Stellungnahme des Sozialverbands VdK Deutschland e. V.

zur öffentlichen Anhörung zum

Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN "Gesund länger arbeiten und Erwerbsminderungsrente verbessern" (BT-Drs. 21/3844)

am 2. November 2026, ab 16.00 Uhr

im Ausschuss für Arbeit und Soziales des Deutschen Bundestages

Sozialverband VdK Deutschland e. V.
Abteilung Sozialpolitik
Linienstraße 131
10115 Berlin

Telefon: 030 9210580-300
E-Mail: sozialpolitik@vdk.de

Berlin, 28.10.2026

Der Sozialverband VdK Deutschland e. V. (VdK) ist als Dachverband von 13 Landesverbänden mit über 2,3 Millionen Mitgliedern der größte Sozialverband in Deutschland. Die Sozialrechtsberatung und das Ehrenamt zeichnen den seit mehr als 75 Jahren bestehenden Verband aus.

Zudem vertritt der VdK die sozialpolitischen Interessen seiner Mitglieder, insbesondere der Rentnerinnen und Rentner, Menschen mit Behinderung und chronischen Erkrankungen sowie Pflegebedürftigen und deren Angehörigen.

Der gemeinnützige Verein finanziert sich allein durch Mitgliedsbeiträge und ist parteipolitisch und konfessionell neutral.

1. Zu den Zielen des Antrags und den Maßnahmen der Umsetzung

Mit ihrem Antrag "Gesund länger arbeiten und Erwerbsminderungsrente verbessern“ will die Bundestagsfraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN arbeitsmarkt-, gesundheits- und rentenpolitische Maßnahmen darauf ausrichten, die Arbeitsbedingungen und den Gesundheitszustand von älteren Beschäftigten zu verbessern und den sozialrechtlichen Grundsatz „Prävention vor Rehabilitation vor Rente“ zu stärken. Damit soll die Beschäftigungsfähigkeit von Älteren länger erhalten werden und gesundheitlich bedingte Frühverrentung verringert werden. Zugleich soll für diejenigen Älteren, denen längeres Arbeiten aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr möglich ist, der Zugang zur Erwerbsminderungsrente bei Berufsunfähigkeit vereinfacht und sie insgesamt armutsfester ausgestaltet werden. Der abschlagsfreie Rentenzugang nach einer erreichten Wartezeit von 45 Jahren (Rente für besonders langjährig Versicherte) soll abgeschafft und die vorgeschlagenen Maßnahmen im Bereich Erwerbsminderungsrente finanzieren.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Chronisch kranke Menschen und Menschen mit Behinderungen stoßen im Arbeitsleben auf viele Vorurteile und Barrieren. Sie sind deutlich häufiger und länger arbeitslos als Menschen, die nicht chronisch krank oder schwerbehindert sind. Sie sind vor allem im Alter mit längeren Arbeitsunfähigkeitszeiten und längeren Phasen des Krankengeldbezugs konfrontiert. Lange Wartezeiten auf Facharzttermine und eine unzureichende und nicht ausreichend barrierefreie gesundheitliche Versorgung erschweren ihre Rückkehr in den Beruf. Ihre Rentenübergange verlaufen oft prekär und sind häufiger von Altersarmut bedroht, deren Ursache oft in der späteren Erwerbsphase zu verorten ist.

Der Sozialverband VdK begrüßt den grundsätzlichen Ansatz des Antrags, alles dafür zu tun, dass möglichst viele Beschäftigte gesund und zufrieden bis zur Regelaltersgrenze arbeiten können, und das soziale Sicherungsnetz für diejenigen zu stärken, die gesundheitsbedingt oder aufgrund einer Schwerbehinderung frühzeitig aus dem Erwerbsleben ausscheiden müssen.

Dieser Ansatz setzt sich von den Empfehlungen der Alterssicherungskommission ab, die auf eine mechanische Anhebung aller Altersgrenzen entsprechend der Lebenserwartung abzielen. Die Bundesregierung beabsichtigt daran anschließend den frühestmöglichen Rentenbeginn

(Rente für langjährig Versicherte) von 63 auf 64 anzuheben, die Rente für besonders langjährig Versicherte abzuschaffen und die Regealtersgrenze sowie die Rente wegen Schwerbehinderung an die Lebenserwartung zu koppeln. Das Argument, dass die längere Lebenserwartung zu höheren Altersgrenzen führen müsse, lässt außer Acht, wie viele gesunde Lebensjahre Ältere in der Rente erwarten könne. Diese gesunden Lebensjahre ab 65 sind nach Angaben von Eurostat in Deutschland besonders niedrig und gegen den europäischen Trend rückläufig. Der VdK fordert vor diesem Hintergrund einen Politikwechsel, der längeres Arbeiten ermöglichen und nicht erzwingen will. Dazu sollte sich die Bundesregierung flächendeckend für frühzeitige, wohnortnahe und leicht zugängliche Reha-Angebote einsetzen. Gesundheitsversorgung, Arbeitsförderung sowie medizinische und berufliche Rehabilitation müssen besser verzahnt werden, das betriebliches Eingliederungsmanagement verpflichtend und der Reha-Deckel in der Rentenversicherung abgeschafft werden.

Viele Einzelforderungen aus dem vorliegenden Antrag weisen deshalb in die richtige Richtung Insbesondere überzeugt der umfassende Ansatz, nicht auf individuelle Verhaltensprävention, sondern auf den Betrieb als zentralen Ort der Gesundheitsprävention zu setzen, die Deutsche Rentenversicherung als relativ neuen Anbieter von Präventionsangeboten zu stärken und ihr Rehabilitationsspektrum zu erweitern, um Erwerbsminderung zu vermeiden. Der VdK begrüßt außerdem die konkreten Maßnahmen, mit denen die hohen Anforderungen an die Beantragung einer Erwerbsminderungsrente reduziert bzw. durch das Kriterium der Berufsunfähigkeit im höheren Alter erweitert werden sollen. Auch die schrittweise Reduzierung der Abschläge ist ein wirksames Instrument, um das Armutsrisiko infolge von Erwerbminderung zu verringern.

Der VdK kritisiert am vorliegenden Antrag, dass die Abschaffung der vorgezogenen abschlagsfreien Altersrente für besonders langjährig Versicherte gefordert wird, ohne die konkrete Arbeitsmarktsituation älterer Menschen in der aktuellen Transformationskrise zu berücksichtigen. Zudem soll die Abschaffung dieser Form der rentenrechtlichen Anerkennung langer Erwerbs- und Care-Zeiten sachfremd als Finanzierungsinstrument für Verbesserungen bei der Erwerbsminderungsrente dienen.

2. Zu den Regelungen im Einzelnen

Im Folgenden nimmt der Sozialverband VdK Deutschland zu ausgewählten Punkten Stellung, die über die im Antrag genannten Forderungen hinausgehen.

2.1. Verhältnisprävention im betrieblichen Umfeld: Gefährdungsbeurteilungen verpflichtend ausbauen

In der wissenschaftlichen Forschung ist unumstritten, dass die Arbeitswelt und damit der Betrieb zentrale Orte sind, um eine gesunde und langfristige Erwerbsteilhabe zu sichern. Gute Arbeit ist eine wesentliche Bedingung dafür, dass Beschäftigte nicht frühzeitig aus dem Erwerbsleben ausscheiden. Das Arbeitsschutzgesetz (§ 4 ArbSchG) verpflichtet Arbeitgeber, Arbeit so zu gestalten, dass Gefährdungen für die physische und psychische Gesundheit der Beschäftigten vermieden und Gefahren an ihrer Quelle bekämpft werden. Umfrageergebnisse

der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin bestätigen jedoch, dass in 44 Prozent der kleineren und mittleren Unternehmen keine Gefährdungsbeurteilungen durchgeführt werden. Im Unterschied zu Maßnahmen zum Schutz vor Unfällen und zur ergonomischen Arbeitsplatzgestaltung werden Maßnahmen zum Schutz vor Gefährdungen durch psychische Belastungen werden noch seltener durchgeführt. Nur die Hälfte der KMU hat Maßnahmen zur Vermeidung von Zeit- und Leistungsdruck umgesetzt und Maßnahmen zur Begrenzung langer oder unregelmäßiger Arbeitszeiten umgesetzt (Lunau, Thorsten u.a, Gefährdungsbeurteilung und Arbeitsschutzorganisation in kleinen und mittleren Betrieben (KMU). BAuA KMU-Survey. Dortmund 2026). In der 2025 aktualisierten Leitlinie „Gefährdungsbeurteilung und Dokumentation“ der der Nationalen Arbeitsschutzkonferenz heißt es: „Trotz klarer gesetzlicher Verpflichtung wird die Gefährdungsbeurteilung insbesondere in kleineren Betrieben aber leider noch nicht in allen kleineren Betrieben und in der erforderlichen Tiefe durchgeführt, auch wenn Fortschritte zur Umsetzung der Gefährdungsbeurteilung in Klein- und Kleinstbetrieben erkennbar sind.“

Der Sozialverband VdK begrüßt deshalb die im Antrag geforderte Verpflichtung, Gefährdungsbeurteilungen nach § 5 ArbSchG, die auch die psychischen Belastungen umfassen, regelhaft und damit in einem festen Rhythmus durchzuführen, sowie die Mitbestimmungsrechte von Betriebsräten und Schwerbehindertenvertretungen in allen Fragen der betrieblichen Gesundheitsförderung und Prävention zu stärken.

Der VdK hält die im Arbeitsschutzgesetz seit Januar 2026 gültige Mindestbesichtigungsquote des staatlichen Arbeitsschutzes von 5 Prozent der Unternehmen für die jeweiligen zuständigen Landesbehörden (§ 22) und damit die Kontrolldichte für Gefährdungsbeurteilungen für nicht ausreichend.

Der VdK fordert darüber hinaus, dass krankheitsbedingte Arbeitgeberkündigungen generell unwirksam sein sollen, wenn eine Gefährdungsbeurteilung unterblieben ist und ein Zusammenhang zwischen der Erkrankung und den Risiken am Arbeitsplatz zu vermuten ist. Wurde keine Gefährdungsbeurteilung durchgeführt und werden Beschäftigte aufgrund derselben Erkrankung erneut arbeitsunfähig, sollte ein weiterer Anspruch auf Entgeltfortzahlung für die Dauer von sechs Wochen entstehen. Liegt für einen Arbeitsplatz keine Gefährdungsbeurteilung vor und muss die gesetzliche Rentenversicherung später Rehabilitations- oder Rentenleistungen erbringen, weil beim versicherten Beschäftigten zwischenzeitlich eine erhebliche Gefährdung der Erwerbsfähigkeit oder eine Erwerbsminderung eingetreten ist, sollte der Arbeitgeber verpflichtet werden, einen Teil der Kosten hierfür zu erstatten.

Der VdK begrüßt außerdem die im Antrag geforderte Pflicht für Arbeitgeber, Konzepte für die in § 20b SGB V verankerte, bislang aber freiwillige betriebliche Gesundheitsförderung zu erstellen.

2.2. Präventionsangebote der DRV

Die gesetzlichen Rentenversicherungsträger erbringen gemäß § 14 Abs. 1 SGB VI medizinische Präventionsleistungen zur Sicherung der Erwerbsfähigkeit für Versicherte, die erste gesundheitliche Beeinträchtigungen aufweisen, welche die ausgeübte Beschäftigung gefährden. Mit dem Flexirentengesetz beauftragte der Gesetzgeber die GRV ab 2017, eine Leistung zur freiwilligen, individuellen, berufsbezogenen Gesundheitsvorsorge für Versicherte ab Vollendung des 45. Lebensjahrs zu entwickeln und zu erproben (§ 14 Abs. 3 SGB VI).

Das Präventionsprogramm „RV Fit“ umfasst seitdem die verhaltenspräventiven Angebote der GRV. Die Teilnahme an dem sechsmonatigen Programm beinhaltet Kurse und Aktivitäten zu den Themen Bewegung, Ernährung und Umgang mit Stress. Das Programm ist in verschiedene Phasen gegliedert (Startphase, Trainingsphase, Eigenaktivitätsphase und Auffrischungsphase). Für die Teilnahme an den Kursen werden die Beschäftigten mehrere Tage freigestellt. Im ersten Jahr, 2017, wurden 7.200 Anträge gestellt, von denen 4.800 bewilligt wurden. 2025 wurden nach Angaben der DRV bereits 78.699 Anträge für das Präventionsprogramm RV Fit gestellt und 69.609 bewilligt. Im Vergleich zum Vorjahr stieg die Zahl der Anträge um knapp ein Viertel; das Programm erfreut sich zunehmender Beliebtheit. Angesichts von 59 Millionen Versicherten handelt es sich jedoch um eine sehr kleine Minderheit, die bislang Präventionsangebote der Rentenversicherung nutzt. In einer aktuellen Übersichtsstudie der DRV zum Präventionsangebot RV FIT[1] wurden die Auswirkungen von RV Fit auf die körperliche und psychische Gesundheit, gesundheitsrelevante Verhaltensweisen und die subjektive Arbeitsfähigkeit untersucht. Die Ergebnisse zeigen, dass das Programm zur Verbesserung der körperlichen und psychischen Gesundheit beiträgt, sich positiv auf die subjektive Arbeitsfähigkeit auswirkt und gesundheitsförderliches Verhalten unterstützt.

Der Sozialverband VdK begrüßt angesichts der positiven Evaluationsergebnisse und der zugleich begrenzten Verbreitung die im Antrag empfohlene Ausweitung des Präventionsangebots auf Beschäftigte ab 50 Jahren, die noch keine gesundheitlichen Beeinträchtigungen aufweisen, sowie die Identifikation bislang unterrepräsentierter Beschäftigtengruppen.

2.3. Rehabilitationsangebote der DRV

Das Leistungsspektrum der gesetzlichen Rentenversicherung umfasst von Beginn an neben Rentenleistungen auch Reha-Leistungen. Ihr Ziel ist es, den Verlust des gesundheitlichen Leistungsvermögens von Versicherten zu vermeiden oder deren Erwerbsfähigkeit wiederherzustellen. Der Versicherungsfall der Erwerbsminderung soll also nicht erst nach seinem Eintritt finanziell abgesichert, sondern möglichst vermieden werden. Die Prinzipien „Reha vor Rente“ und „Prävention vor Reha“ wurden mehrfach gestärkt und sozialrechtlich als Leistungsansprüche der Versicherten verankert.

[1] Bestmann / Zechlin, Was bringt RV Fit? Ein Blick auf die Effekte des Präventionsprogramms der Deutschen Rentenversicherung, in RV Aktuell 2/2026

Die Deutsche Rentenversicherung ist mit Abstand der größte Träger der Rehabilitation in Deutschland. 2024 wurden über eine Million Leistungen der medizinischen und 120.000 Leistungen der beruflichen Rehabilitation von der DRV erbracht, für die über 8 Milliarden Euro ausgegeben wurden. Zwei Jahre nach einer medizinischen Reha-Leistungen waren 83 Prozent der Rehabilitanden wieder erwerbsfähig, aber nur 39 Prozent durchgängig beschäftigt. Angesichts steigender Altersgrenzen, dem hohen Druck der wirtschaftlichen Transformation und des demographischen Wandels muss zukünftig die Rehabilitation ein zentrales Werkzeug werden, um die Erwerbsfähigkeit von Versicherten zu erhalten und wiederherzustellen, eine Erwerbstätigkeit bei eingeschränktem Leistungsvermögen zu unterstützen und die soziale Sicherung bei Erwerbsminderung zu stärken.

Der Sozialverband VdK befürwortet deshalb, die im Antrag genannten Vorschläge für eine Stärkung der Rehabilitation im Bereich der gesetzlichen Rentenversicherung und vor allem eine klare Ausrichtung des Reha-Budgets am sozialmedizinischen Rehabilitationsbedarfen. Das Reha-Budget wurde 1997 zusammen mit einer Deckelung der Verwaltungs- und Verfahrenskosten bei den Rentenversicherungsträgern eingeführt. Es bemisst sich heute sachfremd (§ 220 und § 287b SGB VI) an der voraussichtlichen Bruttolohnentwicklung sowie der demografischen Entwicklung. Der demographische Bestimmungsfaktor wurde im Jahr 2014 mit dem RV-Leistungsverbesserungsgesetz auf Grundlage der damaligen Bevölkerungsprognosen eingeführt und als sogenannte Demografiekomponente bis 2050 fortgeschrieben. Aktuell machen die Reha-Ausgaben in Höhe von 8,7 Milliarden Euro nur zwei Prozent der Gesamtausgaben der gesetzlichen Rentenversicherung aus. Trotz dieses geringen Anteils wurde der Höchstbetrag leicht überschritten. Von 2025 bis 2050 würde der Grenzwert die jährlichen Reha-Ausgaben um 10 Prozent absenken. Eine Deckelung der Ausgaben für Reha-Leistungen ist alles andere als sinnvoll, da eine Reha nachweislich positive Beschäftigungswirkungen hat und damit Sozialversicherungsbeiträge, Steuereinnahmen und Kaufkraft sichert. Bedarfsgerechte Rehabilitation muss deshalb Vorrang vor künstlichen Ausgabenbegrenzungen haben. Alleine für das Jahr 2023 kommt eine aktuelle Prognos-Studie zu einem volkswirtschaftlichen Nutzen der Rehabilitation von 8 Milliarden Euro. Zudem widerspricht der Grundsatz „Reha vor Rente“ einer Deckelung der Reha-Kosten. Sofern das Gesetz regelhaft eine Reha verlangt, bevor eine Erwerbsminderungsrente gewährt wird, darf nicht gleichzeitig die Möglichkeit für eine Reha durch einen Finanzdeckel beschränkt werden.

Über die im Antrag vorgeschlagenen Maßnahmen hinaus fordert der Sozialverband VdK, die rentenrechtlichen Voraussetzungen für die Gewährung von Reha-Leistungen zu vereinfachen, ohne sie zu verschärfen. Diese Voraussetzungen sind an eine Vielzahl unbestimmter Rechtsbegriffe (Erwerbsfähigkeit, Erheblichkeit, Erfolgsaussicht, Besserung) gebunden. Eine Vereinfachung soll eine möglichst frühzeitige Intervention ermöglichen und die Voraussetzungen stärker an den weitergehenden Zielen des Neunten Sozialgesetzbuches ausrichten.

Reha-Leistungen durch die Rentenversicherung werden erst dann erbracht, wenn die Erwerbsfähigkeit wegen Krankheit oder einer drohenden oder bestehender körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung erheblich gefährdet oder gemindert ist und Aussicht

besteht, dass die Leistungen die geminderte Erwerbsfähigkeit wesentlich verbessern oder eine Verschlechterung abwehren können. Diese sogenannten persönlichen Voraussetzungen (§ 10 SGB VI) sind unbestimmter und potenziell restriktiver formuliert als die weitreichenden Ziele von Rehabilitationsmaßnahmen, wie sie in § 4 SGB IX formuliert sind. Diese zielen darauf ab, Behinderungen abzuwenden oder zu beseitigen, ihre Folgen zu mildern sowie Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit und Verschlechterungen zu vermeiden.

Die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für Reha-Leistungen sind im Trägerbereich der Rentenversicherung an die lange Wartezeit von 15 Jahren mit Beitragszeiten gebunden. In § 11 SGB VI sind Ausnahmen geregelt, die auch Rehabilitationsleistungen für Beziehende einer Erwerbsminderungsrente und für jüngere Versicherte ermöglichen. Ohne Erfüllung der Wartezeit sind Leistungen zur Prävention und medizinischen Rehabilitation ebenfalls möglich, wenn die Versicherten bereits vermindert erwerbsfähig sind oder dies in absehbarer Zeit (innerhalb von drei Jahren) zu erwarten ist.

Der VdK fordert, diese hohen und unterschiedlich abgestuften versicherungsrechtlichen Hürden für Leistungen zur Prävention, sowie der medizinischen und beruflichen Rehabilitation zu vereinfachen und auf ein Mindestmaß abzusenken. Insbesondere befristete Erwerbsminderungsrentnerinnen und -rentner sollen verstärkt Zugang zu Reha-Leistungen und damit bessere Möglichkeiten zur Rückkehr ins Erwerbsleben erhalten. Dass eine Reha im Regelfall nur alle vier Jahre erfolgen darf, steht häufig einer individuellen und bedarfsorientierten Prüfung entgegen.

Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) fördert mit dem Bundesprogramm Rehapro in drei Förderaufrufen für den Zeitraum von 2018 bis 2028 innovative Modellprojekte der Rehabilitation. Die Rentenversicherungsträger und die Jobcenter erproben neue Ansätze zur Weiterentwicklung ihres bisherigen Leistungsangebots, um die Versicherten besser und frühzeitiger zu versorgen. In drei Förderaufrufen werden insgesamt 120 Modellprojekte durchgeführt, davon 62 Projekte im SGB-II-Bereich und 58 Projekte im SGB-VI-Bereich. Die Projekte werden mit Haushaltsmitteln in Höhe von rund 590 Millionen Euro gefördert. Zudem soll die Zusammenarbeit der beiden Träger verbessert werden. Viele Projekte legen den Schwerpunkt auf psychische Erkrankungen.

Obwohl die wissenschaftlichen Evaluationen der verschiedenen Förderaufrufe noch laufen, liegen bereits zahlreiche Erkenntnisse zu erfolgreichen Maßnahmen und wirksamen Handlungskonzepten vor. Dazu gehören insbesondere das trägerübergreifende Case-Management- und Übergangsmodelle, die eine koordinierte Zusammenarbeit zwischen Rentenversicherung, Bundesagentur für Arbeit, Jobcentern und gegebenenfalls Werkstätten für behinderte Menschen ermöglichen. Mit der Übernahme des flächendeckenden Fallmanagements (§ 13a SGB VI) als Regelleistung im SGB VI im Jahr 2025 wurde zum Beispiel die rechtliche Grundlage für eine individuelle, personenzentrierte und rechtskreisübergreifende Begleitung und Unterstützung der Versicherten mit komplexen Bedarfen über den gesamten Rehabilitationsprozess geschaffen – vom frühzeitigen Erkennen des Bedarfs bis zur Nachbegleitung. Ebenso sollten arbeitsmedizinisch und psychosozial begleitete Maßnahmen sowie digitale und hybride Rehabilitations- und

Eingliederungsangebote, die insbesondere Menschen in ländlichen Regionen oder mit Mobilitätseinschränkungen erreichen, dauerhaft als Regelleistungen verankert werden.

Der Sozialverband VdK begrüßt das Bundesprogramm rehapro ausdrücklich. Erfolgreich evaluierte Maßnahmen und nachweislich wirksame Erfolgsfaktoren dürfen jedoch nicht über Jahre hinweg auf Modellprojekte beschränkt bleiben. Sie sollten zeitnah in die Regelleistungen der Rehabilitation und Arbeitsförderung überführt werden. Wo eine vollständige Übernahme einzelner Modellprojekte nicht möglich ist, müssen zumindest die nachweislich erfolgreichen Elemente verbindlich in die Regelversorgung einfließen.

Der Gesetzgeber sollte deshalb einen verbindlichen Mechanismus schaffen, mit dem erfolgreich evaluierte Modellansätze innerhalb eines festgelegten Zeitraums nach Vorliegen belastbarer Evaluationsergebnisse in die Regelversorgung überführt oder ihre Nichtübernahme nachvollziehbar begründet werden muss. Erfolgreiche Modellprojekte dürfen nicht auslaufen und dann folgenlos bleiben, wenn ihre Wirksamkeit belegt ist.

Der Sozialverband VdK befürwortet außerdem die im Antrag aufgeführten Maßnahmen zur Stärkung der stufenweisen Wiedereingliederung und des Betrieblichen Eingliederungsmanagements (BEM). Er fordert aber, die stufenweise Wiedereingliederung für alle Beschäftigten mit und ohne Behinderung als klaren Rechtanspruch in § 168 SGB IX zu verankern. Durch eine zeitlich gestaffelte Wiederaufnahme der Tätigkeit können arbeitsunfähige Beschäftigte kontinuierlich an die Belastungen des Arbeitsplatzes herangeführt werden. Die Inanspruchnahme der stufenweisen Wiedereingliederung muss für die Beschäftigten freiwillig sein. Arbeitgeber sind gesetzlich zu verpflichten, nicht nur nach sechs Wochen Arbeitsunfähigkeit im Kalenderjahr, sondern auch nach Beendigung einer medizinischen Rehabilitationsleistung jedem Beschäftigten ein BEM-Verfahren anzubieten. Die betrieblichen Interessenvertretungen sind unverzüglich zu unterrichten und auf Wunsch des Beschäftigten in das BEM-Verfahren einzubeziehen. Die Schwerbehindertenvertretung sollte mit Einwilligung des Beschäftigten grundsätzlich an jedem Verfahren des Betrieblichen Eingliederungsmanagements zur Unterstützung und Beratung beteiligt werden, auch wenn der Beschäftigte nicht schwerbehindert oder gleichgestellt ist. Das gilt auch für die stufenweise Wiedereingliederung, die sich als wirksame Maßnahme bewährt hat.

Krankheitsbedingte Arbeitgeberkündigungen ohne ein zuvor durchgeführtes Eingliederungsmanagement sollten generell unwirksam sein. Dies sollte auch gelten, wenn eine Gefährdungsbeurteilung unterblieben ist und ein Zusammenhang zwischen der Erkrankung und den Risiken am Arbeitsplatz zu vermuten ist. Solange ein BEM-Verfahren nicht erfolgt ist, muss das Integrationsamt die Zustimmung zu einer personenbedingten Kündigung verweigern.

Für den Fall, dass kein BEM durchgeführt wurde und der Arbeitnehmer aufgrund derselben Erkrankung erneut arbeitsunfähig wird, sollte ein weiterer Anspruch auf Entgeltfortzahlung für die Dauer von sechs Wochen ausgelöst werden.

Wenn kein BEM durchgeführt wurde und die gesetzliche Rentenversicherung später Rehabilitations- oder Rentenleistungen erbringen muss, weil zwischenzeitlich beim versicherten Beschäftigten eine erhebliche Gefährdung der Erwerbsfähigkeit oder Erwerbsminderung

eingetreten ist, sollte der Arbeitgeber verpflichtet werden, einen Teil der Kosten hierfür zu erstatten.

2.4. Rentenübergang neu gestalten

Der Sozialverband VdK lehnt grundsätzlich eine Anhebung des gesetzlichen Renteneintrittsalters ab, solange nicht gewährleistet ist, dass Menschen tatsächlich gesund und sozial abgesichert bis zu diesem Alter arbeiten können. Der Sozialverband kritisiert zudem die im Antrag formulierte Begründung für die geforderte Abschaffung der Rente für besonders langjährig Versicherte als sachfremd.

Im Antrag wird die in der aktuellen Debatte häufig anzutreffende falsche Argumentation wiederholt, dass diese Altersrente „häufig nicht die wirklich belasteten Berufsgruppen" begünstige. Weder bei der Einführung der Rente für besonders langjährig Versicherte im Jahr 2007 (wirksam ab 2012) noch bei Einführung der temporären Sonderregelung im Jahr 2014 („Rente ab 63") standen aber belastende Tätigkeiten im Vordergrund der Gesetzesbegründung, sondern die besonders lange Dauer der Beitragszahlung. Konzipiert war diese Altersrente damit als Ausgleich zur Anhebung der Regelaltersgrenze und nicht als privilegierter Zugang für belastete Beschäftigte. Umgesetzt wurde dies in den Anspruchsvoraussetzungen der langen Wartezeit von 45 Jahren. Versicherte mit besonders langen Beitragszeiten über höhere Abschläge für Verbesserungen bei der Erwerbsminderungsrente „zahlen" zu lassen, ist in diesem Zusammenhang sachfremd und bietet gesellschaftliches Konfliktpotential.

Besonders irreführend in der gesamten aktuellen Debatte ist aber, dass nicht die Voraussetzung von 45 Beitragsjahren im Vordergrund der Diskussion steht, sondern die Übergangsregelung, nach der die Rente für wenige Jahrgänge bereits ab 63 in Anspruch genommen werden konnte.

Zudem wird die Rente für besonders langjährig Versicherte als Rente für „Privilegierte" beziehungsweise als „Männerrente" bezeichnet. Entgegen der öffentlichen Bezeichnung als „Rente ab 63" kann der Jahrgang 1962 aktuell zwar abschlagsfrei in Rente gehen, aber nicht ab 63, sondern im Alter von 64 Jahren und 8 Monaten. Nach den Empfehlungen der Alterssicherungskommission sollen ältere Beschäftigte frühestens ab 64 Jahren mit knapp 11 Prozent oder höheren Abschlägen und ab 65 Jahren mit 7 Prozent oder noch höheren Abschlägen in Rente gehen können. Unter den Neuzugängen bei dieser Altersrente sind mehr als 45 Prozent Frauen; die Hälfte der Renten dieser Frauen liegt unter 1.400 Euro (Zahlbetrag).

2.5. Erwerbsminderungsrente verbessern

Noch immer müssen Jahr für Jahr ca. 170.000 Menschen (15 Prozent aller Rentenzugänge) aufgrund einer chronischen Erkrankung in eine Erwerbsminderungsrente wechseln. Eine Rückkehr in Erwerbstätigkeit nach einer Erwerbsminderung gelingt nur selten, unter Älteren ab 55 Jahren praktisch nicht.

Anträge für eine Rente wegen Erwerbsminderung sowie auf Feststellung eines Grads der Behinderung, vor allem aber auch Widersprüche gegen abgelehnte Anträge nehmen einen

Großteil der Beratungspraxis und sozialrechtlichen Vertretung unserer 2,3 Millionen Mitglieder ein. Alleine bei der DRV Bund liegt die Erfolgsquote von sozialrechtlichen Widersprüchen gegen abgelehnte Anträge auf Erwerbsminderung seit Jahren bei über 40 Prozent und über alle Träger hinweg bei knapp 25 Prozent. Die Bearbeitungsdauer von erledigten Anträgen auf eine Rente wegen Erwerbsminderung Anträgen beträgt bei der DRV Bund aktuell mehr als vier Monate.

Der Sozialverband VdK befürwortet deshalb alle im Antrag genannten Vorschläge, um Beschäftigte, die am Ende ihres Erwerbslebens aufgrund gesundheitlicher Leistungseinschränkungen nicht mehr in ihrem Beruf oder ihrer langjährig ausgeübten Tätigkeit erwerbstätig sein können, den Zugang zur Erwerbsminderungsrente zu erleichtern bzw. eine neue Berufsunfähigkeitsrente zu ermöglichen.

Der Sozialverband VdK verweist vor allem auf die schwierige Situation bei der Begutachtung von Anträgen auf Erwerbsminderungsrente. Aufgrund seiner Erfahrungen aus der Rechtsberatung stellt er fest, dass es insbesondere im Bereich psychischer Erkrankungen zu wenige und zu wenige gut qualifizierte Gutachter gibt. Der Anteil der psychischen Diagnosen hat sich seit der letzten großen Reform der Erwerbsminderungsrente von 24 Prozent (2000) auf knapp 42 Prozent nahezu verdoppelt. Darüber hinaus verweist der VdK auf ein Systemversagen bei der Betreuung dieser Betroffenen im vorgelagerten Gesundheitssystem. Lange Wartezeiten auf ambulante Behandlungen, etwa bei psychischen Erkrankungen, tragen dazu bei, dass es häufig zu langen Phasen wiederholter Arbeitsunfähigkeit kommt, bevor eine Rehabilitation in Betracht gezogen wird.

Die Übergänge in die Erwerbsminderungsrente sind noch zu häufig prekäre. Nur 50 Prozent wechseln aus einer stabilen Beschäftigung in eine Erwerbsminderungsrente. Zu oft erfolgt ein Übergang aus dem Krankengeldbezug bzw. aus der Arbeitslosigkeit. Viele Menschen, die eine Erwerbsminderungsrente beziehen, haben vorher keine Rehabilitationsleistungen bekommen.

Hinzu kommen ca. 350.000 Erwerbsgeminderte, die aufgrund fehlender versicherungsrechtlicher Voraussetzungen auf Grundsicherung wegen Erwerbsminderung angewiesen sind. Außerdem kann von einer hohen Dunkelziffer von chronisch Kranken ausgegangen werden, die zu krank zum Arbeiten, aber zu gesund für die Rente sind und sich im sozialpolitischen Niemandsland befinden.

Trotz der verbesserten Zurechnungszeiten sind Erwerbsminderungsrente in der Regel immer noch nicht armutsfest und liegen im Zugang bei durchschnittlich 1.067 Euro. 95 Prozent der Renten sind von Abschlägen in Höhe von durchschnittlich 10 Prozent und 120 Euro betroffen. Der Sozialverband VdK befürwortet die im Antrag vorgeschlagene Reduzierung der maximalen Abschläge auf zunächst 7,2 Prozent.