

Psychische Erkrankungen in der Rehabilitation und bei Erwerbsminderung – zentrale Handlungsfelder

Bettina Hesse, Aike Hessel, Carolin Canan Ågren, Johannes Falk, Angelika Nebe, Susanne Weinbrenner

Zum Gedenken an Dr. Anne D. Rose, die durch ihr Wissen und ihre Kompetenz maßgeblich zu der Arbeit und den Ergebnissen der Arbeitsgruppe beigetragen hat.

Psychische Erkrankungen haben für die Sozialversicherungsträger, aber auch in der öffentlichen Wahrnehmung in den letzten 20 Jahren immer stärker an Relevanz gewonnen. Sowohl die Zahl der Behandlungsfälle, der Arbeitsunfähigkeitsfälle und -folgen als auch der Berentungen wegen Erwerbsminderung aufgrund psychischer Störung ist kontinuierlich gestiegen. Psychische Erkrankungen stehen seit Jahren an erster Stelle der Diagnosen bei Bewilligung einer Erwerbsminderungsrente (EM-Rente). 2018 erfolgten 43 % der Neuberentungen wegen Erwerbsminderung aufgrund psychischer Störungen. Das durchschnittliche Berentungsalter lag mit 50,5 Jahren fünf Jahre unter dem bei orthopädischen Erkrankungen.

1. Funktionsstörungen, sozialmedizinische Aspekte und Folgen psychischer Erkrankungen

Psychische Erkrankungen führen bei den Betroffenen zu Veränderungen in Denken, Verhalten und Wahrnehmung, zu Veränderungen des Gefühlslebens und des Antriebs sowie zu verschiedenen körperlichen Beschwerden. Aus diesen Veränderungen resultieren häufig funktionelle Beeinträchtigungen, wie z. B. eine Verringerung der Anpassungs- und Konzentrationsfähigkeit, der Aufmerksamkeit, Motivationsstörungen, sozialer Rückzug oder ein vermindertes Selbstwertgefühl. Diese Beeinträchtigungen können sich erheblich auf die individuelle Leistungsfähigkeit und auf die sozialen Interaktionen der Betroffenen auswirken und haben häufig gravierende Folgen für die soziale und berufliche Teilhabe.

Kommt es in Folge einer chronifizierten psychischen Erkrankung zu einer EM-Rente, hat das weitreichende Konsequenzen für die Betroffenen und für die Gesellschaft. Die vorzeitige Berentung führt zu einem Verlust gesellschaftlicher Teilhabe und darüber hinaus zu einem erheblichen Verlust an Sinnhaftigkeit und sozialem Status. Diese Entwicklungen schwächen häufig das Selbstwertgefühl der Betroffenen. Außerdem hat eine Berentung wegen Erwerbsminderung nahezu regelhaft zusätzlich negative gesundheitliche Auswirkungen. So sind Menschen mit einer EM-Rente häufiger übergewichtig als nicht erwerbsgeminderte Personen. Auch ihre allgemeine Lebenszufriedenheit ist deutlich schlechter als die von nicht erwerbsgeminderten Personen².

Die soziökonomische Situation von EM-Rentnern ist oft schwierig, etwa 18 % beziehen zusätzliche staatliche Mindestsicherungsleistungen³. 2018 betrug die durchschnittliche EM-Rente bei Neuberentungen 735 EUR.

Auch unter einer volkswirtschaftlichen Perspektive und in Anbetracht des demographischen Wandels ist das vorzeitige Ausscheiden von Personen aus dem Erwerbsleben relevant: Gesellschaft und Sozialversicherung verlieren Arbeitskräfte, Fachwissen und Beitragszahler.

Aktuell erfolgen 62 % aller Neuberentungen⁴ wegen psychischer Erkrankungen zunächst zeitlich befristet; die Befristung impliziert eine Besserungsmöglichkeit. Jedoch gelingt es nur sehr wenigen Betroffenen in das Erwerbsleben zurückzukehren (Return to Work – RTW). In einer aktuellen

Die Autorinnen und der Autor sind Mitglieder der trägerübergreifenden Arbeitsgruppe der Deutschen Rentenversicherung zum Thema „Handlungsfelder Psychische Störungen in der Rehabilitation und bei Erwerbsminderung“, in deren Namen sie diesen Beitrag verfasst haben¹.

¹ Bettina Hesse arbeitet bei der Deutschen Rentenversicherung Westfalen, Aike Hessel bei der Deutschen Rentenversicherung Oldenburg-Bremen, Carolin Canan Ågren, Johannes Falk und Angelika Nebe arbeiten im Geschäftsbereich Sozialmedizin und Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung Bund, Susanne Weinbrenner leitet diesen Geschäftsbereich.

² Zschucke, Hessel, Lippke (2016): Befristete Erwerbsminderungsrente aus Sicht der Betroffenen: subjektiver Gesundheitszustand, Rehabilitationserfahrungen und Pläne zur Rückkehr ins Erwerbsleben. *Rehabilitation*; 55(04): 223–229.

³ Märtin, Zollmann 2012: Soziökonomische Situation von Personen mit Erwerbsminderung. *DRV-Schriften* Bd. 99.

⁴ Statistikportal der Deutschen Rentenversicherung 2018. Rentenzugang: Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit (Abruf: 24. 6. 2019).

Studie wurde für Menschen mit einer befristeten Erwerbsminderungsrente wegen psychischer Störungen eine RTW-Rate von 5,7% innerhalb der dem Rentenbeginn folgenden sieben Jahre ermittelt⁵. Ähnliche Werte wurden auch schon in einer früheren Untersuchung gefunden⁶.

Häufig erfährt die Rentenversicherung (RV) von einer psychischen Erkrankung ihrer Versicherten erst durch einen Rentenanspruch. So hat nur etwa die Hälfte der Rentenantragsteller im Vorfeld an einer medizinischen Rehabilitation teilgenommen. Zum Zeitpunkt des Rentenanspruchs liegen häufig bereits eine lange Krankengeschichte und eine Phase der Ausgliederung aus dem Arbeitsprozess vor. Reha-Leistungen zu diesem Zeitpunkt haben aufgrund des Chronifizierungsgrades der Beeinträchtigungen und der fehlenden Besserungserwartung der Versicherten sehr ungünstige Erfolgsvoraussetzungen. Deshalb sind sowohl der frühzeitige Zugang zur psychosomatisch/psychotherapeutischen Rehabilitation als auch Zeitpunkt und Konzeption von Reha-Leistungen im Rentenverfahren weiterzuentwickeln.

Bereits 2014 hat die Deutsche Rentenversicherung in einem Positionspapier⁷ Handlungsfelder für die RV und die angrenzenden Versorgungssektoren für den Umgang mit psychischen Erkrankungen aufgezeigt.

Folgende Zahlen unterstreichen einen dringenden Handlungsbedarf:

Psychische Erkrankungen beginnen häufig im 14. Lebensjahr⁸. Das Durchschnittsalter von Rehabilitanden in der Psychosomatischen Rehabilitation beträgt ca. 49,5 Jahre⁹. Demnach vergehen zwischen Erkrankungsbeginn und Psychosomatischer Rehabilitation durchschnittlich knapp 35 Jahre und das durchschnittliche Alter bei Renteneintritt wegen psychischer Erkrankung liegt nur unwesentlich über dem Durchschnittsalter in der Psychosomatischen Rehabilitation (50,5 Jahre)¹⁰.

Eine trägerübergreifende Arbeitsgruppe der Deutschen Rentenversicherung hat darauf aufbauend in einem mehrstufigen Prozess weiterführende, kon-

krete Lösungsstrategien erarbeitet. Der Fokus liegt auf der Versorgung von Menschen mit affektiven Störungen, neurotischen Belastungs- und somatoformen Störungen sowie Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen. Zunächst wurden die in dem Positionspapier definierten Handlungsfelder präzisiert und 2015 in einem Expertenpapier beschrieben. In der nächsten Stufe wurden konkrete Handlungsoptionen konzipiert, die 2017 verschriftlicht wurden. Im letzten Schritt erarbeitete die Arbeitsgruppe praktische Lösungsstrategien.

2. Empfehlungen der Arbeitsgruppe

Die Lösungsstrategien im Umgang mit psychischen Erkrankungen können in drei Themenfelder gegliedert werden:

2.1 Zugang zur Rehabilitation erleichtern

● Problemstellung

Eine im Vorfeld fehlende (fach-)ärztliche oder psychotherapeutische Diagnostik bzw. Vorbehandlung stellt eine Barriere für den rechtzeitigen Reha-Zugang dar, denn bei unklarer, ungenügender oder fehlender Diagnostik oder Vorbehandlung erfolgt nicht selten eine Ablehnung des Reha-Antrags. Begründet wird das damit, dass Rehabilitation nicht in der Phase akuter Behandlungsbedürftigkeit oder anstelle einer erforderlichen Krankenhausbehandlung erbracht werden darf (§ 13 Abs. 2 Nr. 1 und 2 SGB VI).

In vielen Regionen stehen aber bislang keine oder nur unzureichende Therapiemöglichkeiten für psychisch Kranke zur Verfügung. Zusätzlich beeinträchtigen die psychischen Erkrankungen selbst häufig die Fähigkeit, sich aktiv um eine adäquate Behandlung zu kümmern. Die Gefahr der Chronifizierung durch fehlende oder unzureichende Behandlung droht somit sowohl durch strukturelle Mängel im Versorgungssystem als auch durch krankheitsimmanente Barrieren in der Inanspruchnahme.

● Lösungsstrategien

Vor diesem Hintergrund entwickelte die Arbeitsgruppe einen Vorschlag zur Anpassung der Leitlinie zur sozialmedizinischen Begutachtung¹¹.

Für die Bewilligung einer psychosomatisch-psychotherapeutischen Rehabilitation wird eine diagnosespezifische (fach-)ärztliche bzw. psychotherapeutische Vorbehandlung zwar weiterhin als grundsätzlich notwendig erachtet, ihr Fehlen schließt aber eine Rehabilitation nun nicht mehr prinzipiell aus. Das gilt insbesondere bei drohender Chronifizierung mit erheblicher Gefahr des unmittelbaren Ausscheidens aus dem Erwerbsleben. Im Einzelfall ist die Bewilligung einer medizinischen Rehabilitation daher auch ohne fachspezifische Vorbehandlung möglich.

Die überarbeiteten Zugangsbedingungen zur psychosomatisch-psychotherapeutischen Rehabilitation

⁵ Köckerling et al.: Return to Work aus einer zeitlich befristeten Erwerbsminderungsrente. Gesundheitswesen DOI: 10.1055/a-0883-5276.

⁶ Kobelt et al. 2009: Wollen psychisch erkrankte Versicherte, die eine befristete Rente wegen voller Erwerbsminderungsrente beziehen, wieder eingegliedert werden? Psych MED, 59, 273–280.

⁷ Deutsche Rentenversicherung Bund 2014: Positionspapier der Deutschen Rentenversicherung zur Bedeutung psychischer Erkrankungen in der Rehabilitation und bei Erwerbsminderung.

⁸ Kessler et al. 2005: Lifetime Prevalence and Age-of Onset Distribution of DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Replication. Archives of General Psychiatry, 593–603.

⁹ DRV (2018): Reha-Bericht 2018.

¹⁰ DRV (2018): Rente 2018.

¹¹ S. Kapitel 5.3 der Leitlinien für die sozialmedizinische Begutachtung, Sozialmedizinische Beurteilung bei psychischen und Verhaltensstörungen August 2012 [inkl. Update 2018].

wurden in den entsprechenden Gremien und trägerübergreifend sowie mit relevanten medizinischen Fachgesellschaften konsentiert. Die Leitlinie wurde entsprechend geändert.

Die Arbeitsgruppe hält darüber hinaus zur Verbesserung des Zugangs zur Rehabilitation verschiedene Schritte für notwendig. Diese Schritte dienen der Sensibilisierung und Information von Behandlern sowie Mitarbeitern der RV in Hinblick auf Interventions- und Kooperationsmöglichkeiten. Unter dem Punkt Wissensvermittlung werden die Schritte vertieft dargestellt.

2.2 EM-Rentner mit einer zeitlich befristeten Erwerbsminderungsrente beim RTW unterstützen

● Problemstellung

Der Eintritt in eine EM-Rente ist, wie die berichteten Zahlen zeigen und trotz aller eingangs genannten negativen Konsequenzen für die Betroffenen, häufig eine Einbahnstraße; es findet kein RTW statt.

Nach Bewilligung einer (zeitlich befristeten) Rente wegen voller Erwerbsminderung bemüht sich die Deutsche Rentenversicherung in der Regel nicht aktiv um eine berufliche Wiedereingliederung, d. h., in der Rentenphase werden Zeitrentner bei der Reintegration in den ersten Arbeitsmarkt nicht routinemäßig unterstützt. Ein Grund mag darin liegen, dass die Deutsche Rentenversicherung bislang nicht über ein spezifisches Instrumentarium verfügt, um die Betroffenen auf dem Weg zurück in das Erwerbsleben zu motivieren und zu unterstützen.

Verschiedene Studien berichten aber von einem initial hohen Interesse der EM-Rentner wieder zu arbeiten. Das verringert sich jedoch im Zeitrentenbezug sehr schnell¹².

● Lösungsstrategien

Drei Handlungsoptionen wurden durch die Expertengruppe detailliert ausgearbeitet. Sie werden im Folgenden vorgestellt:

● Info-Broschüre für neue EM-Rentner

Es wurde eine Informationsbroschüre für Versicherte entworfen, die erstmalig eine zeitlich befristete EM-Rente beziehen. Die Broschüre gibt als niederschwellige Maßnahme einen Impuls, sich während des Rentenbezuges aktiv um die eigene Gesundheit und Lebenssituation zu kümmern. Gleichzeitig werden Hilfsangebote der Deutschen Rentenversicherung, aber auch weitere mögliche Anlaufstellen, wie z. B. Schuldnerberatung oder psychotherapeutische Behandlung, konkret benannt. Die Broschüre kann den EM-Rentnern in der ersten Phase des Rentenbezuges zugesandt werden. Wünschenswert ist, dass begleitend auf Seiten der Rentenversicherungsträger (RV-Träger) ein spezifischer Ansprechpartner für alle durch die Broschüre aufkommenden Fragen und Unterstützungswünsche bereitgestellt wird, damit

eine durch die Broschüre ausgelöste Aktivierung aufgegriffen und weitergeführt werden kann.

Die Broschüre wurde im Rahmen einer studentischen Semesterarbeit an der Uni Bielefeld evaluiert. In einer Fokusgruppe konnten EM-Rentner die Broschüre hinsichtlich Verständlichkeit und Nutzen bewerten. Grundsätzlich wurde die Broschüre von ihnen als sinnvoll erachtet. Anregungen der Fokusgruppe wurden in die Broschüre eingearbeitet.

● Persönliche aktivierende Ansprache

Ein weiterer Ansatzpunkt zur Unterstützung eines RTW ist eine persönliche (postalische) Kontaktaufnahme zu den EM-Rentnern im ersten Jahr des Rentenbezugs zu drei verschiedenen Zeitpunkten. Von der Expertengruppe wurden drei Anschreiben entwickelt, in denen den Versicherten Unterstützung in der Phase des Rentenbezugs angeboten wird. Abhängig vom Zeitpunkt des Anschreibens werden verschiedene Themen genannt. Während im ersten Anschreiben nach ca. vier Wochen die Themen des „Zur-Ruhe-Kommens“ und der Inanspruchnahme von Behandlung vor Ort im Vordergrund stehen, wird nach sechs Monaten bereits rehabilitative Unterstützung durch die Deutsche Rentenversicherung angeboten und nach zwölf Monaten werden außerdem Möglichkeiten der beruflichen Belastungserprobung erwähnt. Zu jedem Zeitpunkt soll den Versicherten ein persönlicher Ansprechpartner genannt werden, mit dem sie über ihre Situation in der EM-Rente und ihren persönlichen Unterstützungsbedarf sprechen können. Anforderungen an die Kompetenzen und Handlungsbefugnisse des Ansprechpartners wurden durch die Expertengruppe formuliert.

Das Konzept der persönlich aktivierenden Ansprache zu drei verschiedenen Zeitpunkten während des ersten Jahres des Bezugs einer Erwerbsminderungsrente ist in ein rehapro-Projekt eingeflossen und dort eingebettet in ein mehrgliedriges Behandlungskonzept.

● Spezifische Reha-Angebote für EM-Rentner

Aufgrund der zum Teil erheblichen Beeinträchtigungen auf unterschiedlichen Ebenen der Aktivitäten und Teilhabe sind für EM-Rentner spezifische und sehr individuelle Rehabilitationsleistungen bzw. -konzepte erforderlich. Versicherte, die wegen einer Erwerbsminderung berentet sind und eine Rehabilitation in Anspruch nehmen, befinden sich nicht selten in einem inneren Konflikt. Grund ist die Tatsache, dass die Verbesserung der psychischen Situation und eine mögliche Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit für die Versicherten den Verlust der Rentenleistung und der damit verbundenen finanziellen Absicherung bedeuten könnte. Angesichts des der Berentung häufig

¹² Briest (2018): Lebensqualität, Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und Motivation zur Rückkehr ins Erwerbsleben bei zeitlich befristeten Erwerbsminderungsrenten. DRV-Schriften (113), 186–188.

vorausgehenden Erlebens, den Anforderungen des Arbeitslebens nicht mehr gerecht zu werden, kann das als bedrohlich erlebt werden. Dieser Konflikt muss während der Rehabilitation angesprochen und berücksichtigt werden. Die Versicherten müssen dabei unterstützt werden, sich eine Erwerbstätigkeit wieder zuzutrauen.

Die Arbeitsgruppe hat in Zusammenarbeit mit Klinikern ein Eckpunktepapier für ein spezifisches, individualisiertes, modulares Reha-Konzept für diese Zielgruppe erarbeitet.

Der flexible Reha-Prozess besteht aus einer Reihe einzelner Reha-Module, die stufenweise aufeinander aufbauen. Die Module sind handlungsorientiert ausgerichtet; Elemente der Medizinisch-Berufliche Orientierung (MBOR), Belastungserprobungen und soziales Kompetenztraining stehen im Vordergrund. Ambulante Phasen in „Lebensweltgruppen“ wechseln mit teilstationären oder stationären Reha-Leistungen ab. Unterschiedliche Einstiegsszenarien ermöglichen auch die Teilnahme von Personen, die noch keine EM-Rente beziehen, bei denen jedoch ein sehr hohes Risiko für eine unmittelbar bevorstehende Berentung besteht. Da der Gesundungsprozess bei psychischen Erkrankungen Zeit braucht, kann sich der Reha-Prozess über bis zu zwei Jahren erstrecken.

● Weitere Überlegungen

Neben den beschriebenen konkreten Lösungsstrategien, sieht die Arbeitsgruppe weitere Ansatzpunkte, wie Menschen mit einer zeitlich befristeten EM-Rente im Hinblick auf eine gesundheitliche Besserung und Reintegration in das Erwerbsleben unterstützt werden können.

Die Arbeitsgruppe empfiehlt, dass bei zeitlich befristeten EM-Renten bereits im Rentenbescheid die berentungsrelevanten Diagnosen genannt werden, damit die Versicherten wissen, welche Erkrankung letztendlich zur Berentung geführt hat, um ihre weitere Behandlung gezielt ausrichten zu können. Der Hintergrund für diese Empfehlung ist, dass den Versicherten die Bewilligungsdiagnose bei Erhalt des Rentenbescheids nicht immer bewusst ist. Das kann z. B. der Fall sein, wenn der Antrag auf EM-Rente durch den Versicherten wegen eines orthopädischen Leidens gestellt wurde, im Begutachtungsverfahren dann aber eine psychische Erkrankung als Hauptursache der Leistungsminderung identifiziert wurde. Diese Empfehlung der Arbeitsgruppe wurde aus datenschutzrechtlichen Gründen bisher als nicht umsetzbar angesehen und deswegen vorerst nicht weiter verfolgt.

Im Rentenbescheid sollte darauf hingewiesen werden, dass während des Zeitrentenbezugs Rehabilitationen durch die Deutsche Rentenversicherung möglich sind, was den Versicherten und ihren behandelnden Ärzten häufig nicht bekannt ist. Die Arbeitsgruppe sieht in der Rehabilitation während des EM-Rentenbezuges eine Chance, die Rückkehr zur

Arbeit wesentlich zu unterstützen. Im Rentenbescheid fehlt bislang zu dieser Möglichkeit jeglicher Hinweis.

Diskutiert wurde auch die Möglichkeit, das Etikett der „Berentung“ mit ihrem Bedeutungsgehalt als „Einbahnstraße“ bei Antragstellern mit einer guten Besserungsprognose zu vermeiden. Stattdessen sollte die erste Befristungsphase in den Fokus der Rehabilitation gestellt werden: Statt einer Erwerbsminderungsrente sollte Übergangsgeld bzw. „Reha-Geld“ gezahlt werden und die Versicherten sollten durch einen konsequenten Reha-Plan und von einem Fallmanagement begleitet werden (s. hierzu spezifische Reha-Angebote für EM-Rentner).

2.3 Wissensvermittlung und Sensibilisierung aller Akteure für das Thema psychische Erkrankungen und Erwerbsfähigkeit

● Problemstellung

Im gegliederten Sozialleistungssystem sind im Bereich psychischer Erkrankungen verschiedene Akteure mit jeweils unterschiedlichen Herangehensweisen und Zielen tätig. Themen wie Erwerbsfähigkeit, berufliche Teilhabe und die Möglichkeiten der Rehabilitation sind Akteuren außerhalb des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch (SGB VI) nicht immer in allen Facetten präsent. Auch innerhalb der RV kann eine weitere Sensibilisierung für die besonderen Belange von Personen mit psychischen Störungen sinnvoll sein.

● Lösungsstrategien

Um psychisch gefährdete Versicherte frühzeitig identifizieren und aktiv beim Erhalt ihrer Erwerbsfähigkeit unterstützen zu können, ist eine gezielte Kooperation mit Akteuren des Gesundheitssystems und eine Sensibilisierung aller Beteiligten d. h. auch der eigenen Mitarbeitenden für Chronifizierungsprozesse und die besonderen Belange von Personen mit psychischen Störungen notwendig.

● Behandler: Niedergelassene Psychotherapeuten, Haus- und Fachärzte

Eine zentrale Größe in der kurativen Behandlung von Menschen mit psychischen Erkrankungen sind niedergelassene Psychotherapeuten. Sie können zur Steuerung in adäquate Rehabilitationen beitragen und das Ineinandergreifen von ambulanter Psychotherapie und medizinischer Rehabilitation möglich machen. Auch der psychotherapeutische Umgang mit Berentungswünschen oder dem Bezug einer Erwerbsminderungsrente kann die Entscheidung zum Rentenanspruch oder ein RTW beeinflussen. Deshalb ist es wichtig, zu erfahren, wie Psychotherapeuten gewöhnlich in der therapeutischen Praxis mit diesen Aspekten umgehen, welche Kooperationsmöglichkeiten es gibt und welcher Informationsbedarf besteht.

In Kooperation mit der Charité und der Berlin Medical School wurde deshalb eine Online-Befragung von niedergelassenen Psychotherapeuten durchgeführt.

Mehr als 300 Psychotherapeuten nahmen teil und füllten einen Fragebogen zu der Bedeutung der Themen Arbeit, Rehabilitation und Erwerbsminderungsrente während der Psychotherapie aus. Gezielt wurde nach dem Wissen im Umgang mit erwerbsgeminderten Versicherten gefragt, aber auch nach weiterem Informationsbedarf. 90% der antwortenden Psychotherapeuten geben an, dass sie auch Menschen behandeln, die sich in einem laufenden Berentungsverfahren befinden. In diesen Fällen werden die Beweggründe für den Rentenanspruch und eventuell vorhandene Ambivalenzen in die Therapie einbezogen. Die psychosomatisch/psychotherapeutische Rehabilitation wird überwiegend als Ressource wahrgenommen. Informationsbedarf wurde zu Angeboten zur Unterstützung der Reintegration in das Arbeitsleben benannt. Fallmanagement wird als ein erfolgversprechender Ansatz betrachtet, an dem sich über 50% der Psychotherapeuten beteiligen würden.

Auf der Basis dieser Umfrageergebnisse werden gezielte Fortbildungen für diesen Personenkreis konzipiert werden. Außerdem sind Publikationen in verschiedenen Fachzeitschriften in Vorbereitung. In gleicher Weise sind Artikel und Workshops für Hausärzte und psychiatrische Fachärzte geplant. Workshops sind insbesondere wichtig, um Unterstützung für die entwickelten Lösungsansätze zu sichern, um Erfahrungen auszutauschen, zu informieren und zielgerichtetes Handeln zu fördern.

- Mitarbeiter der RV

In rentenversicherungsinternen Schulungen soll das Wissen um die besonderen Bedarfe von psychisch erkrankten Versicherten erweitert und das Prinzip Prävention vor Reha vor Rente im Kontext psychischer Erkrankungen präzisiert werden. Diese Wissenserweiterung soll zum einen dazu führen, dass psychisch erkrankte Versicherte frühzeitig in Präventions- und Rehabilitationsleistungen gesteuert werden, und zum anderen dazu, dass auch während des EM-Rentenbezugs entsprechende Leistungen geprüft und ggf. angeboten werden.

3. Fazit/Ausblick

Die Aktivitäten der RV im Handlungsfeld psychischer Erkrankungen in Rehabilitation und Erwerbsminderung haben bereits einige Veränderungen und Prozesse angestoßen, wie eine 2018 durch den Grundsatz- und Querschnittsbereich Sozialmedizin und Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung durchgeführte Trägerumfrage zeigte. So waren alle teilnehmenden Träger in unterschiedlichen Handlungsfeldern aktiv und sind Empfehlungen der Arbeitsgruppe nachgekommen. Erreicht werden konnte eine Anpassung der Zugangsbedingungen zur psychosomatisch-psychotherapeutischen Rehabilitation mit dem Ziel, dass die Versicherten rechtzeitig eine Rehabilitationsleistung in Anspruch nehmen können.

Die Wiedereingliederung psychisch erkrankter Versicherter in das Erwerbsleben bzw. die Unterstützung

für den Verbleib im Erwerbsleben bleibt eine Herausforderung. Um dieser begegnen zu können, müssen innovative Angebote und Leistungen konzipiert und umgesetzt werden, auch wenn diese kostenintensiv und aufwendig sind. Dem finanziellen Mehraufwand stehen potentielle Einsparungen aufgrund einer höheren beruflichen Wiedereingliederung und der Vermeidung von EM-Renten gegenüber.

Sehr hohe Relevanz misst die Arbeitsgruppe in diesem Kontext dem Fallmanagement bei. Es ist ein zentrales Element in der Versorgung psychisch erkrankter Versicherter, die häufig nur begrenzt in der Lage sind, sich selbst zu helfen. Deshalb sind in den letzten Jahren von den meisten RV-Trägern Fallmanagementansätze erprobt oder bereits in der Routine etabliert worden. Auch im Rahmen von rehapro-Projekten werden Fallmanagementkonzepte weiterentwickelt werden. Die Deutsche Rentenversicherung hat sich 2018 auf ein trägerübergreifendes Konzept zum Fallmanagement verständigt. Zu diesem Zweck wurden wichtige Eckpunkte für ein gutes Fallmanagement in einem von der Deutschen Rentenversicherung Bund geförderten Forschungsprojekt erarbeitet¹³. Die Berichte der Arbeitsgruppe geben Hinweise, wie diese Ansätze auch für die Gruppe der EM-Rentner eingesetzt werden können.

Insbesondere für die Lösungsvorschläge im Bereich der EM-Rente ist der notwendige nächste Schritt die praktische Erprobung im Rahmen von Modellprojekten interessierter Träger.

Der Aufbau einer aktiven zugehenden Kommunikationsstruktur mit den Versicherten und Behandlern sowie die Fortbildung von Mitarbeitern der RV sind zur Sensibilisierung für die besonderen Belange psychisch erkrankter Versicherter und zur Information über Interventions- und Kooperationsmöglichkeiten dringend notwendig.

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) sind ein trägerweit gut etabliertes Angebot verschiedenster Leistungen zur Reintegration oder Förderung des Verbleibs im Erwerbsleben. Auch für Menschen mit psychischen Störungen gibt es spezifische LTA-Angebote. Die geringe Inanspruchnahme dieser Angebote vor einem Antrag auf EM-Rente lässt vermuten, dass diese Möglichkeiten den Versicherten oder ihren Behandlern wenig bekannt ist. Eine bessere und breitere Information von Versicherten und Behandlern über LTA Leistungen erscheint deshalb sinnvoll.

Im Lauf der Arbeitsgruppenarbeit wurde deutlich, dass über den vorhandenen Leistungskatalog hinaus, psychisch leistungsgeminderte Personen, insbesondere EM-Rentner, einen spezifischen Bedarf für niedrigschwellige, niederfrequente, wohnortnahe LTA-Angebote haben. Insbesondere der EM-Berentung geht in der Regel eine längere Phase des beruflichen nicht

¹³ Kaluscha et al. 2017: Abschlussbericht „Fallmanagement bei Leistungen zur Teilhabe“. Institut für Rehabilitationsmedizinische Forschung an der Universität Ulm.

mehr Gelingens und Teilhabens voraus. Die Angebote sollten deshalb darauf ausgerichtet sein, Erfolgserlebnisse zu verschaffen, Zutrauen in die eigenen Fähigkeiten aufzubauen, die Belastbarkeit zu verbessern und die Perspektive eines RTW zu stärken. Diese Herangehensweise ist ein wichtiger Faktor, um eine psychische Stabilisierung und Anpassung an die eigenen Fähigkeiten und die Arbeitsrealität zu erreichen¹⁴. Alle bislang vorhandenen LTA setzen ein mindestens 3- bis unter 6-stündiges Leistungsvermögen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt voraus, erfordern häufig eine ganztägige Belastbarkeit, Gruppenfähigkeit und die Fähigkeit längere Strecken mit

öffentlichen Verkehrsmitteln zu bewältigen. Hier besteht Entwicklungsbedarf.

Natürlich ist auch im Bereich der psychischen Erkrankungen eine gelingende Prävention der beste Weg Erwerbsminderung zu vermeiden. Hier befindet sich die RV aktuell in einem Entwicklungsprozess, in den auch die frühzeitige Erkennung psychischer Vulnerabilitäten und beginnender Dekompensation einbezogen werden muss.

Zentrale Problemfelder in der Versorgung psychisch erkrankter Versicherter konnten identifiziert und Lösungsvorschläge erarbeitet werden. Diese vorgeschlagenen Lösungen gilt es zu erproben und in die Routine umzusetzen. Dafür sind weitere Anstrengungen erforderlich, aber auch die Bereitschaft und Offenheit, neue und innovative Wege zu beschreiten.

¹⁴ Arling et al. 2016: RehaFuturReal®: Evaluation der Implementierung und Umsetzung – Ein Ergebnisüberblick. Rehabilitation 55 (04): 230–237.