diskussionsforum Rehabilitations- und Teilhaberecht
www.reha-recht.de

DVfR Deutsche Vereinigung für Rehabilitation

– Fachbeitrag D31-2021 –

11.11.2021

Die Vielfalt der Modellprojekte des Bundesprogramms „Innovative Wege zur Teilhabe am Arbeitsleben – rehapro“ (erste Förderphase)[1]

Von Martin Brussig, Anemari Karacic, Clemens Kraetsch, Stefan Zapfel

I. Einleitung

Das Bundesprogramm „Innovative Wege zur Teilhabe am Arbeitsleben – rehapro“ ist eine Möglichkeit für Jobcenter und Träger der Rentenversicherung, innovative Vorhaben mit dem Ziel einer Reduzierung der Zugänge in Erwerbsminderungsrente bzw. Eingliederungshilfe zu erproben. Denkbare Aktivitäten im Rahmen des Bundesprogramms beziehen sich zum einen auf organisatorische Maßnahmen, etwa in einer verbesserten Zusammenarbeit der Akteure auf den Feldern der Erwerbsintegration und Rehabilitation. Zum anderen können sich die Aktivitäten im Bundesprogramm rehapro auf innovative Maßnahmen gegenüber Personen richten, deren Erwerbsfähigkeit bedroht ist oder wiederhergestellt werden soll.

Mit dem Bundesprogramm rehapro wird der Auftrag aus § 11 SGB IX umgesetzt, Modellvorhaben zur Stärkung der Rehabilitation durchzuführen. Für die Umsetzung des Bundesprogramms stehen ca. 1 Mrd. Euro zur Verfügung. Gefördert werden Modellprojekte von Jobcentern und Trägern der Rentenversicherung für die Dauer von maximal fünf Jahren. Charakteristisch für das Bundesprogramm ist der Innovationscharakter. Dem entspricht, dass es nur allgemeine Vorgaben hinsichtlich der Vorhabensinhalte und Zielgruppen (u. a. Menschen mit komplexen Gesundheitsbedarfen, psychischen Erkrankungen oder Suchterkrankungen) gibt.[2]

---

[1] Dieser Beitrag wurde unter www.reha-recht.de als Fachbeitrag D31-2021 in der Kategorie D: Konzepte und Politik veröffentlicht; Zitiervorschlag: Brussig et al.: Die Vielfalt der Modellprojekte des Bundesprogramms „Innovative Wege zur Teilhabe am Arbeitsleben – rehapro“ (erste Förderphase); Beitrag D31-2021 unter www.reha-recht.de; 11.11.2021.
Der Beitrag ist eine gekürzte Fassung des Aufsatzes Brussig, Martin; Karačić, Anemari; Kraetsch, Clemens; Zapfel, Stefan (2021): Handlungsansätze in Modellprojekten des Bundesprogramms „Innovative Wege zur Teilhabe am Arbeitsleben – rehapro“. In: Arbeit 30 (1), S. 21–42. DOI: 10.1515/arbeit-2021-0003.

[2] Schmachtenberg 2017; Ahuja 2019.

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

Im Unterschied zu anderen Programmen des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (BMAS) zur Weiterentwicklung der Arbeitsmarkt- und Sozialpolitik, wie z. B. „Perspektive 50plus“, „Soziale Teilhabe am Arbeitsmarkt“ oder das „ESF-Bundesprogramm zur Eingliederung langzeitarbeitsloser Leistungsberechtigter nach dem SGB II auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt“, zeichnet sich das Bundesprogramm rehapro dadurch aus, dass es Akteure aus zwei Rechtskreisen anspricht, nämlich Jobcenter (SGB II) und Träger der Rentenversicherung (SGB VI). Zur Umsetzung der Modellprojekte können die Jobcenter und Träger der Rentenversicherung – in Abhängigkeit der von ihnen beantragten Projektinhalte – mit weiteren Partnern kooperieren, zu denen, neben den antragsberechtigten Einrichtungen (Jobcenter und Träger der Rentenversicherung) selbst auch nicht antragsberechtigte Einrichtungen gehören können. Dazu zählen bspw. Selbsthilfeorganisationen, die Bundesagentur für Arbeit, Krankenkassen, Leistungserbringer der Rehabilitation oder Arbeitgeber. Die **Zielgruppen** des Programms sind hingegen Menschen mit bestehenden oder erwarteten Rehabilitationsbedarfen, die rentenversichert sind oder SGB II-Leistungen beziehen. Letztlich werden 54 Projekte nach dem ersten Förderaufruf umgesetzt.

Die Projekte sind außerordentlich heterogen, sowohl in der thematischen Vielfalt, der Komplexität, als auch in Anzahl der Teilnehmenden bzw. der Kooperationspartner und -partnerinnen. Die kleinsten Projekte planen mit weniger als 300 Teilnehmenden, die größten mit – teilweise deutlich – über 1.000 Teilnehmenden. Die Modellprojekte haben überwiegend im vierten Quartal 2019 ihre Arbeit aufgenommen, ruhten aber teilweise vorübergehend aufgrund der Kontaktbeschränkungen zur Eindämmung des Corona-Virus.

Das Bundesprogramm rehapro wird, wie seit längerem bei umfangreichen Programmen des BMAS üblich, evaluiert.[3] Die Evaluation hat den Auftrag, die Wirkungen des Bundesprogramms insgesamt festzustellen. Hierzu gehört auch, unterschiedliche Ansätze und Herangehensweisen zu ermitteln, die von den Modellprojekten verfolgt werden, und differenziert zu bewerten.

[3] Die Evaluation wird von einem Konsortium unter Leitung des Instituts Arbeit und Qualifikation (IAQ) durchgeführt, dem außerdem das Institut für empirische Soziologie an der Universität Erlangen-Nürnberg (IfeS), das Institut für Angewandte Wirtschaftsforschung Tübingen (IAW), das Institut für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik (ISG), das IGES-Institut Berlin sowie das SOKO-Institut Bielefeld angehören. Die Autoren und die Autorin des vorliegenden Beitrages gehören dem Evaluationskonsortium an.

III. Datengrundlage und Methoden: Eine Inhaltsanalyse von Projektanträgen bewilligter Projekte

Um einen systematischen Überblick über die geplanten Aktivitäten der Modellprojekte des Bundesprogramms rehapro zu gewinnen, wurde eine Dokumentenanalyse der Projektanträge bewilligter Modellprojekte durchgeführt.[4] Hier konnten vier Handlungsansätze identifiziert werden, anhand derer die Schwerpunktsetzungen der Modellprojekte verglichen und diese dann verschiedenen Typen zugeordnet werden können.[5]

Eine zentrale Herausforderung bestand darin, dass viele Modellprojekte mehrere Ansätze gleichzeitig verfolgen. In diesen Fällen wurde für die Zuordnung der Projekte zu einem Typ der jeweils prägende Ansatz zugrunde gelegt. Das konnte entweder jener Ansatz sein, der das Modellprojekt quantitativ dominiert, oder ein besonders innovatives Element.

Die dokumentimmanente Analyse stellt nur einen ersten Schritt dar. Die aus der Inhaltsanalyse erfolgte Typisierung, die ausschließlich auf den Projektanträgen beruht, ermöglicht eine Vorstrukturierung des Forschungsfeldes. Als ein weiterer Schritt in der Programmevaluation sind Fallstudien in ausgewählten Modellprojekten vorgesehen. Diese werden die konkrete Ausgestaltung und Umsetzung der Handlungsansätze in der Praxis analysieren. In den Fallstudien soll dann über Dokumentenanalysen hinausgegangen werden und Experteninterviews und teilnehmende Beobachtungen von den Mitgliedern der Programmevaluation durchgeführt werden.[6] Im Folgenden werden die vier identifizierten Ansätze vorgestellt.

IV. Vier Handlungsansätze in den Modellprojekten

1. Zusammenarbeit zwischen Organisationen

Mit einer veränderten Zusammenarbeit zwischen zwei oder mehreren Organisationen versuchen Modellprojekte, mögliche Unklarheiten in der Zuständigkeit zu beseitigen und Informationsdefizite über passende Leistungsangebote anderer Träger zu beheben. Des Weiteren wird mit dieser Vorgehensweise angestrebt, leichter als bisher passende Ansprechpartner und Ansprechpartnerinnen zu Fragen der Gesundheit, Erwerbsarbeit und Rehabilitation zu finden, die Bedarfserkennung zu verbessern, den Rehabilitationszugang zu beschleunigen oder verschiedene Hemmnisse im Rehabilitationsablauf aus dem Weg zu räumen. Übergänge in der Rehabilitation sollen mit diesem Ansatz außerdem nahtloser gestaltet und durch eine bessere Abstimmung von Leistungsangeboten

---

4 Die Anträge für die Modellprojekte sind nicht öffentlich zugänglich.

5 Mit Ansätzen sind Maßnahmen und Leistungen bzw. organisationsbezogene Änderungen gemeint, die Modellprojekte erproben, um ein Praxisproblem im Sinne des Bundesprogramms zu lösen.

6 Salheiser 2014; Schmidt 2017.

aus unterschiedlichen Rechtskreisen Probleme behoben werden, die sich z. B. aus derzeit bestehenden Leistungsverboten ergeben.

Konkrete Formen der Umsetzung dieses Typs bestehen darin, gemeinsame Fallkonferenzen unter Beteiligung von Jobcentern und Rentenversicherungsträgern (partiell auch unter Einbeziehung weiterer Organisationen und Berufsgruppen) durchzuführen,[7] gemeinsame rechtskreisübergreifende Beratungsstellen, welche teilweise auch gemeinsame Räumlichkeiten nutzen, einzurichten, oder auch darin, Fachpersonal etwa der Rentenversicherung vorübergehend in ein Jobcenter zu entsenden, um den Wissenstransfer zu erleichtern.

Von den 54 Modellprojekten verfolgen 17 schwerpunktmäßig diesen Ansatz und wurden daher diesem Typ zugeordnet. Von den 17 Modellprojekten kommt die Mehrheit aus dem Rechtskreis des SGB II (zehn Modellprojekte gegenüber drei aus dem Rechtskreis des SGB VI, und vier rechtskreisübergreifende Projekte[8]). Die Tatsache, dass die Zusammenarbeit zwischen Organisationen verstärkt von Jobcentern thematisiert wird, deutet darauf hin, dass dort besondere Probleme bestehen. Wiederholt führt dies dazu, dass der Gegenstand von Modellprojekten der Aufbau von integrierten Stellen des Gesundheits- und Rehabilitationsmanagements in sog. „Reha-Häusern“ ist. Die Konzentration unterschiedlicher Zuständigkeiten an einem Ort verspricht, einige der benannten Probleme zu lösen. Hierzu gehört, dass Leistungen ‚wie aus einer Hand‘ erbracht werden können und kurze Wege ermöglicht werden, die schnellere Bearbeitungen und Klärungen von Zuständigkeiten und eine Abstimmung der verschiedenen Leistungsträger miteinander versprechen.

2. Änderungen innerhalb einer Organisation

Mit Änderungen innerhalb einer Organisation wird versucht, eine ggf. identifizierte Vernachlässigung von gesundheitlichen Beeinträchtigungen in der Fallbearbeitung und Betreuung, insbesondere der Jobcenter, zu beseitigen und das Fachwissen des Personals über Behinderung, Gesundheit und Rehabilitation zu verbessern. Dies soll die Identifikation von gesundheitlichen Bedarfen und damit die Zugangssteuerung in spezifische Maßnahmen optimieren. Ebenso wird versucht, Grenzen der Regelberatung aufzubrechen und den Informationsaustausch zwischen verschiedenen Organisationseinheiten, die für Rehabilitationsbelange relevant sind, zu verbessern. Auch ein unter Umständen mangelhaftes Vertrauensverhältnis zwischen Integrationsfachkräften der Jobcenter und Klientinnen und Klienten ist eine der Praxisschwierigkeiten, die mit diesem Ansatz beseitigt werden soll.

---

7 Vgl. zu den diesbezüglichen Erwartungen z. B. Homayounfar et al. 2014.

8 Rechtskreisübergreifende Projekte weisen Antragsteller sowohl aus dem SGB II als auch aus dem SGB VI auf. Je nach federführendem Koordinator wurden diese Projekte entweder der Gruppe der SGB II- bzw. SGB VI-Projekte zugeordnet.

Sichtbare Erscheinungsformen dieses Ansatzes sind neue Screening- und Prognoseinstrumente,[9] die beispielsweise anhand von administrativen Daten gebildet werden. Weitere charakteristische Lösungsansätze sind unterschiedliche Formen des Wissensaufbaus, Umstrukturierungen innerhalb der Organisation, die Verbesserung der Betreuung oder die Einrichtung mobiler Teams zur Auffindung und Betreuung potenzieller Rehabilitandinnen und Rehabilitanden.

Nur sechs von 54 Projekten legen ihren Schwerpunkt auf diesen Handlungsansatz. Wie bei der Zusammenarbeit zwischen Organisationen überwiegen hier SGB II-Projekte (fünf gegenüber einem). Es besteht Konsens in der Literatur, dass für den Rechtskreis SGB II wegen des ausdrücklich beschäftigungspolitischen Auftrags – die Überwindung des Leistungsbezuges durch Aufnahme einer Beschäftigung – schon organisatorisch-institutionell zu wenig Expertise zu gesundheitsrelevanten Fragestellungen vorliegt und zudem die hohe Personalfluktuation in den Jobcentern einen systematischen Wissensaufbau behindert.[10]

3. Personenbezogene Leistungen

Durch die Verfolgung des Ansatzes „personenbezogene Leistungen“ soll sich dem Problem gewidmet werden, dass die bestehenden Leistungen an vielen Stellen nicht ausreichend auf die Bedarfe der Betroffenen ausgerichtet sind. Ausgangsprobleme bestehen darin, dass in vielen Fällen Maßnahmen bzw. Dienstleistungen der Prävention und Rehabilitation verspätet einsetzen, die Angebote unterschiedlicher Einrichtungen nicht ausreichend / mangelhaft aufeinander abgestimmt sind und dass bei deren Bewilligung und Durchführung die Lebenswelt der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden nicht angemessen berücksichtigt wird. Es bestehen aber auch Zugangsbeschränkungen für spezifische Leistungen bzw. Zielgruppen, obwohl die Rehabilitationsziele andernfalls besser erreicht werden könnten.

Die Modellprojekte dieses Typs konzentrieren sich darauf, den Kreis der Anspruchsberechtigten auszuweiten, die Dauer einzelner Maßnahmen bzw. deren Abfolgen sowie das Maßnahmensetting anzupassen, bestimmte Leistungen anders zu priorisieren bzw. miteinander zu verknüpfen oder neue, z. T. digitalisierte Angebote einzuführen. Ebenso gehört dazu, bestehende Leistungsverbote aufzuheben, vorhandene Leistungen zu flexibilisieren, geeignete Apps etwa als Tagesplaner für Reha-Aktivitäten zu entwickeln oder psychotherapeutische Maßnahmen bereitzustellen, die parallel zur beruflichen Rehabilitation genutzt werden können.

Diesem Typ sind die meisten Modellprojekte (20 von 54) zugeordnet. 14 Modellprojekte, und damit die große Mehrheit, gehören dem Rechtskreis des SGB VI an (fünf aus dem SGB II und ein rechtskreisübergreifendes Projekt). Auch dies lässt sich mit bereits be-

[9] Vgl. zu den diesbezüglichen Erwartungen z. B. Bethge et al. 2012; Streibelt & Bethge 2018; Wippert et al. o. J.
[10] Dornette et al. 2008, Büttner und Schweer 2011, Oschmiansky et al. 2017.

schriebenen Problemfeldern in Verbindung bringen, die gerade für Träger der Rentenversicherung ein wichtiges Thema darstellen. Denn als Träger der Rehabilitation sind die Rentenversicherungen an der Optimierung des bestehenden Leistungsangebots interessiert. Viele der zu erprobenden Leistungen zielen darauf ab, diese besser auf die individuellen Bedarfe abzustimmen oder Anpassungen, Flexibilisierungen bzw. eine bessere Abstimmung der Maßnahmen und Leistungen untereinander zu erreichen. Dass die Jobcenter den Ansatz der personenbezogenen Leistungen demgegenüber seltener wählen, könnte auch dadurch bedingt sein, dass sie weniger Probleme haben, mit ihrem Adressatenkreis in Kontakt zu treten und das Instrumentarium des SGB II ohnehin sehr flexible personenbezogene Leistungen erlaubt.

4. Fallmanagement

Das Fallmanagement reagiert in den Modellprojekten einerseits auf das Problem, dass es im komplexen, für Rehabilitandinnen und Rehabilitanden oft schwer nachvollziehbaren System der Rehabilitation häufig Zugangsprobleme und -verzögerungen gibt, andererseits darauf, dass bei einem Wechsel der Zuständigkeit bzw. der Einbindung mehrerer Rehabilitationsdienstleister Brüche im Rehabilitationsverlauf entstehen, die den Rehabilitationserfolg gefährden können. Im Unterschied zum Ansatz der Zusammenarbeit zwischen Organisationen wird die Problematik nicht dadurch zu lösen versucht, indem die Rechtskreise und Träger enger zusammenarbeiten, sondern es werden in mehreren Modellprojekten feste Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner bereitgestellt, die fallweise die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden einzeln oder in Teams über den gesamten Rehabilitationsprozess oder zumindest einen langen Zeitraum hinweg betreuen. Sie koordinieren den Zugang und Ablauf der Rehabilitation und Aktivitäten und verknüpfen Angebote verschiedener Träger und Dienstleister miteinander.[11] Das Fallmanagement kann bei den Antragstellern der Modellprojekte selbst oder aber organisationsextern verankert sein. Manchmal, bisher jedoch sehr selten, sind Peer-Beraterinnen und -Berater als Fallmanagerinnen und Fallmanager oder in ergänzender Funktion vorgesehen.

Elf von 54 Modellprojekten sind diesem Typ zugeordnet. Sie verteilen sich gleichmäßig auf die beiden Rechtskreise. Vier Projekte dieses Typs kommen aus dem SGB II, sechs aus dem SGB VI und eins ist ein rechtskreisübergreifendes Projekt.

V. Fazit und Ausblick

Die Differenzierung der vier Handlungsansätze in den Modellprojekten (Zusammenarbeit zwischen Organisationen, Verbesserung innerhalb der Organisation, Personenbezogene Leistungen, Fallmanagement) ist ein erstes Zwischenergebnis aus der programmbegleitenden Evaluation. Aus der Evaluation des Bundesprogramms rehapro sind Ergebnisse zu der Frage zu erwarten, welche dieser Ansätze unter welchen Bedingungen – gege-

[11] Vgl. zu diesbezüglichen Erwartungen z. B. Lichtenberg et al. 2017.

benenfalls für welche Personengruppen – wirksame Verbesserungen für die Rehabilitation und Teilhabe von Versicherten im SGB VI und Leistungsbeziehenden im SGB II erreichen.

Literatur

Ahuja, V. (2019): Das Bundesprogramm rehapro – Innovative Ideen für die Rehabilitation. In: Die Berufliche Rehabilitation 33 (1), 10–23.

Bethge, M.; Radoschewski, F.; Gutenbrunner, C. (2012): The work ability index as a screening tool to identify the need for rehabilitation: longitudinal findings from the secon german sociomedical panel of employees. J Rehabil Med 44, 980–987.

Büttner, R.; Schweer, O. (2011): Gesundheitliche Orientierung in der Arbeitsmarktpolitik. Aktuelle Entwicklungen und Praxisbeispiele im Rahmen einer arbeitsmarktintegrativen Gesundheitsförderung. (IAQ-Report 01/2011) Duisburg.

Dornette, J.; Rauch, A. Schubert, M.; Behrens, J.; Höhne, A. (2008): Auswirkungen der Einführung des Sozialgesetzbuches II auf erwerbsfähige hilfebedürftige Personen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen. In: Zeitschrift für Sozialreform 54, 79–96.**Homayounfar, K.; Lordick, F.; Ghadimi, M. (2014):** Multidisziplinäre Tumorboards – trotz Problemen unverzichtbar. Qualitätssicherung 111(22), A998−1001.

Lichtenberg, N.; Rexrodt, C.; Toepler, E. (2017): Management der Rehabilitation: Case Management im Handlungsfeld der Rehabilitation. epubli.

Oschmiansky, F.; Popp, S. Riedel-Heller, S., Gühne, U., Kupka, P. (2017): Psychisch Kranke im SGB II: Situation und Betreuung. Nürnberg: Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung.**Salheiser, A. (2014):** Was sind Dokumente und was ist Dokumentenanalyse? In: Baur, N.; Blasius, J. (Hrsg.): Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung. Spinger VS, 813–827.

Schmachtenberg, R. (2017): Modellvorhaben zur Stärkung der Rehabilitation. In: Der Landkreis (12), 778–779.

Schmidt, W. (2017): Dokumentenanalyse in der Organisationsforschung. In: Liebig, S.; Matiaske, W.; Rosenbohm, S. (Hrsg.): Handbuch Empirische Organisationsforschung. Springer VS., 443–466.

Streibelt, M.; Bethge, M. (2018): Prognostic accuracy of the SIMBO regarding future return-to-work problems in patients with mental and musculoskeletal disorders. In: Disability and Rehabilitation 41(13), 1–7.

Wippert, P. M.; Puschmann, A. K.; Driesßlein, D.; Arampatzis, A.; Banzer, W.; Schlitenwolf, M.; Mayer, F. (o.J.): Development of a risk stratification and prevention index for stratified care in chronic low back pain. *Focus:* yellow flags (MiSpEx network).

Ihre Meinung zu diesem Fachbeitrag ist von großem Interesse für uns.
Wir freuen uns auf Ihren Kommentar auf www.reha-recht.de.