewilligten Präventionsleistungen ist seit dem gesetzlichen Auftrag zur Durchführung von Präventionsangeboten in 2017 stetig gestiegen. Während 2016, im ersten Jahr nach Verabschiedung des Präventionsgesetzes, 3 854 Frauen und Männer

von dieser neuen Leistung profitieren konnten, waren es 2021 bereits 14 785.

Das mehrmonatige, teils alltags- und berufsbegleitende Präventionskonzept der Rentenversicherung unterstützt die Versicherten, einen gesundheitsförderlichen Lebensstil anzunehmen und damit chronischen Krankheiten, Funktionsstörungen sowie der Reha bedürftigkeit vorzubeugen. Die Deutsche Rentenversicherung arbeitet dazu bundesweit mit mehr als 200 Präventionseinrichtungen zusammen.

### 3.3 Firmenservice der Deutschen Rentenversicherung

Der Firmenservice ist ein bundesweites Beratungsangebot für Arbeitgeber, Betriebs- und Werksärztinnen und -ärzte und Interessenvertretungen. Das betriebliche Setting wird genutzt, um die Firmen über die zahlreichen Möglichkeiten des Betrieblichen Eingliederungsmanagements (BEM) zu informieren und ihnen frühzeitig aufzuzeigen,

welche Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, zur medizinischen Rehabilitation und zur Prävention von der Rentenversicherung angeboten werden. Ziel ist es, die Bedarfe bei den Mitarbeitenden frühzeitig zu erkennen und rechtzeitig Leistungen anzubieten, um die Beschäftigungsfähigkeit zu erhalten.

### **3.4 Gemeinsames Agieren der Träger der Sozialversicherung**

Hierzu trägt auch die stärkere Vernetzung der Sozialversicherungsträger untereinander bei. Die Deutsche Rentenversicherung Bund und die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung haben beispielsweise die gemeinsame Erklärung „Starke Partner für gesundes Leben und Arbeiten“ abgeschlossen. So können arbeitgeberbezogene Beratungsangebote in den Regionen, Fortbildungen und Teile der Öffentlichkeitsarbeit miteinander vernetzt werden. Ziel ist eine „Beratung wie aus einer Hand“.

### **3.5 Offensive psychische Gesundheit – Netzwerk zentraler Akteure der Prävention**

Ebenfalls im Kontext Prävention engagiert sich die Deutsche Rentenversicherung bei der Offensive psychische Gesundheit, kurz OPG, die vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales, dem Bundesgesundheitsministerium sowie dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend ins Leben gerufen wurde. Unterstützt wird die Offensive von mehr als 50 Akteuren der Prävention in Deutschland; das sind neben gesetzlichen und privaten Krankenkassen auch Unfallversicherungsträger und Berufsgenossenschaften, die Bundesagentur für Arbeit, die gesetzliche Rentenversicherung, Fach- und Betroffenenverbände sowie Präventionsanbieter. Außerdem unterstützen auch Prominente die Offensive. Im Rahmen der OPG ist es gelungen, das Thema „Psyche“ in den Blickpunkt zu setzen, auch mit Fokus auf die Angebote der Deutschen Rentenver-

sicherung. Verfolgt wird dabei das Ziel, mit dem Thema psychische Gesundheit offener umzugehen und gemeinsam mit Betroffenen partnerschaftliche und unterstützende Wege zu finden.

### **3.6 Die Nationale Präventionskonferenz**

In Folge des Präventionsgesetzes ist die Rentenversicherung Mitglied der sogenannten Nationalen Präventionskonferenz (NPK). Hier kommt die Deutsche Rentenversicherung gemeinsam mit weiteren Sozialversicherungsträgern, unterstützt durch Akteure auf Bundes- und Landesebene, der Aufgabe nach, die nationale Präventionsstrategie voranzutreiben. Dabei gibt es zwei zentrale Aspekte: einerseits die Entwicklung von Bundesrahmenempfehlungen, die dann die Grundlage für die Umsetzung auf regionaler Ebene bilden, andererseits die Koordinierung des vierjährlich erscheinenden Präventionsberichts. Derzeit ist der zweite Präventionsbericht in Vorbereitung und wird 2023 veröffentlicht. Neben einer Bestandsaufnahme der Prävention werden auch zukünftige Ziele und Wege aufgezeigt.

### **3.7 Medizinische Rehabilitation**

Wenn Prävention nicht ausreicht, um die Teilhabe zu sichern, ist die medizinische Rehabilitation der nächste Schritt, mit der drohenden oder bereits eingetretenen Beeinträchtigungen der Erwerbsfähigkeit entgegengewirkt werden kann. Auf die Eckdaten der medizinischen Rehabilitation soll hier nur kurz eingegangen werden:

Die medizinische Rehabilitation findet stationär oder ganztägig ambulant in dafür zugelassenen Rehaeinrichtungen statt. Sie erfolgt stets indikationsspezifisch. Dabei sind räumliche, personelle und medizinisch-technische Voraussetzungen festgelegt und werden neben inhaltlichen Parametern im Rahmen einer umfangreichen Qualitätssicherung durch die Rentenversicherung überprüft.

Die medizinische Rehabilitation ist stets biopsychosozial ausgerichtet und multimodal sowie interdisziplinär aufgebaut. Um das Ziel der Verringerung von Funktionsstörungen zu erreichen, sind die Anregung zur Lebensstiländerung sowie die Vermittlung gesundheitsbezogenen Wissens wesentliche Aspekte.

Es ist die aktuelle Praxis, dass Menschen auch während einer EM-Rente beziehungsweise nach Rentenbeginn an einer Rehabilitation teilnehmen, mit steigender Tendenz. Während eines Antragsverfahrens auf Erwerbsminderung gilt das Motto „Reha vor Rente“. Allerdings wird die Rentenversicherung häufig dafür kritisiert, dass nicht jeder, der einen EM-Rentenanspruch stellt, „automatisch“ in die Rehabilitation kommt.

Tatsächlich ist es nicht immer möglich, Menschen bereits vor einem Antrag auf EM-Rente eine Rehabilitation anzubieten. Die Gründe hierfür sind vielfältig. So gibt es beispielsweise Fälle, bei denen schon den Antragsunterlagen zu entnehmen ist, dass eine Reintegration in das Erwerbsleben nicht möglich sein wird (etwa bei schweren onkologischen oder neurologischen Erkrankungen). Eine weitere Gruppe sind diejenigen, die bereits im Jahr vor dem EM-Rentenanspruch eine Rehabilitation erhalten haben, in der ein gemindertes Leistungsvermögen eindeutig festgestellt wurde.

Allerdings können diese Argumente nicht vollständig erklären, warum ein relevanter Teil der EM-Rentenzugänge erst bei Antragstellung auf diese EM-Rente mit der Rentenversicherung in das Gespräch über mögliche Teilhabeleistungen – beispielsweise eine medizinische Rehabilitation – kommt. Die Rentenversicherung hat das Ziel, diejenigen, die von einer Rehabilitation oder anderen Teilhabeleistungen in Bezug auf den Erhalt oder die Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit profitieren können, möglichst frühzeitig zu identifizieren und mit aller Kraft zu reintegrieren. Um diesem Auftrag zukünftig noch besser gerecht zu werden, sollen neue Wege wie etwa die proaktive Kontaktaufnahme mit vulnerablen Gruppen, beispielsweise

auf Basis des Risikoindex EM-Rente, beschritten werden.

### 3.8 Fallmanagement

Vor allem bei besonders komplexen Problemlagen sind intensivere Angebote nötig, um die Menschen ins Erwerbsleben zurückzuführen. Dies gilt insbesondere für Menschen, die bereits in die EM-Rente gekommen sind. Auch für sie sind Anträge auf Leistungen zur Teilhabe ein probates Mittel, den beruflichen Wiedereinstieg zu schaffen. Allerdings bedürfen diese Menschen häufig einer intensiveren Betreuung. Hierfür bietet sich das Instrument des Fallmanagements an. Das Fallmanagement ist ein übergeordnetes Handlungsfeld der Deutschen Rentenversicherung, um die Nachhaltigkeit der Rehabilitation der Rentenversicherung zu stärken und damit einen langfristigen Erhalt beziehungsweise die dauerhafte Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit zu erreichen. Es kann bei Erkennung einer komplexen Bedarfslage sowohl während beziehungsweise direkt nach einer medizinischen Rehabilitation, im Rahmen von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben als auch im EM-Rentenverfahren selbst angewendet werden.

Das Fallmanagement kommt überwiegend bei Versicherten mit besonderen beruflichen Problemlagen zum Einsatz, insbesondere bei Versicherten mit psychischen Erkrankungen, die seit Jahren führende Diagnosegruppe bei den EM-Renten. Menschen mit psychischen Erkrankungen sind häufig nur begrenzt in der Lage, sich selbst zu helfen; die Zuständigkeitsregelungen für unterstützende Angebote sind komplex und können somit eine Barriere darstellen. Es besteht ein entsprechend noch umfassenderer Hilfebedarf.

Im Mittelpunkt des Fallmanagements stehen die individuell zu ermittelnden Bedarfe der Versicherten und ein darauf ausgerichtetes adressatenorientiertes Vorgehen. Mithilfe des Fallmanagements werden alle aufeinander aufbauenden Leistungen koordiniert. Die Aufgabe übernimmt die Fallmanagerin be-

**Tabelle:** Intensitätsstufen des Fallmanagements

Intensitätsstufen		
Stufe 1	niedrig	Bedarf an personalisierter Beratung
Stufe 2	mittel	erhöhte Bedarfslage, Nutzung von Beratungspfaden
Stufe 3	hoch	komplexe Bedarfslagen, individuelles Management

Quelle: eigene Darstellung.

ziehungsweise der Fallmanager. In diesem Kontext wird eine „Rehastrategie“ entworfen mit dem Ziel einer „Reha wie aus einer Hand“. Dabei ist das Wissen über Angebote unterschiedlicher Leistungsträger und Leistungserbringer, zum Beispiel bei Schulden und Partnerschaftskonflikten, ein wichtiges Element des Fallmanagements.

Bereits heute führen verschiedene Rentenversicherungsträger Fallmanagement durch, zum Teil im Rahmen einer Projektpilotierung oder bereits im Routineverfahren. Die Ansätze der verschiedenen Rentenversicherungsträger bei der Umsetzung von Fallmanagement und dessen Reichweite unterscheiden sich deutlich. Um ein rentenversicherungsweit einsetzbares Fallmanagementkonzept im Rahmen von Leistungen zur Teilhabe zu erarbeiten, wurde 2015 ein wissenschaftliches Projekt initiiert. Das Projekt wurde von der Forschergruppe um Dr. Kaluscha vom Institut für Rehabilitationsmedizinische Forschung Ulm unter enger Einbeziehung aller Rentenversicherungsträger durchgeführt und 2017 beendet.

Das Fallmanagement empfiehlt im Anschluss an eine Rehabilitation eine dreistufige Gliederung der Intensität je nach der individuellen Bedarfslage der Versicherten. Je höher die Stufe, desto intensiver ist die Begleitung durch die Fallmanagerin oder den Fallmanager und desto mehr Akteure müssen eingebunden werden.

Die Zuordnung eines Falles zu einer Intensitätsstufe (Tabelle) ist nicht endgültig, sie kann sich ändern, wenn sich die Situation des Versicherten ändert oder neue Informationen offensichtlich werden. Dieses Fallmanagementkonzept kann sowohl als Ganzes

als auch modulartig angewandt werden und ermöglicht den Rentenversicherungsträgern sowohl bei der Implementierung als auch zum Beispiel bei der Auswahl der Zielgruppen einen großen Gestaltungsspielraum. Das Fallmanagementkonzept ist auch Thema mehrerer Modellprojekte, die im Rahmen von rehapro, dem Programm des BMAS „Innovative Wege zur Teilhabe am Arbeitsleben“, in der ersten Förderwelle gefördert werden.<sup>3</sup>

#### 4. Fazit

Der Beitrag gibt einen Überblick über die bisherige Entwicklung von EM-Renten und ihrer Bedingungsfaktoren aus rechtlicher und wissenschaftlicher Sicht sowie einer Darstellung der Möglichkeiten, die der Rentenversicherung zur Verfügung stehen, um Menschen aus einer EM-Rente wieder in den allgemeinen Arbeitsmarkt zu begleiten.

Anhand der jährlichen Zugänge in die EM-Rente zeigt sich, dass die identifizierten Unterschiede in der Inanspruchnahme vielfältig sind. Es lassen sich eindeutige Zusammenhänge zur gesetzlichen Ausgestaltung des Instrumentes sowie angrenzender sozialrechtlicher Bereiche wahrnehmen. Hinzu kommt: Der Zugang in EM-Rente ändert sich auch mit der demografischen Entwicklung. Unbekannt, aber sicher auch wichtig, dürften Änderungen im Krankheitsspektrum über die Zeit sowie sozioökonomische Gründe sein. Alles in allem wird deutlich, dass die Ent-

<sup>3</sup> Vgl. Stecker, Christina: Innovative Modellvorhaben der Rentenversicherungsträger im ersten Förderaufruf des Bundesprogramms „rehapro“. Deutsche Rentenversicherung 1/2021, 16–45.

scheidung für die Beantragung einer EM-Rente im Einzelfall sicher gesundheitliche Gründe haben wird, dass jedoch auch viele weitere Faktoren diese Entscheidung beeinflussen. Die Beantragung einer EM-Rente ist also in erster Linie ein komplexes soziales Ereignis und kein primär gesundheitliches. Diese Erkenntnis ist nicht trivial und könnte weitreichende Konsequenzen bei der zukünftigen Ausgestaltung des Instrumentes „EM-Rente“ haben.

Obwohl die EM-Rente heutzutage – abgesehen von klaren medizinischen Fallgestaltungen – in erster Linie nicht als berufliche Endstation angesehen wird – nicht umsonst wird knapp die Hälfte befristet bewilligt –, schaffen es nur wenige Menschen wieder aus ihr heraus. Hier ist sicher ein Entwicklungspotenzial zu erkennen; dies um so mehr, als Studien immer wieder deutlich machen, dass dies auch Betroffene – zumindest zu Beginn des EM-Rentenbezugs – so sehen, also eine deutliche Rückkehrperspektive besitzen beziehungsweise diese zumindest nicht ausschließen.

Die Deutsche Rentenversicherung hat ein vielfältiges Spektrum an Leistungen, um eine solche Rückkehrperspektive zu unterstützen. Dies beginnt sehr früh bei der Möglichkeit präventiver Ansätze über RV Fit und geht über die medizinische Rehabilitation bis hin zur Inanspruchnahme von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben. Hinzu kommen etliche neue Entwicklungen, die versuchen, das Thema noch früher anzugehen (zum Beispiel der Risikoindex EM-Rente, Ü-45-Check), mit Betroffenen und relevanten Stakeholdern ins Gespräch zu kommen (zum Beispiel über den Firmenservice der Deutschen Rentenversicherung) oder auch um mit Betroffenen gemeinsam individuelle Wege zu entwickeln und zu gehen (zum Beispiel das Fallmanagement). Dies alles muss jedoch gut aufeinander abgestimmt und vor allem durch entsprechende sozialrechtliche Regelungen flankiert werden, um zukünftig in der Routine erfolgreich zu wirken.

Folgende Empfehlungen lassen sich ableiten, die die zukünftigen Entwicklungen bestimmen sollten:

- 1) Die EM-Rente dient betroffenen Menschen als gesundheitliche Entlastung und Punkt einer Neuorientierung.
- 2) Je früher man sich mit (potenziell) betroffenen Menschen auseinandersetzt und berufliche Perspektiven bespricht, desto erfolgreicher werden darauf aufbauende Interventionen sein.
- 3) Eine berufliche Neuorientierung erfordert eine individuelle Planung und muss sehr gut und eng begleitet werden.
- 4) Die Begleitung sollte mehr durch eine Kultur der gemeinsamen Entscheidungsfindung denn durch Verpflichtungen und Zwänge geprägt sein.

Dies alles zusammen zeigt: Wir brauchen in Deutschland einen Perspektivwechsel. Eine EM-Rente ist nicht das Ende einer Einbahnstraße in die permanente Erwerbsminderung. Sie sollte in besonders komplexen Bedarfslagen eine Möglichkeit bieten sich „neu aufzustellen“ und definiert sein als eine aktivierende Phase mit dem Ziel der beruflichen Neupositionierung für Menschen, die andernfalls endgültig aus dem Arbeitsmarkt herausfallen würden.

*Anschrift der Verfasserinnen und Verfasser:*

Brigitte Gross  
Deutsche Rentenversicherung Bund  
Direktorin  
Hohenzollerndamm 46–47  
10713 Berlin

Dr. Silke Brüggemann  
Dr. Marco Streibelt  
Deutsche Rentenversicherung Bund  
Geschäftsbereich Prävention, Rehabilitation  
und Sozialmedizin  
Ruhrstraße 2  
10709 Berlin