

Problem- und Bedarfslagen von Versicherten mit erhöhtem Erwerbsminderungsrisiko

Eine Beschreibung typischer Fallkonstellationen
als Basis für die proaktive Ansprache und passgenaue Unterstützung



Einleitung / Hintergrund

Die vorliegende Beschreibung typischer Problem- und Bedarfslagen von Versicherten mit erhöhtem Erwerbsminderungsrisiko basiert auf den Erkenntnissen des Projekts „EXPLORE-RI-EMR“.

„RI-EMR“ steht für *Risikoindex Erwerbsminderungsrente*, ein Kennwert der gebildet auf Basis von Routinedaten der Deutschen Rentenversicherung eine Aussage über das statistische Risiko einer Person erlaubt, in den kommenden 5 Jahren in eine Erwerbsminderungsrente einzumünden. Ein hohes Erwerbsminderungsrisiko besteht ab einem Wert von 60.

In dem Projekt wurden 50 aktiv Versicherte mit hohem Erwerbsminderungsrisiko ($RI-EMR \geq 60$) interviewt. Im Fokus der Interviews standen ihre Erkrankungs geschichten, bisherigen Versorgungserfahrungen, Erwerbsbiographien, Unterstützungsbedarfe und beruflichen Perspektiven. Ergänzend wurden etwaige Reha-Zugangsbarrieren erhoben.

Die Interviews wurden zunächst einzeln für sich ausgewertet, anschließend systematisch miteinander verglichen. Ziel war es, mehr über die konkreten Problem- und Bedarfslagen von Versicherten mit hohem Erwerbsminderungsrisiko zu erfahren, um auf dieser Basis proaktive Ansprachen sowie Beratungs- und Unterstützungsangebote der Deutschen Rentenversicherung passgenauer aufsetzen und ausgestalten zu können.

Insbesondere sollte auch geprüft werden, inwiefern es innerhalb der betrachteten Versichertengruppe verschiedene Falltypen gibt, die ein entsprechend differenziertes Vorgehen in Ansprache und Unterstützung erforderlich machen.

Nach Identifikation der Falltypen, wurde anschließend versucht, diese anhand zentraler Merkmale in den Routinedaten der Rentenversicherung wiederzufinden. So könnten Versicherte künftig bereits anhand von Routinedaten den unterschiedlichen Falltypen zugeordnet und Ansprachen wie Beratung und Unterstützung bedarfsorientiert auf sie zugeschnitten werden.

Ferner lassen sich so auch die Anteile der identifizierten Falltypen in der Grundgesamtheit der aktiv Versicherten mit hohem Erwerbsminderungsrisiko und damit wiederum die mit bestimmten Ansprachen und Unterstützungsangeboten verbundenen Aufwände abschätzen.

Es zeigte sich, dass die Falltypen sich über falltypische Verläufe des RI-EMR, der Beiträge aus sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung, der Bezüge von Arbeitslosengeld I und II sowie von Krankengeld näherungsweise abbilden lassen.

In der Darstellung der Falltypen finden sich daher sowohl aus den Interviews gewonnene Informationen, als auch solche, die Routinedaten entnommen werden können. Fallbeispiele und Zitate dienen der weiteren Illustration.

Erläuterungen zur Darstellungsweise der Falltypen

1

Charakteristik:

- längere AU-Episode bei sonst durchgängiger Erwerbsbiographie
- Arbeitsfähigkeit aufgrund eines Unfalls, einer OP oder vorübergehenden Krankheitsepisode zeitweise eingeschränkt
- Rückkehr zur Arbeit absehbar oder bereits vollzogen
- Erwerbsminderungsrente ist kein Thema

Routinedaten:

- RI-EMR nur kurzzeitig ≥ 60
- KG-Bezug: max. 17 Mo \rightarrow keine Aussteuerung
- vor und nach KG-Bezug: Entgelt aus SV-B, kein ALG I/ALG II-Bezug
- Anteil an allen aktiv Versicherten mit RI-EMR ≥ 60 : 8,5%

Unterstützungsbedarf:

- AHB/MR, ggf. mit STW; insofern bereits wieder stabil in Arbeit: RV Fit
- oder Hinweis auf Reha-Sport, Physiotherapie, Krankengymnastik

Die Darstellung der Falltypen enthält jeweils die charakteristischen Merkmale, die den Typus ausmachen, listen auf, wie sich der Typus in den Routinedaten abbildet und geben den abgeleiteten Unterstützungsbedarf von Versicherten des Falltyps an (Ziffer 1, grauer Kasten). Einschätzungen bzgl. Erwerbsfähigkeit und Unterstützungsempfehlungen sind orientierend und im Einzelfall zu prüfen!

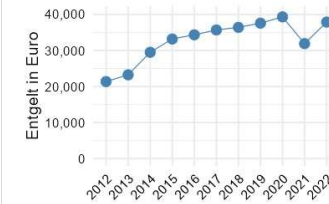
Die Darstellung enthält ferner Grafiken der zeitlichen Verläufe des RI-EMR, der Beiträge aus sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung sowie der Bezüge von Arbeitslosengeld I, II und Krankengeld („Sonstiger Leistungsbezug“, Ziffer 2).

Fallbeispiele und Zitate komplettieren schließlich die Darstellung der Falltypen (Ziffer 3). Zum schnelleren Auf- und Zurechtfinden wurde jedem Falltypus eine eigene Farbe zugeordnet (siehe Übersichtstabelle der Falltypen auf Seite 5).

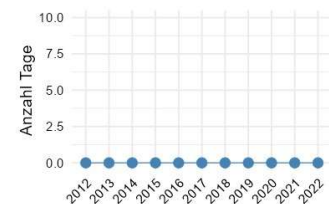
Risikoindex im Zeitverlauf



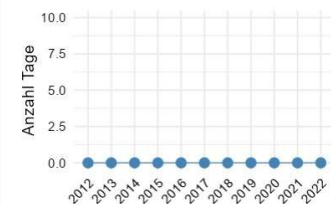
Entgelt SV-Beschäftigung



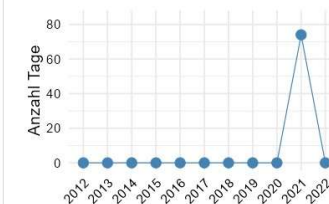
Arbeitslosengeld I



Arbeitslosengeld II



Sonstiger Leistungsbezug



2

3

Fallbeispiel 2 – Herr Dehn:

- 51 Jahre, Hafenfacharbeiter
- aufgrund eines Fahrradunfalls (Wegeunfall) mit anschließendem Krankenhausaufenthalt (Knie-OP) und BG finanzierter Reha längere Zeit krank geschrieben
- bereits mit STW an Arbeitsplatz zurückgekehrt
- subjektive Arbeitsfähigkeit hoch; subjektive Erwerbsprognose positiv (will seinen Job weiterhin ausführen); EMR ist kein Thema
- „Das ist ja nur eine körperliche Einschränkung. Unter Gesundheit verstehe ich, dass ich keine anderen Beschwerden habe. Wenn ich da andere Menschen sehe in meinem Alter [...] mein Gesundheitszustand ist sehr gut.“



Es werden ausschließlich fiktive Namen verwendet.

Abkürzungsverzeichnis

AHB	Anschlussheilbehandlung	ISG	Iliosakralgelenk
AG	Arbeitgeber:in	JC	Jobcenter
Alo	Arbeitslosigkeit	KG	Krankengeld
ALG I	Arbeitslosengeld I	KK	Krankenkasse
ALG II	Arbeitslosengeld II (Bürgergeld)	LTA	Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben
AU	Arbeitsunfähigkeit	LWS	Lendenwirbelsäule
AV	Arbeitsvermittlung	MBOR	Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation
BA	Bundesagentur für Arbeit	MSK	Muskuloskelett(al)
BG	Berufsgenossenschaft	MR	Medizinische Rehabilitation (herkömmliches Heilverfahren)
BTZ	Berufliches Trainingszentrum	OP	Operation
DRV	Deutsche Rentenversicherung	RI-EMR	Risikoindex Erwerbsminderungsrente
EMR	Erwerbsminderungsrente	STW	Stufenweise Wiedereingliederung (Hamburger Modell)
EF	Erwerbsfähigkeit	SV-B	Sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung
EUTB	Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung	VOR	Verhaltensmedizinisch-orientierte Rehabilitation
GdB	Grad der Behinderung	WfBM	Werkstatt für behinderte Menschen
HWS	Halswirbelsäule		

Übersicht Falltypen

Typ 0	Typ 1: Back to normality – zurück an die Arbeit	Typ 2: Stay at work – eine stete Herausforderung		Typ 3: Exit from work – nichts geht mehr	Typ 4: Excluded from work – keine Chancen am Arbeitsmarkt	Typ 5: Keep on working – Durchhalten bis zur Altersrente
Langzeit- arbeitslose Fälle (ohne AU- Episoden)	Fälle mit AU-Episode und ansonsten durchgängigen Erwerbs- biographien	Fälle mit wiederkehrenden AU- (und Alo) Phasen		Aus dem Krankengeld (und anschließend in Alo) fallende Fälle	Fälle mit schon immer brüchigen Erwerbs- biographien	Ältere Versicherte, die nach lang- jähriger Erwerbs- biographie in AU oder Alo (zu) fallen (drohen)
EMR kein Thema	EMR kein Thema	EMR noch kein Thema	EMR rückt gedanklich näher	EMR unausweichlich (ggf. bereits beantragt)	EMR ist i.d.R. (noch) kein Thema	EMR kein Thema
(BA/) JC gefragt	Medizinische Rehabilitation (AHB/MR), ggf. + STW	„Regelmäßige“ MR, ggf. + klinik- seitigem inten- siviertem Über- gangsmanage- ment und DRV- seitigem Reha- Management	Vor- und nach- gelagertes Fallmanagement: Koordination individuell benötigter Leistungen	Ausstiegs-/Übergangs- begleitung in die EMR	Beratung bzgl. geeigneter LTA; bei Bedarf: Antragsunterstützung; ggf. Einleitung Teilhabe- /Gesamtplanverfahren oder Verweis auf EUTB	Ausstiegs-/ Übergangsplanung bzw. -begleitung in die (vorzeitige) Altersrente; ggf. MR, LTA; bei Alo zudem BA/JC gefragt
Anteil in der Grundgesamtheit (alle aktiv Versicherten mit RI-EMR ≥ 60) [siehe hierzu auch S. 18-20]						
29,1%	8,5%	27,4%		1,1%	9,5%	13,8%

Hinweis: Auf eine separate Darstellung des Falltypus 0 wird im Folgenden verzichtet, da eine Unterstützung durch die DRV hier nicht angezeigt ist – entweder weil keine gesundheitlichen Probleme vorliegen (der hohe RI-EMR also ausschließlich Ergebnis langer Arbeitslosigkeitszeiten ist) oder aber weil versicherungsrechtliche Voraussetzungen (Beiträge aus sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung) für die Erbringung von Teilhabeleistungen der DRV bei vorliegenden gesundheitlichen Problemen aufgrund der lang andauernden Arbeitslosigkeit nicht erfüllt sind.

Typ 1: Back to normality – Zurück an die Arbeit

Charakteristik:

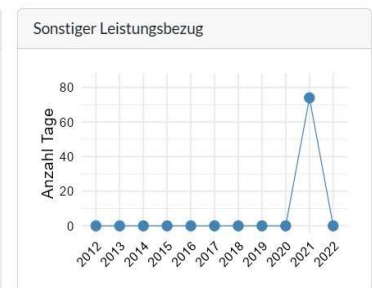
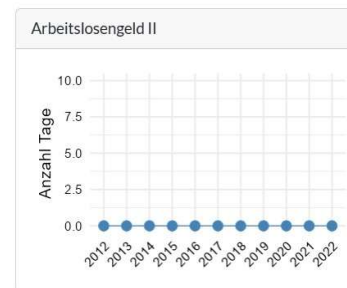
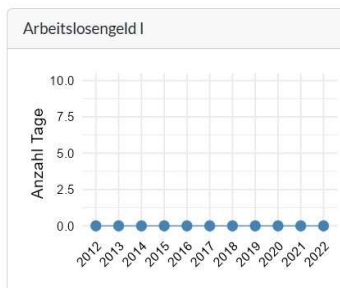
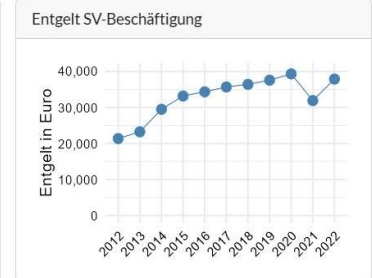
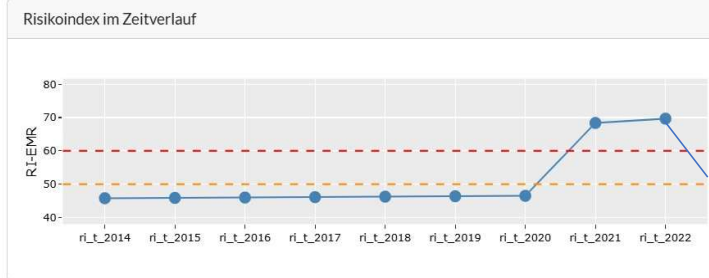
- längere AU-Episode bei sonst durchgängiger Erwerbsbiographie
- Arbeitsfähigkeit aufgrund eines Unfalls, einer OP oder vorübergehenden Krankheitsepisode zeitweise eingeschränkt
- Rückkehr zur Arbeit absehbar oder bereits vollzogen
- EMR ist kein Thema

Routinedaten:

- RI-EMR nur kurzzeitig ≥ 60
- KG-Bezug: max. 17 Mo \rightarrow keine Aussteuerung
- vor und nach KG-Bezug: Entgelt aus SV-B, kein ALG I/ALG II-Bezug
- Anteil an allen aktiv Versicherten mit RI-EMR ≥ 60 : 8,5%

Unterstützungsbedarf:

- AHB/MR, ggf. mit STW; insofern bereits wieder stabil in Arbeit: RV Fit
- oder Hinweis auf Reha-Sport, Physiotherapie, Krankengymnastik



Fallbeispiel 1 – Frau Mertin:

- 52 Jahre, Heilpädagogin, tätig in einer WfBM
- aufgrund zweier Bandscheibenvorfälle längere Zeit krank geschrieben; durch fachärztliche und physiotherapeutische Behandlung sind ihre Beschwerden bereits wieder zurückgegangen
- bislang keine Reha: „Im Moment sehe ich da nicht so die Notwendigkeit, weil ich weiß, wenn ich Rückenschmerzen habe, kann ich die durch verschiedene Übungen ausgleichen.“
- im Rahmen von BEM gemeinsam mit Arbeitgeber eine KK-STW sowie Anpassungen bzgl. Einsatzort und Tätigkeitsspektrum eingeleitet (weniger Fahrtzeiten; weniger körperlich schwere, mehr koordinative Aufgaben)
- subjektive Arbeitsfähigkeit hoch; subjektive Erwerbsprognose positiv (will ihren Job weiterhin ausführen); EMR ist kein Thema

Fallbeispiel 2 – Herr Dehn:

- 51 Jahre, Hafenfacharbeiter
- aufgrund eines Fahrradunfalls (Wegeunfall) mit anschließendem Krankenhausaufenthalt (Knie-OP) und BG finanzierter Reha längere Zeit krank geschrieben
- bereits mit STW an Arbeitsplatz zurückgekehrt
- subjektive Arbeitsfähigkeit hoch; subjektive Erwerbsprognose positiv (will seinen Job weiterhin ausführen); EMR ist kein Thema
- „Das ist ja nur eine körperliche Einschränkung. Unter Gesundheit verstehe ich, dass ich keine anderen Beschwerden habe. Wenn ich da andere Menschen sehe in meinem Alter [...] mein Gesundheitszustand ist sehr gut, bis auf das Knie.“

Fallbeispiel 3 – Frau Lohmann:

- 60 Jahre, tätig in der Krankenhausverwaltung
- aufgrund eines Tumors, dessen operativer Entfernung und anschl. Bestrahlungs- und Chemotherapie längere Zeit krank geschrieben
- keine Reha: fühlt sich hinreichend versorgt; will positiv nach vorn schauen und sich nicht mit Krankheitsgeschichten anderer belasten
- im Rahmen von BEM folgende Wiedereingliederung vereinbart: 12-monatige Arbeitszeitreduktion über Einsatz von (Rest-)Urlaub, zunächst nur Homeoffice, später auch Präsenz: „Ich bin noch immer dem Arbeitgeber dankbar, dass man mir so entgegengekommen ist und Rücksicht genommen hat.“
- subjektive Arbeitsfähigkeit hoch; subjektive Erwerbsprognose positiv (will ihren Job weiterhin ausführen); EMR ist kein Thema

Typ 2: Stay at work – Eine stete Herausforderung

Charakteristik:

- Fälle mit wiederkehrenden AU-Phasen und ggf. kürzeren Alo-Zeiten
- Erwerbsfähigkeit aufgrund chronischer Erkrankungen und (daraus resultierender) psychischer Belastungen langfristig gefährdet (2a) oder bereits gemindert (2b)
- EMR ist noch kein Thema (2a) bzw. rückt gedanklich näher (2b)
- während Versicherte des Typus 2a eine positive subjektive Erwerbsprognose aufweisen, fällt diese bei Versicherten des Typus 2b bereits unsicher bis negativ aus
- Versicherte des Typus 2a berichten i.d.R. von flexibleren und verständnisvolleren Arbeitgebern sowie einer höheren Arbeitszufriedenheit – nicht selten wurden (im Rahmen von BEM) bereits Arbeits(platz)anpassungen vorgenommen
- Versicherte des Typus 2b berichten häufiger von negativen Reaktionen des Arbeitgebers (macht Druck, droht mit Kündigung) und weisen i.d.R. eine geringere Arbeitszufriedenheit auf
- ein weiterer Unterschied besteht in den noch vorhandenen (2a) bzw. bereits (nahezu) erschöpften (2b) Bewältigungskapazitäten

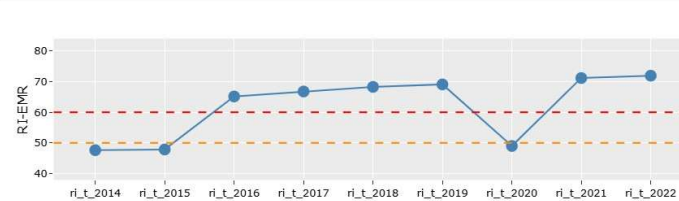
Routinedaten:

- RI-EMR episodisch ≥ 60 ; bei 2b über die Zeit ansteigend (s. Abb.)
- mind. 2 KG-Episoden in den letzten 10 Jahren
- kein ALG II/Bürgergeld-Bezug; insb. bei 2b auch Phase(n) mit ALG I
- Anteil an allen aktiv Versicherten mit RI-EMR ≥ 60 : 27,4% (2a + 2b)

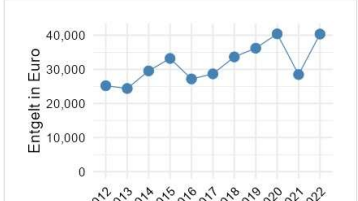
Unterstützungsbedarf:

- 2a: „regelmäßige“ MR/MBOR/VOR/duale Reha (ggf. gerahmt durch eine Art Reha-Management-Programm seitens der DRV); bei Bedarf: Nutzung Möglichkeiten zur Unterschreitung der 4-Jahres-Frist, intensivierte Übergangsmanagement seitens Reha-Einrichtung
- 2b: vor- und nachgelagertes Fallmanagement mit individueller Koordination benötigter Leistungen (MR/MBOR/VOR/duale Reha, LTA, ggf. Teil-EMR)

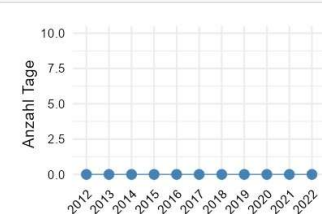
Risikoindex im Zeitverlauf



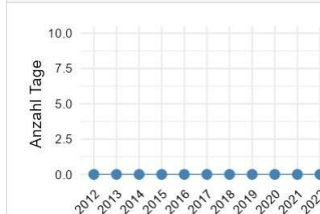
Entgelt SV-Beschäftigung



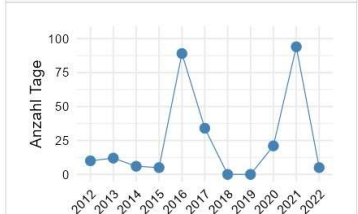
Arbeitslosengeld I



Arbeitslosengeld II



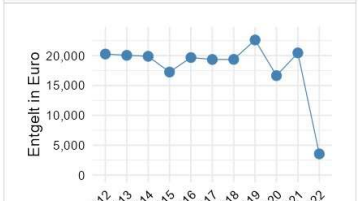
Sonstiger Leistungsbezug



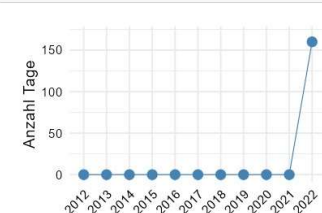
Risikoindex im Zeitverlauf



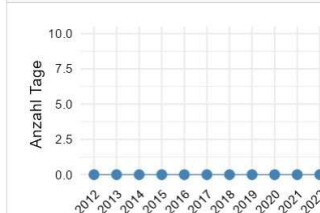
Entgelt SV-Beschäftigung



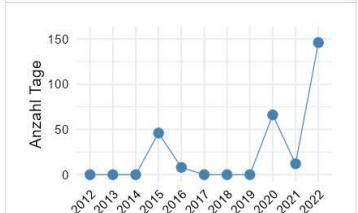
Arbeitslosengeld I



Arbeitslosengeld II



Sonstiger Leistungsbezug



Fallbeispiele siehe Folgeseite

2a: Fallbeispiel 1 – Herr Hagen:

- 56 Jahre, gelernter Kaufmann, seit September 2023 als Hauptsachbearbeiter in einer öffentlichen Verwaltung tätig, auch davor bereits mehrere Jobs im öffentlichen Dienst ausgeübt
- leidet seit Jahren unter einer chronisch entzündlichen Darmerkrankung; 2017 dann Diagnose: Morbus Crohn → typischer Verlauf in Schüben, Stress kann Schübe auslösen/Symptome verstärken, Beschwerden durch Infusionstherapie aber bereits gemindert
- mit dem Morbus Crohn sind weitere Begleiterkrankungen verknüpft:
 - Rheuma (Morbus Bechterew, mit krankheitstypischen Schmerzen, Schwellungen und Bewegungs-/Funktionseinschränkungen, geht 2x/Woche zur manuellen Therapie, „damit ich beweglich bleibe“)
 - Sehbeeinträchtigungen (okuläre Rosazea, insb. bei beleuchteten Bildschirmen (PC, Handy) sieht er mitunter nur verschwommen; nimmt täglich Augentropfen, die die Augenempfindlichkeit herabsetzen und entzündungshemmend wirken)
 - Fettstoffwechselverdaunstörung, Diabetes
- April 2022 – Mai/Juni 2023 mittelschwere Depression in Folge der körperlichen Beschwerden und beruflichen Auswirkungen
 - verlor 1x seinen Job und bestand 1x die Probezeit nicht → konnte keine Außentermine wahrnehmen, hatte regelmäßige Abwesenheitszeiten wegen seiner Erkrankungen und der Infusionstherapie (nimmt alle 8 Wochen einen Tag in Anspruch)
 - war 2x für 4 Wochen in einer Tagesklinik; ist ferner (auch aktuell noch) in psychotherapeutischer Behandlung
 - stellte nach Aufforderung der Krankenkasse einen Reha-Antrag; trat diese dann aber wegen seines neuen Jobs nicht an
- Dezember 2023 Leberkarzinom: frühzeitig entdeckt und operativ entfernt; 8 Wochen nach der OP Rückkehr in den neuen Job
- mit aktuellem Job zufrieden – will diesen weiterhin ausführen; für die Termine der Infusionstherapie wird er bezahlt freigestellt
- EMR ist (noch) kein Thema; „Ich gehe gerne arbeiten, schon wegen der sozialen Kontakte.“, hat aber Sorgen, ob er es gesundheitlich bis zur Altersrente schafft; könnte sich später eine Arbeitszeitreduktion vorstellen, verweist aber auch auf die dann (auch bei der Rente) entstehenden finanziellen Einbußen

2b: Fallbeispiel 1 – Frau Savic:

- 55 Jahre, arbeitet seit 24 Jahren in Wechselschicht und Akkord in der Lebensmittel verarbeitenden Industrie am Fließband
- leidet seit 30 Jahren an einer chronisch entzündlichen Darmerkrankung; Diagnose Colitis Ulcerosa erfolgte recht früh → auch hier typischer Verlauf in Schüben; bei ihr in Verbindung mit Krankenhausaufenthalt und künstlicher Ernährung
 - 2008 wurde Teil des Dickdarms entfernt und sie erhielt vorübergehend einen künstlichen Darmausgang; das verbliebene Darmendstück entzündet sich seitdem immer wieder – eine Infusionstherapie musste abgebrochen werden, da sie eine Psoriasis Arthritis („innerliche Schuppenflechte“) auslöste; bekommt bei Schüben daher nun ein Antibiotikum
 - aktuell hat sie wieder einen starken Schub – in Verbindung mit einer Muskelentzündung, die Schmerzen und eine stark eingeschränkte Beweglichkeit mit sich bringt (kann kaum laufen); erhält gegen die Muskelentzündung ein Medikament, mit dem sie nicht Auto fahren und keine Maschinen bedienen darf
 - aktuell steht die Entfernung eines weiteren Darmteils zur Diskussion; einen künstlichen Darmausgang will sie so lange wie möglich hinauszögern
- weitere Erkrankungen/Beschwerden: Bluthochdruck, Hüftprobleme, Anfälligkeit für Infekte
- ihre Erkrankung ist – nicht zuletzt wegen der häufigen Ausfallzeiten – auf Arbeit bekannt; ihr Chef droht mittlerweile mit Kündigung und drängt zur STW (erhält alle 2 Wochen eine schriftliche Einladung)
- subjektive Arbeitsfähigkeit: gering → kann/darf aktuell nicht arbeiten und müsse weitere Entwicklung abwarten (Muskelentzündung, Schub, etwaige Darm-OP): „Ich muss erst einmal wieder zu Kräften kommen, und dass das einigermaßen wieder in Ordnung ist, mit meinem Endstück. Dann kann ich wieder anfangen zu arbeiten. Also es versuchen mit der Eingliederung.“
- zweifelt auch langfristig an ihrer Arbeits-/Erwerbsfähigkeit → denkt über eine (Teil)-EMR nach: „Ja, der Arbeitgeber hat auch schon gesagt, ich solle vielleicht früher Rente beantragen wegen meiner Krankheit. Und ich bin ich auch schon am Überlegen, denn langsam wird das immer öfter und schwieriger für mich.“

Typ 2: Stay at work – Eine stete Herausforderung

Frau Sikora (2a, 58J., seit 2009 Beschwerden durch eine Darmfehlbesiedlung (Pilzinfektion), 2018/9 Diagnose und operative Entfernung eines Gehirntumors, 2019 Knocheninfarkt, 2020 Diagnose und operative Entfernung Hautkrebs, seit 2014 depressive Phasen):

„[...] alle anderthalb bis zwei Monate falle ich eine Woche aus. Es ist auch mal eine längere Phase dabei, wo es nicht so ist. Aber aus verschiedenen Gründen ist bei mir irgendwann immer so ein Punkt erreicht, wo ich halt echt nicht mehr kann, ne? Das belastet mich natürlich. [...] Also von daher konnte ich, als ich in der beruflichen Reha gearbeitet habe, sehr gut nachvollziehen, wie es einem da geht. Wenn man, irgendwie, ja, eigentlich noch nicht Rente, kann, will, ja? Aber auch merkt, man packt das Pensum, was gefordert ist, irgendwie nicht, ne? [...] Und ich kenne halt selber die Situation, die halt echt sehr unangenehm ist, auch als Angestellte. Zumindest, wenn man seine Arbeit gerne macht, was ich tue. [...] Ich habe auch überlegt, mal eine Reha machen. Aber das ist immer so ein Angang.“

Frau Siebert (2a, 58J., frühere Depression im Zuge eines unerfüllten Kinderwunsches, Rückenbeschwerden, Asthma, Fettleber, Diabetes, mit 49J. Diagnose Brustkrebs – bis heute in medikamentöser Therapie, auf die sie ihre Fatigue zurückführt):

„Also das Prägendste, das ist die physische Schwäche. Das kann man sich überhaupt nicht vorstellen, das ist eine andere Dimension. [...] Ich schäme mich manchmal für mich. Weil ich denke, die Leute denken, ich wäre faul oder asozial / Aber so ist das nicht. Ich kann es nicht.“; „Was meine Arbeit angeht, muss ich sagen / ich habe Riesenglück, dass wenn ich wegfalle, dass die Aufgaben / dass das so aufgefangen wird. Also, das ist nur mit einem außergewöhnlichen Arbeitgeber möglich. Also, egal, wie viel Pech ich im Leben hatte, da hatte ich wirklich Riesenglück, weil nur deswegen darf ich weiter arbeiten, so viel wie ich kann.“

Frau Hansen (2b, 51J., chronische Nierenbeckenentzündung seit Kindesalter, 2004 Harnleiterstenose und akutes Nierenversagen, MSK-Probleme (Bandscheibenvorfall HWS, Arthrose mit Gelenkversteifungen, irreparabler Knieschaden), Vorhofflimmern, psychische Beschwerden):

„Ich habe eine chronische Nierenbeckenentzündung. Manche Tage merke ich sie gar nicht. Manche Tage habe ich sie intensiv, dass man sich krümmt vor Schmerzen. Ich habe Vorhofflimmern, einen Bandscheibenvorfall im Nacken, diverse Gelenkversteifungen aufgrund meiner Arthrose, habe die Zehen steif, die Fußgelenke, die Lendenwirbel. Ich habe einen Knieschaden, der ist irreparabel. Das sind alles so Sachen, die kommen dann echt so zusammen, ne? [...] 2004 lag ich sechs Monate im Krankenhaus mit Lungenentzündung und Nierenversagen, bin in der Zeit 13-mal operiert worden. [...] Es gibt Tage, da fühlst du dich wie 70. Und der Stress auf Arbeit, der tut sein Übriges. [...] Ich habe keinen Traumjob. Ganz bestimmt nicht, überhaupt nicht. Ich werde jeden Tag belogen, betrogen, beschimpft.“; „Der Betriebsarzt sagt: "Ach, mit ein bisschen Erholung schaffen wir das." Nein, ich schaffe es nicht mehr. Ich will das auch alles gar nicht mehr.“

Frau Marquardt (2b, 37J., 2012 Diagnose Hydrocephalus + 2022 Hypophysen-Adenom/Zyste, Probleme in LWS und Schultern, psychische Beschwerden (Erschöpfungsdepression), Reizdarm, aktuell verstärkte Bauchprobleme/Schmerzen/Durchfälle, Urin im Blut, Trauer wg. kürzlich verstorbener Mutter):

„Ich bin bei der Gynäkologin, beim Urologen. Als Nächstes fahre zum Gastroenterologen. Vielleicht brauche ich noch ein CT oder MRT. [...] Weil ich hatte so viel Durchfall im letzten Jahr, das können Sie sich gar nicht vorstellen. [...] Und dann soll man noch sagen, wie lange fällst du denn aus? Ja. Keine Ahnung. [...] Ich habe sowieso schon Hydrocephalus. Dann, vor zwei Jahren, haben sie Hypophysen-Adenom bei mir festgestellt, stand auch knapp vor der OP, weil das schon drohte, auf die Sehnervenkreuzung zu drücken. Also, es sind aber auch immer Sachen, die nur Lauferei, Stress und, ja, Beschwerden / Auch Kopfschmerzen hatte ich wie bescheuert / auslösen, ne? [...] Und, ja, ich frage mich natürlich auch, wie soll das weitergehen? Oder wie kann man mir helfen? Oder kann man mir überhaupt helfen? [...] Ich habe auch irgendwann / Im Laufe der Jahre wurde mir geraten, Erwerbsminderungsrente zu beantragen. Ich bin damit gescheitert.“

Falltypus 3: Exit from work – Nichts geht mehr

Charakteristik:

- Fälle, die aus dem Krankengeld ausgesteuert wurden und in der Folge ggf. bereits in Arbeitslosigkeit gefallen sind
- dauerhafte Erwerbsminderung aufgrund mehrerer (über die Zeit kumulierter), teils schwerer chronischer Erkrankungen (3a) bzw. einer plötzlichen schweren Erkrankung (3b)
- Antrag auf EMR ist geplant oder bereits gestellt (so bekannt/handelbar; t.w. halten finanzielle Sorgen vom Antrag ab)

Routinedaten:

- RI-EMR ≥ 60 ; plötzlicher (3b) oder kontinuierlicher Anstieg (3a) (s. Abb.)
- KG-Bezug übersteigt zuletzt die Dauer von 18 Monaten
- Bezug von ALG I (und ALG II/Bürgergeld) – je nachdem, wann der EMR-Antrag letztlich gestellt wird
- Anteil an allen aktiv Versicherten mit RI-EMR ≥ 60 : 1,1% (3a + 3b)

Unterstützungsbedarf:

- Ausstiegs-/Übergangsbegleitung in die EMR (einschl. Antragstellung)

3a: Fallbeispiel – Frau Voss:

- 54 Jahre, gelernte Altenpflegehelferin, zuletzt in einer Spielhalle als Servicekraft tätig
- Entfernung Eierstöcke und Gebärmutter aufgrund von Tumoren; Entfernung von Teilen des (Blind-)Darms wg. Verwachsungen, Darmver-schlüssen, Platzbauch; COPD, Asthma, Bronchiektasie; Sarkoidose mit Granulomen in Lunge und Bauch; in der Folge auch psychische Beschwerden
- geht am Rollator; benötigt Sauerstoff; zuletzt Langzeit-AU bis zur Aussteuerung

3b: Fallbeispiel – Herr Kuhlmann:

- 54 Jahre, in letzten 13 Jahren beim selben Arbeitgeber im Garten-/Landschaftsbau tätig
- plötzliche Erkrankung an schwerem Rheuma (sehr starke Schmerzen und Funktionseinschränkungen)
- bereits alltägliche Aktivitäten (Schuhe binden, Tasse halten) bereiten große Probleme; auf Hilfe seiner Frau angewiesen
- keine Besserung durch bisherige Behandlungen mit Tabletten, Spritzen, Infusionen
- in der Folge auch psychische Beschwerden



Frau Voss: „Ich habe jetzt einen Monat Arbeitslosengeld bekommen. Krankengeld ist ausgelaufen. Und jetzt bin ich dabei, alles für die Aufstockung auszufüllen. Ich weiß gar nicht, wie das geht, mit der Erwerbsunfähigkeitsrente, wie ich das machen muss.“

Typ 3: Exit from work – Nichts geht mehr



Frau Zander (3a, 60J., COPD – Beschwerden begannen im 30. Lebensjahr, mittlerweile Status 3), Long-Covid, Fibromyalgie-Syndrom, Schuppenflechte, Vulva- und Blasenkrebs (2020, 2023), Depression):

„Ich kämpfe seit Jahren mit einer COPD und habe vor zwei Jahren Covid gehabt. Und seitdem hat sich mein Gesundheitszustand deutlich verschlechtert. Ich habe im letzten Arbeitsjob schon gemerkt, dass es gesundheitlich nicht mehr so toll läuft, auch durch die COPD. Und bin im Moment auch wirklich auf dem Level, wo ich echt Zukunftssorgen habe, gerade auch was Arbeitsleben angeht und was Rente angeht. Und schwimme so ein bisschen im Nebel im Moment, denn gesundheitlich sieht das nicht so toll aus. Und, ja, ich bin, ja, wie soll man sagen, finanziell im Minimum. Dadurch, dass ich eben halt Bürgergeld kriege und die monatlichen Belastungen ja auch nicht weniger werden. Und bin immer so, ja, unter ferner liefen und kann mir irgendwelche teuren Geschichten, die meine Gesundheit aufbauen, eben nicht leisten, ne? Das heißt, eine Rückkehr ins Arbeitsleben sehe ich bei mir wirklich sehr, sehr schwierig. Weil auch die Arbeitsangebote halt nicht so sind, dass ich sie erfüllen könnte. [...] Und bewirb dich mal irgendwo, und du kommst da mit einem Rollator und Sauerstoffgerät an. Da sagt der Chef auch so: "Super Idee." Ja, nee, vergiss es. Da können sie auch tausendmal sagen, dass Schwerbehinderte bevorzugt behandelt werden.“

Herr Günther (3b, 55J., Asthmatiker, seit vielen Jahren Rückenbeschwerden – 2021 Bandscheiben-OP, 2 Tage nach Entlassung aus dem Krankenhaus Schlaganfall; im Nachgang immer wieder umgekippt – 2022 dann Herzinsuffizienz diagnostiziert):

„Ich habe 25 Jahre in der Pflege gearbeitet. Dann hat sich erst mein Rücken verabschiedet. Und nachdem ich mit dem Rücken aus dem Krankenhaus draußen war, zwei Tage später, habe ich dann einen Schlag gekriegt. [...] ich konnte monatelang nicht, zum Beispiel, normal aus einer Tasse trinken, ich musste alles mit dem Strohhalm trinken. Essen und Trinken, es war eine einzige Katastrophe. Die linke Gesichtshälfte ist immer noch ein bisschen schief. [...] Dann habe ich irgendwann wieder versucht zu arbeiten, bin aber laufend aus irgendwelchen Gründen umgefallen, bei der kleinsten Anstrengung. Bis man dann rausgefunden hat, dass ich nur noch knapp über 20 Prozent Herzleistung habe. Und seitdem sitze ich praktisch zu Hause, und es wird eigentlich von Woche zu Woche schlechter, statt besser. Ich war jetzt hier gerade 200 Meter entfernt einkaufen, ich war zu Hause, da musste ich mich erstmal zehn Minuten hinsetzen, weil ich schon wieder platt war. Wenn ich ein Zimmer durchgesaugt habe, bin ich fertig für den Rest des Tages. Oder Fensterputzen, wenn es hoch kommt, kriege ich mal zwei Fenster am Tag geputzt.“



Typ 4: Excluded from work – keine Chancen am Arbeitsmarkt

Charakteristik:

- Fälle mit schon immer brüchigen Erwerbsbiographien
- Erwerbsfähigkeit i.S. herkömmlicher Beschäftigung auf dem ersten Arbeitsmarkt aufgrund einer psychischen, psychiatrischen u./o. Sucht(folge)erkrankung fraglich/eingeschränkt/nicht mehr gegeben
- EMR ist i.d.R. (noch) kein Thema

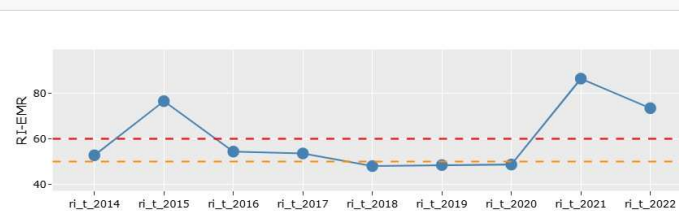
Routinedaten:

- RI-EMR durchgängig erhöht
- wechselnde Episoden mit ALG I, ALG II und KG-Bezug
- Anteil an allen aktiv Versicherten mit RI-EMR ≥ 60 : 9,5%

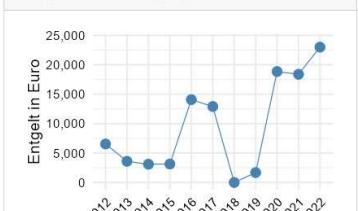
Unterstützungsbedarf:

- Beratung bzgl. RPK, BTZ, Leistungen an Arbeitgeber, Arbeitsassistent, unterstützter Beschäftigung, WfbM etc.; Antragsunterstützung; ggf. Einleitung Gesamt-/Teilhabepflichtverfahren oder Verweis auf EUTB

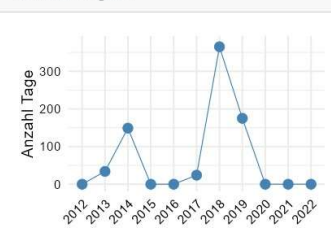
Risikoindex im Zeitverlauf



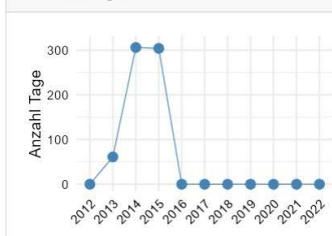
Entgelt SV-Beschäftigung



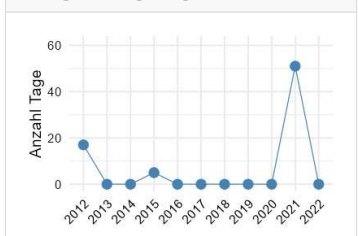
Arbeitslosengeld I



Arbeitslosengeld II



Sonstiger Leistungsbezug



Fallbeispiel 1 – Herr Anton:

- 51 Jahre, ursprünglich gelernter Gärtner, später dann Studium zum Dipl.-Archivar
- kann seinem Beruf (den er sehr gern macht) aufgrund einer sozialen Phobie und schizoiden Persönlichkeitsstörung bislang nur über zeitlich befristete Werks-/Honorarverträge nachgehen – Festanstellungen scheitern immer wieder an Kommunikations-/Abstimmungserfordernissen und „sozialen Zwängen“
- das Hin und Her zwischen Arbeitslosigkeit und Jobs (das u.a. auch zum ständigen An-/Abmelden beim JC zwingt) belastet ihn inzwischen sehr, sei unbefriedigend und finanziell prekär
- EMR ist kein Thema; wünscht sich einen langfristigen Job, bei dem seine Erkrankung akzeptiert und organisatorisch berücksichtigt wird

Fallbeispiel 2 – Frau Rothe:

- 53 Jahre, Studium und anschl. Ausbildung abgebrochen; einige Jahre in der Buchhaltung des väterlichen Baubetriebs tätig
- nachdem Vater in Rente ging und der Betrieb aufgelöst wurde, kam es bei ihr zur Krise – Depression und Alkoholsucht (beides auch Themen der Eltern) wurden akut
- machte 2013 eine Entgiftung und anschließend eine Sucht-Reha; erlitt einen Rückfall und lebte für 3 Jahre im betreuten Wohnen
- seit 2017 lebt sie in einer eigenen Wohnung: ist weiterhin trocken, erhält Gesprächs-, Ergo- und Sporttherapie und ist in psychiatrischer Behandlung
- möchte gern im geschützten Rahmen einer Tätigkeit nachgehen; EMR ist kein Thema

Fallbeispiel 3 – Herr Nolte:

- 45 Jahre, gelernter Altenpflegehelfer
- 2011/12 Diagnose Depression – über die Jahre insg. 5-6 stationäre Aufenthalte + 4-5 ambulante Therapien, die ihn zwar stabilisiert, aber beruflich nicht weiter gebracht hätten
- würde gern einen Bürojob machen; Bewerbungen blieben bislang erfolglos
- er wisse zwar um die Reha der DRV, kenne aber seine konkreten Möglichkeiten nicht
- wünscht sich proaktive, individuelle Unterstützung, eine praktisch angelegte Qualifizierung (hat schon einmal eine Qualifizierung der BA/des JC abgebrochen, weil sie für ihn zu theoretisch war) oder einfach einen Arbeitgeber mit genügend Flexibilität/Verständnis
- EMR ist kein Thema

Typ 4: Excluded from work – keine Chancen am Arbeitsmarkt

Herr Anton (51 J., soziale Phobie, schizoide Persönlichkeitsstörung):

„Also ich habe jetzt auch keinen Leidensdruck, dass ich sagen würde, also, wenn ich jetzt diese Reha hätte, dann wär vieles viel besser, ne, oder einiges. Also, weil mein persönliches Befinden ist ja gut, und diese Phobien, die kriege ich ja nicht weg. Also das ist ja der Dreh- und Angelpunkt, das ist eben nicht möglich, die eben wegzuthrapieren, ne? Weil das / darum müsste es ja gehen, dass ich im Grunde diese Zugangsbeschränkung zum regulären Arbeitsmarkt im Grunde irgendwie / dass die dann sich verbessert, ne, oder geringer wird, diese Beschränkung.“

Frau Rothe (53J., trockene Alkoholikerin, Depression, Panikattacken, Schlafstörungen, Asthma, Neurodermitis):

„Leider muss ich sagen, habe ich ja Hoffnung gehabt, dass ich in die geschützten Werkstätten über die Rentenversicherung komme. Und dieser Weg hat sich leider bei mir nicht / also eröffnet. Das wurde leider abgelehnt und das / da war ich sehr, sehr geschockt und, ja, war sehr traurig auch darüber, ne? Oder sehr / Ja, kann man sagen, in meiner Lage ja musste ich aufpassen, in kein graues Loch zu fallen, dass das nicht noch schlimmer wird, ne? [...] Jetzt habe ich einen Antrag laufen über die Sozialhilfe, über das Sozialamt auf geschützte Werkstätten.“

Herr Nolte (45J., seit 2011 rezidivierende Depression):

„Was mir wirklich helfen würde, wäre Beratung, dass man mir sagt, vielleicht mal eine adäquate Reha zu machen und zu gucken, was ist für mich das Beste. Vielleicht gibt es ja doch einen Arbeitgeber, der sagt: „Ich lasse mich darauf ein, und wir gucken gemeinsam.“ Weil er erkennt, dass ich auch Leistung bringe.“

Herr Zwerenz (53 J., schon immer Probleme im Job → Aufmerksamkeit/Fokussierung/Konzentration, Umgang mit Stress/Druck; 2010/11, 2016 und 2017 depressive Episoden; 2018 ADS-Diagnose):

„Ich arbeite schon dran, weiterzukommen. Aber es sind sehr, sehr spezielle Lösungen, die ich da immer wieder durchsetzen muss und die unkonventionell sind, auch bei den Leuten, die dafür zuständig sind eigentlich. Aber ich bin ein bisschen stolz drauf, dass ich die Sachen dann tatsächlich / Es dauert immer sehr, sehr lange, weil es unkonventionell ist. Aber ich kann die Leute überzeugen. Und ich verspreche mir sehr viel davon, dass die Betreuung [qualifizierte Assistenz zur Abwicklung des Erbes seines verstorbenen Vaters] jetzt kommt. Weil dann habe ich jemand, der quasi das Pflichtenheft und die Aufgaben im Auge behält. Und ich muss mich nicht die ganze Zeit was mitführen, was mich psychisch belastet. Ich kann durchaus Aufgaben dann machen. Aber dass ich jemand habe, der es dann für mich organisieren kann, das wird mir sehr helfen.“

Typ 5: Keep on working – Durchhalten bis zur Altersrente

Charakteristik:

- ältere Versicherte, die nach langjähriger Erwerbsbiographie in AU oder Alo (zu) fallen (drohen)
- Fokus: letzte Erwerbsjahre bis zur (vorzeitigen) Altersrente
- EMR ist kein Thema

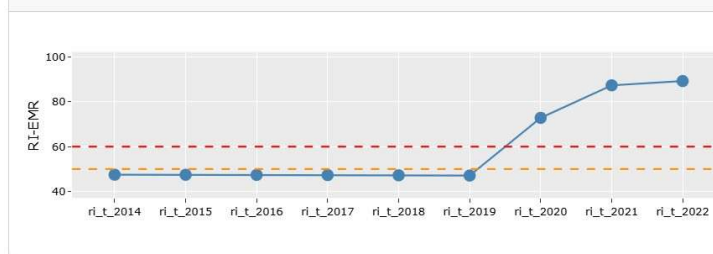
Routinedaten:

- Versicherte im Alter von ≥ 59 Jahren
- RI-EMR steigt nach langjährigen Beiträgen aus sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung auf ≥ 60 an
- KG-Bezug; ggf. mit Übergang in ALG I
- Anteil an allen aktiv Versicherten mit RI-EMR ≥ 60 : 13,8%

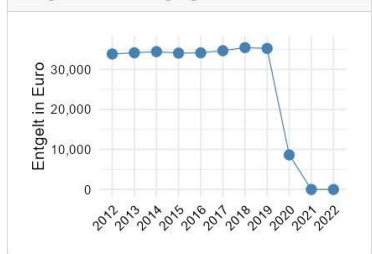
Unterstützungsbedarf:

- Ausstiegs-/Übergangsplanung bzw. -begleitung in die (vorzeitige) Altersrente, ggf. MR oder LTA, um Erwerbsfähigkeit zu stabilisieren bzw. weitere Erwerbstätigkeit zu ermöglichen; bei Alo zudem BA/JC gefragt (Arbeitsvermittlung)

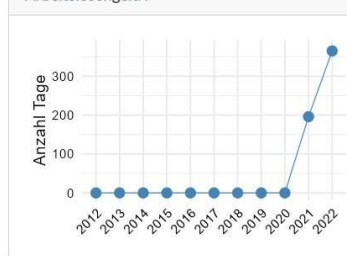
Risikoindex im Zeitverlauf



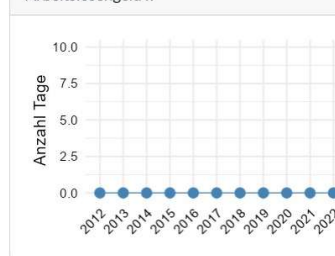
Entgelt SV-Beschäftigung



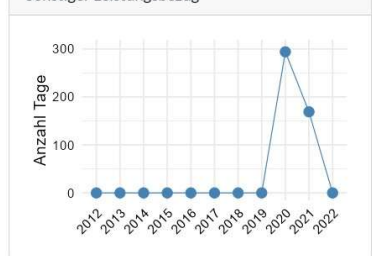
Arbeitslosengeld I



Arbeitslosengeld II



Sonstiger Leistungsbezug



Fallbeispiel 1 – Herr Bloch:

- 59 Jahre, seit 9 Jahren bei einem großen Konzern angestellt (Kundenbetreuung, Controlling); vorher jahrelang in Management/Geschäftsführung im Einzelhandel tätig
- seit über 10 Jahren Magen-Darm-Probleme (verbringt von seinen 8 Arbeitsstunden täglich 1,5-2h auf Toilette) – werde bislang toleriert, weil er ansonsten gute Arbeit abliefern
- trotz umfangreicher Diagnostik (Magen- und Darmspiegelungen, Unverträglichkeitstests, Blutbild etc.) wurde bislang noch keine Ursache seiner Beschwerden gefunden; Ernährungsumstellung brachte keine Besserung
- würde bei ärztlichem Rat eine Reha machen
- will noch 4 Jahre arbeiten, anschl. 2 Jahre „stempeln“ und dann in Altersrente gehen

Fallbeispiel 2 – Frau Kowalski:

- 60 Jahre, gelernte Verkäuferin, arbeitet seit 34 Jahren in Bäckereien – übernimmt neben dem Verkauf auch das Aufbacken, den Cafébetrieb, den Abwasch, die Abrechnung und das Putzen
- leidet unter alters- und berufsbedingten muskuloskelettalen Verschleißerkrankungen in Schultern, HWS, BWS, LWS, ISG mit entsprechenden Schmerzen und Beschwerden (Taubheit, Bewegungseinschränkungen, Probleme bei Atmung und Stuhlgang)
- hatte bereits mehrere OPs, macht Physiotherapie/Krankengymnastik und Reha-Sport, war schon mehrfach zur MR, nimmt Schmerzmittel und bekommt Spritzen
- will mit ihrem GdB (50) so früh wie möglich in Rente und müsse so lange noch durchhalten

Fallbeispiel 3 – Herr Tornow:

- 59 Jahre, gelernter Restaurantfachmann und Dipl.-Betriebswirt, arbeitet seit 1996 für verschiedene Unternehmen im Vertrieb
- stürzte 2021 zu Hause die Treppe herunter und zertrümmerte sich dabei einen Brustwirbel; wurde 3x operiert (Einsatz künstlicher Wirbel, Titanstreben) – zog sich über ein Jahr; AHB/Reha wurde ihm nicht empfohlen
- hat in Folge seinen Job verloren – Aufnahme eines neuen Jobs scheiterte, weil er entgegen vorheriger Absprache schwer heben musste
- sucht einen Job, den er mit seinen körperlichen Einschränkungen machen kann – gern in Vollzeit, mache aber gerade die Erfahrung, dass sich Arbeitgeber lieber für jüngere (gesunde) Mitbewerber:innen entscheiden

Falltypus 5: Keep on working – Durchhalten bis zur Altersrente

Herr Bloch: „Wie das jetzt weitergeht, weiß ich nicht. Aber ich kann Ihnen schon mal so viel sagen / Bei mir ist mit 63 Schluss, ne? Also das ist mir auch egal, was die mir an Rente abziehen. Ich werde nächstes Jahr 60. Und dann gehe ich noch drei Jahre dahin und hoffe mal, dass das alles so funktioniert, wie ich mir das vorstelle. Ob es denn so kommt, muss man sehen. Auf alle Fälle versuche ich es zumindest mal bis 63. Und dann gehe ich noch 2 Jahre stempeln bis 65. Ich habe ja / war ja noch nie in meinem Leben arbeitslos. [...] Muss eigentlich bis 67 arbeiten. Aber ich habe mein ganzes Leben lang so viel gutes Geld verdient. Und wenn die mir dann wirklich 350 Euro Rente abziehen, dann sollen sie es halt machen. [...] ich, für meinen Teil, sage mir, ich mache noch vier Jahre, wenn man mich lässt und wenn es der Körper zulässt. Und dann ist Ende.“

Frau Kowalski: „Also ich bin auf jeden Fall froh, wenn ich jetzt dann vorzeitig in Rente gehen kann. [...] auch wenn es mit Abzügen ist. [...] weil sonst tätest du das ja nie aushalten. Bis 67, das / also das in meinem Zustand auf jeden Fall nicht. Das geht nicht.“

Herr Tornow: „Also ganz klare Antwort, ich will arbeiten. Und wenn ich einen Job finde, mit dem ich körperlich das durchstehe, dann würde ich Vollzeit arbeiten wieder. Da habe ich überhaupt kein Problem mit. Also hier im vorzeitigen Ruhestand gehen, möchte ich auf keinen Fall. Wenn Sie 27 Jahre im Außendienst waren, dann fällt Ihnen irgendwann die Decke auf den Kopf, wenn Sie jeden Tag zu Hause sind. Es geht mir jetzt schon so. Ich muss raus, ich muss was machen, muss mit Leuten reden, muss was verkaufen. Also für mich steht ganz klar fest, wenn ich einen Job finde, den ich körperlich machen kann, dann würde ich in Vollzeit gehen. Wenn sich das aber nicht bietet, dann könnte ich mir auch vorstellen, so ein Teilzeit-Dingsbums da, also. Aber im vorzeitigen Ruhestand, nein. Dann kann ich mir gleich die Kugel in den Kopf jagen.“

Reha- und EMR-Zugangsbarrieren

Im Projekt ließ sich eine Vielzahl von Reha- und EMR-Zugangsbarrieren identifizieren, die in der Beratung adressiert werden sollten.

Zugangsbarrieren	Empfehlungen
Informations-/Wissensdefizite	Adressat:innengerechte Informationsvermittlung (Alltags- statt Verwaltungssprache)
Sprach- und kulturelle Barrieren	Mehrsprachige, kultursensible Informations- und Beratungsangebote; Hinweis auf entsprechende Reha-Angebote
Überforderung mit Antragsformularen	Anleitung/Unterstützung beim Ausfüllen der Formulare
(Krankheitsbedingte) Überforderung mit gesamten Antragsprozedere	Begleitung des gesamten Antragsprozesses
Antizipation einer Ablehnung	Information/Aufklärung bzgl. Bewilligungsquoten, versicherungsrechtlichen und persönlichen Zugangsvoraussetzungen und Ablehnungsgründen; Einschätzung der individuellen Bewilligungschancen auf Basis der jeweiligen Fallkonstellation; ggf. Unterstützung bei der Antragstellung; bei EMR: Aufklärung über die Möglichkeit der Mitwirkung bei der Wahl der Gutachter:innen
Negative Ergebniserwartung: Reha bringe/ändere nichts	Aufzeigen der Stärken und Möglichkeiten der verschiedenen Reha-Leistungen – in Kombination mit weiteren Leistungen und Instrumenten (wie z.B. Nachsorge, Reha-Sport, STW, BEM etc.)
Negative Reha-Erfahrung (eigene oder die anderer)	Verweis auf die vielfältigen Gründe, warum eine Reha gut oder schlecht verlaufen/wahrgenommen werden kann; Verweis auf Such- und Bewertungsportale und das Wunsch- und Wahlrecht (Auswahl einer Einrichtung, die gute Bewertungen erhalten hat bzw. Hinweis auf Abwägen von Bewertungsergebnis und Wartezeiten)
Abraten und/oder mangelnde Unterstützung seitens Ärzt:innen	Verweis darauf, dass Reha-Empfehlung sowohl von Haus- als auch von Fachärzt:innen gegeben werden kann; ggf. Einholen einer Zweitmeinung
Frage nach passender Reha bei Multimorbidität	Klärung, welche Erkrankung(en) aktuell bzw. dauerhaft die größten Einschränkungen v.a. auch mit Blick auf die Erwerbsteilhabe haben und bei denen bislang keine Besserung aufgrund akut-medizinischer/therapeutischer Behandlungen eingetreten ist; Verweis auf Einrichtungen, die verschiedene Indikationen adressieren/konzeptionell verbinden; Verweis auf duale Reha und VOR; ansonsten Hinweis, dass der sozialmedizinische Dienst die Reha-Indikation auf Basis der Unterlagen/Befunde festlegt

Reha- und EMR-Zugangsbarrieren

Im Projekt ließ sich eine Vielzahl von Reha- und EMR-Zugangsbarrieren identifizieren, die in der Beratung adressiert werden sollten.

Zugangsbarrieren	Empfehlungen
Betreuungs- bzw. Pflegeverantwortung	Beratung zu Möglichkeiten der Mitnahme <i>zu</i> bzw. Betreuung von Kindern und zu pflegenden Angehörigen <i>während</i> einer Reha (§ 42a Absatz 1 SGB XI, Antrag auf Mitnahme der pflegebedürftigen Person (Anlage G0111)).
Bedenken bezüglich Ernährung	Information über die Möglichkeiten der Berücksichtigung besonderer Ernährungsgewohnheiten oder -erfordernisse in der Reha
Mangelnde Ausschöpfung akuter Versorgungsangebote aufgrund fehlender Angebote/ langer Wartezeiten	Hinweise auf weitere Möglichkeiten einen Termin zu erhalten – z.B. Verweis auf Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigungen, Hinweis die Versorgungssituation im Antrag darzulegen
Fehlende Diagnose	Klärung, welche (Verdachts-)Diagnosen bislang zu Krankschreibungen geführt haben, welche Befunde aktuell vorliegen; Einschätzung, ob Reha-Antrag vor diesem Hintergrund erfolgsversprechend ist – andernfalls zu entsprechender (weiter) ärztlicher Abklärung raten
Mangelnde Mobilität	Klärung der Ursachen für die Mobilitätseinschränkung, um Reha-Fähigkeit sicherzustellen; Information über verschiedene Möglichkeiten der An-/Abreise sowie über ambulante Angebote
Ängste/Panikattacken	Klärung, ob die Ängste/Panikattacken ggf. zu einer eingeschränkten Reha-Fähigkeit führen; je nachdem entweder zunächst zu ambulanter Therapie raten oder darauf hinweisen, dass die Ängste/Panikattacken im Rahmen einer psychosomatischen Reha adressiert werden
Angst vor Jobverlust/negativen beruflichen Auswirkungen einer Reha	Information zu relevanten arbeitsrechtlichen Regelungen (Verpflichtung Arbeitgeber zu BEM, Kündigungsschutz etc.); Verweis auf entsprechende Beratungsstellen/Beratungsmöglichkeiten einschlägiger Institutionen (Gewerkschaften, Sozialverbände u.a.)
Finanzielle Sorgen	Informationen zur finanziellen Absicherung während einer Reha, zur Höhe des Übergangsgeldes, zu Eigenkosten und Zuzahlungsbefreiungen etc.; Informationen zur Höhe/Berechnung der Erwerbsminderungsrente und zu ergänzenden Leistungen; Informationen zur Nahtlosigkeit und zur finanziellen Absicherung im EMR-Widerspruchsverfahren durch Leistungen nach dem SGB III bzw. SGB II, wenn das KG bereits ausgelaufen und die Grundlage für das Arbeitslosengeld nach § 145 SGB III, das bis zur Antragsentscheidung gezahlt wurde, entfallen ist (→ einschl. dem Aspekt, dass die Versicherten sich als vermittlungsfähig und damit erwerbsfähig erklären müssen, um die Leistungen zu erhalten)

Anteile der Falltypen

Typ 0	Typ 1: Back to normality – zurück an die Arbeit	Typ 2: Stay at work – eine stete Herausforderung		Typ 3: Exit from work – nichts geht mehr	Typ 4: Excluded from work – keine Chancen am Arbeitsmarkt	Typ 5: Keep on working – Durchhalten bis zur Altersrente
Langzeit- arbeitslose Fälle (ohne AU- Episoden)	Fälle mit AU-Episode und ansonsten durchgängigen Erwerbs- biographien	Fälle mit wiederkehrenden AU- (und Alo) Phasen		Aus dem Krankengeld (und anschließend in Alo) fallende Fälle	Fälle mit schon immer brüchigen Erwerbs- biographien	Ältere Versicherte, die nach lang- jähriger Erwerbs- biographie in AU oder Alo (zu) fallen (drohen)
EMR kein Thema	EMR kein Thema	EMR noch kein Thema	EMR rückt gedanklich näher	EMR unausweichlich (ggf. bereits beantragt)	EMR ist i.d.R. (noch) kein Thema	EMR kein Thema
BA/JC gefragt	Medizinische Rehabilitation (AHB/MR), ggf. + STW	„Regelmäßige“ MR, ggf. + klinik- seitigem inten- siviertem Über- gangsmanage- ment und DRV- seitigem Reha- Management	Vor- und nach- gelagertes Fallmanagement: Koordination individuell benötigter Leistungen	Ausstiegs-/Übergangs- begleitung in die EMR	Beratung bzgl. geeigneter LTA; bei Bedarf: Antragsunterstützung; ggf. Einleitung Teilhabe- /Gesamtplanverfahren oder Verweis auf EUTB	Ausstiegs-/ Übergangsplanung bzw. -begleitung in die (vorzeitige) Altersrente; ggf. MR, LTA; bei Alo zudem BA/JC gefragt

Anteil in der Grundgesamtheit (alle aktiv Versicherten mit RI-EMR ≥ 60)

29,1%	8,5%	27,4%		1,1%	9,5%	13,8%
-------	------	-------	--	------	------	-------

Nicht zuordenbar: 10,7%

Eine gezielte Analyse der nicht-zuordbaren Fälle ergab, dass sich **unter ihnen 9,7% Versicherte** befinden, die im betrachteten 3-Jahres-RI-EMR-Zeitraum in mindestens einem Kalenderjahr Krankengeld bezogen haben und insofern einen **potentiellen Bedarf an Unterstützung durch die DRV** aufweisen.

Bei den übrigen 1% muss davon ausgegangen werden, dass entweder kein Unterstützungsbedarf seitens der DRV vorliegt oder aber die benötigten versicherungsrechtlichen Voraussetzungen (Beitragszeiten) i.d.R. nicht erfüllt sind.

Anteile der Falltypen

Typ 0	Typ 1: Back to normality – zurück an die Arbeit	Typ 2: Stay at work – eine stete Herausforderung		Typ 3: Exit from work – nichts geht mehr	Typ 4: Excluded from work – keine Chancen am Arbeitsmarkt	Typ 5: Keep on working – Durchhalten bis zur Altersrente
Langzeit- arbeitslose Fälle (ohne AU- Episoden)	Fälle mit AU-Episode und ansonsten durchgängigen Erwerbs- biographien	Fälle mit wiederkehrenden AU- (und Alo) Phasen		Aus dem Krankengeld (und anschließend in Alo) fallende Fälle	Fälle mit schon immer brüchigen Erwerbs- biographien	Ältere Versicherte, die nach lang- jähriger Erwerbs- biographie in AU oder Alo (zu) fallen (drohen)
EMR kein Thema	EMR kein Thema	EMR noch kein Thema	EMR rückt gedanklich näher	EMR unausweichlich (ggf. bereits beantragt)	EMR ist i.d.R. (noch) kein Thema	EMR kein Thema
BA/JC gefragt	Medizinische Rehabilitation (AHB/MR), ggf. + STW	„Regelmäßige“ MR, ggf. + klinik- seitigem inten- siviertem Über- gangsmanage- ment und DRV- seitigem Reha- Management	Vor- und nach- gelagertes Fallmanagement: Koordination individuell benötigter Leistungen	Ausstiegs-/Übergangs- begleitung in die EMR	Beratung bzgl. geeigneter LTA; bei Bedarf: Antragsunterstützung; ggf. Einleitung Teilhabe- /Gesamtplanverfahren oder Verweis auf EUTB	Ausstiegs-/ Übergangsplanung bzw. -begleitung in die (vorzeitige) Altersrente; ggf. MR, LTA; bei Alo zudem BA/JC gefragt

Anteil in der engeren Grundgesamtheit (alle aktiv Versicherten mit RI-EMR ≥ 60, keine Reha-Leistungen in vergangenen 4 Jahren)

38,5%	7,7%	22,4%		0,4%	9,3%	10,3%
-------	------	-------	--	------	------	-------

Nicht zuordenbar: 11,4%

Eine gezielte Analyse der nicht-zuordbaren Fälle ergab, dass sich **unter ihnen 10,3% Versicherte** befinden, die im betrachteten 3-Jahres-RI-EMR-Zeitraum in mindestens einem Kalenderjahr Krankengeld bezogen haben und insofern einen **potentiellen Bedarf an Unterstützung durch die DRV** aufweisen.

Bei den übrigen 1,1% muss davon ausgegangen werden, dass entweder kein Unterstützungsbedarf seitens der DRV vorliegt oder aber die benötigten versicherungsrechtlichen Voraussetzungen (Beitragszeiten) i.d.R. nicht erfüllt sind.

Operationalisierung der Falltypen

Falltypen	Bedingungen (anhand derer die Falltypen auf Basis von Routinedaten aus den Jahren 2016-2022 abgebildet wurden)
Falltyp 3	<ul style="list-style-type: none"> Die Person hatte eine Aussteuerung, definiert als > 546 Tage Krankengeldbezug in einem Zeitfenster von 3 Kalenderjahren. Die Person hat ALG I im Kalenderjahr der Aussteuerung oder im Folgekalenderjahr der Aussteuerung erhalten. Ausnahmesituation: Wenn die Aussteuerung im Kalenderjahr 2022 stattgefunden hat, ist das Folgekalenderjahr 2023 im Datensatz nicht vorhanden, und somit muss die Person das ALG I im Kalenderjahr der Aussteuerung (2022) erhalten haben.
Falltyp 2	<ul style="list-style-type: none"> Die Person hat Krankengeld in mindestens 2 Kalenderjahren erhalten. Die Person hat kein ALG II erhalten. Die Person ist jünger als 59 Jahre alt.
Falltyp 4	<ul style="list-style-type: none"> Die Person hat jeweils mindestens einmal ALG I, ALG II und Krankengeld erhalten. Die Person ist jünger als 59 Jahre alt.
Falltyp 1	<ul style="list-style-type: none"> Die Person hat Krankengeld im Kalenderjahr 2020 ODER im Kalenderjahr 2021 erhalten. Die Person hat kein ALG I in den Kalenderjahren 2020 bis 2022 erhalten. Die Person hat kein ALG II in den Kalenderjahren 2020 bis 2022 erhalten. Die Person hat kein Krankengeld im Kalenderjahr 2022 erhalten. Die Person hat im Kalenderjahr 2022 ein Erwerbseinkommen > 0 Euro.
Falltyp 0	<ul style="list-style-type: none"> Die Person hat in mindestens 3 Kalenderjahren > 100 Tage ALG II erhalten. Die Person hat in den Jahren 2018-2022 kein Krankengeld erhalten.
Falltyp 5	<ul style="list-style-type: none"> Die Person ist 59 Jahre oder älter.

Zuweisungsregeln:

Jede Person wird anhand der Bedingungen überprüft, in der Reihenfolge Falltyp 3, 2, 4, 1, 0, 5. Sie wird dem ersten Falltyp zugeordnet, dessen Regeln sie erfüllt.

Vorgehen bei nicht zugewiesenen Versicherten:

Es wurde innerhalb der nicht zugewiesenen Versicherten nach denen gesucht, die in 2020-22 in mind. einem Kalenderjahr Krankengeld erhielten (Gruppe mit potentielltem DRV-Unterstützungsbedarf). Alle übrigen Personen haben aktuell kein DRV-Unterstützungsbedarf bzw. erfüllen i.d.R. die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen nicht.

Stand: Dezember 2025, erstellt durch:
Dr. Betje Schwarz, Dr. Mathis Elling, Dr. Christian Hetzel



INSTITUT FÜR QUALITÄTSSICHERUNG
IN PRÄVENTION & REHABILITATION GMBH
AN DER DEUTSCHEN SPORTHOCHECHULE KÖLN

www.iqpr.de