



Reha

Zugangslogiken im Bundesprogramm rehapro: Eine projektübergreifende Systematisierung von Zugangsansätzen

RVaktuell 3/2026

Der Zugang zu Rehabilitation ist eine zentrale Voraussetzung für bedarfsgerechte Teilhabe. Der vorliegende Beitrag basiert auf einer qualitativen Analyse von 34 rehapro-Modellprojekten mit Zugangsbezug. Im Mittelpunkt stehen folgende Fragen: Wer stößt den Zugang an, über welchen Weg erfolgt der Erstkontakt und welche digitalen oder niedrigschwelligen Kontaktformen werden genutzt? Auf dieser Grundlage entwickelt der Beitrag eine Typologie von Zugangslogiken und ordnet erste Hinweise auf deren potenzielle Tragfähigkeit ein. Damit wird ein analytischer Rahmen vorgestellt, der die systematische Weiterentwicklung rehabilitativer Zugänge in der Deutschen Rentenversicherung unterstützen kann.



Janett Görke, Katharina Fecher, Katrin Parthier,
Dr. Marco Streibelt

Lesezeit: 19
Minuten



 Quellenverzeichnis

 Weiterführende Links



Janett Görke, Katharina Fecher und Katrin Parthier sind Mitarbeiterinnen des Dezernats Reha-Wissenschaften der Abteilung Prävention, Rehabilitation und Sozialmedizin der Deutschen Rentenversicherung Bund; Dr. Marco Streibelt ist Leiter des Dezernats.

1. Einleitung: Zugang als Schlüssel zu einer bedarfsgerechten Rehabilitation

Die Deutsche Rentenversicherung ist ein zentraler Träger von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben. Ihre Aufgabe besteht darin, die Erwerbsfähigkeit ihrer Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen und Teilhabeeinschränkungen frühzeitig entgegenzuwirken

Q ¹ Gross, Funke, Görke, Klaus, Parthier, Streibelt, Innovative Wege zu mehr beruflicher Teilhabe. Aktuelle Entwicklungen der Deutschen Rentenversicherung, in: Die Berufliche Rehabilitation 38 [2024], Heft 3, S. 6-19.

. Bedarfsgerecht ist Rehabilitation, wenn die richtigen Zielgruppen mit passenden Leistungen zum richtigen Zeitpunkt erreicht werden

Q ² Deutsche Rentenversicherung, Reha-Bericht 2023, Berlin 2023.

.Der Zugang zählt damit zu den zentralen strategischen Ansatzpunkten der Weiterentwicklung von Prävention und Rehabilitation

Q ³ Deutsche Rentenversicherung, Weiterentwicklung von Prävention und Rehabilitation. Strategie der Rentenversicherungsträger, Berlin 2023.

. Die in einer von der Deutschen Rentenversicherung beauftragten Studie untersuchte Entwicklung der altersstandardisierten Antragsrate medizinischer Rehabilitationsleistungen verdeutlicht die Relevanz von Zugangsfragen, weil Rehabilitationsbedarfe nur wirksam adressiert werden können, wenn der Zugang zu passenden Leistungen gelingt

Q ⁴ Prognos, Forschungsprojekt. Analyse des Antragsrückgangs bei Leistungen zur medizinischen Rehabilitation. Endbericht, Berlin 2019.

. Das zeigt sich auch daran, dass Erwerbsminderungsrenten häufig ohne vorangegangene medizinische Rehabilitation erfolgen

Q ⁵ Mittag, Reese, Meffert, (Keine) Reha vor Rente: Analyse der Zugänge zur Erwerbsminderungsrente 2005-2009, in: WSI-Mitteilungen 67 [2014], Heft 2, S. 149-155.

. Der Zugang zu Rehabilitation ist damit eine zentrale Voraussetzung dafür,

Menschen mit Rehabilitationsbedarfen überhaupt rechtzeitig zu erreichen.

Hier kommt dem Bundesprogramm „Innovative Wege zur Teilhabe am Arbeitsleben – rehapro“ besondere Bedeutung zu. Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales setzt damit den gesetzlichen Auftrag aus § 11 Neuntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) zur rechtskreisübergreifenden Förderung von Modellvorhaben zur Stärkung der Rehabilitation um

Q ⁶ Ahuja, Das Bundesprogramm rehapro – Innovative Ideen für die Rehabilitation, in: Die Berufliche Rehabilitation 33 (2019), Heft 1, S. 10-23.

. In drei Förderaufrufen werden insgesamt 119 Modellprojekte durchgeführt, davon 61 im Bereich des Zweiten Buches Sozialgesetzbuch (SGB II) – Jobcenter und 58 im Bereich des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch (SGB VI) – Träger der Deutschen Rentenversicherung als Zuwendungsempfänger

🔗 ⁷ www.modellvorhaben-rehapro.de/DE/Modellprojekte/ProjektSuche/Projektsuche_Formular?nn=69281dd7401de22f3aa7e7c7 (Abruf: 18.6.2026)



.

Für die Deutsche Rentenversicherung eröffnet das Programm die Möglichkeit, innovative Leistungen und organisatorische Maßnahmen zu erproben und daraus Erkenntnisse für die Weiterentwicklung der Prävention und Rehabilitation zu gewinnen. Dafür werden die Modellprojekte der Deutschen Rentenversicherung jeweils wissenschaftlich begleitet und evaluiert. 34 Modellprojekte der Deutschen Rentenversicherung verfolgen einen expliziten Ansatz zur Gestaltung des Zugangs zu Rehabilitation und bilden die Grundlage dieses Beitrags. Die bei der Deutschen Rentenversicherung Bund angesiedelte Kontaktstelle rehapro begleitet die Rentenversicherungsträger (RV-Träger) bei der Durchführung ihrer Modellprojekte. Darüber hinaus bündelt und analysiert sie die gewonnenen Erkenntnisse projektübergreifend und unterstützt den

trägerübergreifenden Austausch über Ergebnisse und Verstetigungsperspektiven. Die hier vorgestellte Analyse knüpft daran an, indem sie die erprobten Zugangsansätze bereits während der Programmlaufzeit systematisch ordnet und damit eine Grundlage für die weitere Übertragung in das Regelgeschäft der Deutschen Rentenversicherung schafft.

2. Zugang als gestaltbare Dimension in der Rehabilitation

Der Zugang zu Leistungen der Rehabilitation ist Teil der Versorgungsgestaltung und bildet den Einstieg in einen strukturierten Rehabilitationsprozess. Er trägt dazu bei, Rehabilitationsbedarfe rechtzeitig zu erkennen, passende Leistungen anzubahnen und potenziell leistungsberechtigte Personen zu erreichen. Dabei wird der Zugang nicht allein durch den Teilhabebedarf bestimmt. Auch Informationsstand, Motivation sowie psychosoziale und berufliche Rahmenbedingungen beeinflussen, ob und wie Reha-Leistungen in Anspruch genommen werden. Das Zugangsmodell von Andersen etwa verdeutlicht, dass neben der eigentlichen Bedarfslage auch strukturelle, institutionelle und prozessuale Bedingungen beeinflussen, ob Leistungen tatsächlich in Anspruch genommen werden

Q ⁸ Andersen, Revisiting the Behavioral Model and Access to Medical Care: Does it Matter?, in: *Journal of Health and Social Behavior* 36 (1995), Heft 1, S. 1-10.

. Leistungsangebote müssen also nicht nur fachlich geeignet sein, sondern auch so zugänglich gestaltet werden, dass sie die jeweiligen Zielgruppen erreichen.

Unterschiedliche Zielgruppen, gesundheitliche Beeinträchtigungen, soziale Lagen und regionale Rahmenbedingungen erfordern unterschiedliche Wege des Zugangs. Deshalb gibt es keinen universell wirksamen Zugang für alle Zielgruppen. Der Erstkontakt bildet hierbei einen zentralen Einstieg in den Zugangsprozess. Für die Weiterentwicklung rehabilitativer Versorgung ist

bedeutsam, systematisch zu betrachten, über welche Wege der Erstkontakt zustande kommt, wer diesen anstößt und welche Zielgruppen damit erreicht werden. Vor diesem Hintergrund fragt der Beitrag danach, welche Muster des Erstkontakts sich in den rehapro-Modellprojekten erkennen lassen und wie diese – als idealtypische Zugangslogiken beschrieben – die Weiterentwicklung der Rehabilitation in Deutschland mitgestalten können.

3. Zugangslogiken als analytischer Ordnungsrahmen im Bundesprogramm rehapro

Die Erkenntnisse aus dem Bundesprogramm rehapro zeigen, dass sich die in den Modellprojekten erprobten Zugangsansätze nicht hinreichend beschreiben lassen, wenn sie lediglich als einzelne Maßnahmen oder Instrumente betrachtet werden. Um die Projekte für die Deutsche Rentenversicherung nutzbar zu machen, bedarf es eines analytischen Rahmens, z. B. über Zugangslogiken. Zugangslogiken beschreiben im vorliegenden Artikel, wie der Erstkontakt zustande kommt.

Die hier vorgestellten Ergebnisse beruhen auf der strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse einer Abfrage der 34 rehapro-Modellprojekte mit Zugangsbezug aus dem Zeitraum Dezember 2025 bis Januar 2026 sowie ergänzender projektbezogener Unterlagen, Zwischenstandsmeldungen, Publikationen und Berichte

Q ⁹ Mayring, Qualitative Content Analysis, in: Forum Qualitative Sozialforschung/Forum: Qualitative Social Research 1 (2000), Art. 20.

,

Q ¹⁰ Kuckartz, Rädiker, Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung, 5. Aufl., Weinheim/Basel 2022.

,

. Es wurden wiederkehrende Muster des Zugangs herausgearbeitet und in einem induktiven Verfahren zu einer Typologie von Zugangslogiken verdichtet.

Die Analyse setzt beim Einstieg in ein Rehabilitationsangebot an. Die Leitfrage ist, wie Versicherte erstmals mit einem Angebot in Kontakt kommen und wodurch dieser erste Kontakt ausgelöst wird.

3.1 Typologie der Zugangslogiken

Auf Grundlage der projektübergreifenden qualitativen Analyse der 34 rehapro-Modellprojekte mit Zugangsbezug lassen sich sechs analytische Zugangstypen identifizieren. Fünf dieser Typen beschreiben Initiationslogiken des Erstkontakts, während Zugangstyp E die Kontaktform des Erstkontakts beschreibt.

- **Zugangstyp A: Proaktive, datenbasierte Ansprache**

Bei diesem Zugang wird der Erstkontakt aktiv auf institutioneller Ebene (Rentenversicherung – RV, Krankenkassen) angestoßen. Die Identifikation potenziell geeigneter Personen erfolgt auf Grundlage administrativer Daten, Risikoindikatoren oder prädiktiver Modelle. Der Zugang setzt keine Eigeninitiative der Versicherten voraus und ist häufig noch nicht an eine formale Antragstellung gebunden. Charakteristisch ist damit ein institutionell gesteuerter, gut planbarer Zugang.

- **Zugangstyp B: Klinikbasierter Zugang an Übergängen**

Hier entsteht der Erstkontakt im Kontext medizinischer oder rehabilitativer Versorgung, insbesondere an Übergängen zwischen Akutbehandlung,

Rehabilitation und Reha-Nachsorge. Der Zugang nutzt Phasen erhöhter Sensibilität und fachlicher Passung, in denen Unterstützungsbedarfe besonders sichtbar und anschlussfähig sind. Der Zugang ist daher eng an Versorgungssituationen gebunden und profitiert von institutionellen Übergängen als „Kontaktfenster“.

- **Zugangstyp C: Zugang über niedergelassene Ärztinnen und Ärzte**

Bei diesem Zugang wird der Erstkontakt durch Haus- oder Fachärztinnen und -Ärzte initiiert, die als vermittelnde Akteurinnen und Akteure auftreten. Die Deutsche Rentenversicherung ist hier nicht unmittelbare Initiatorin des Kontakts, sondern wird im weiteren Verlauf eingebunden. Charakteristisch ist damit ein Zugang, der stark von der Mitwirkung externer Akteurinnen und Akteure und von bestehenden Behandlungsbeziehungen abhängt.

- **Zugangstyp D: Netzwerk- und Sozialraumzugänge**

Dieser Typ beschreibt Zugänge über Akteurinnen und Akteure im sozialen Umfeld, etwa Beratungsstellen, Selbsthilfe, Betriebe oder weitere Netzwerkpartnerinnen und -partner. Der Erstkontakt wird über bestehende Vertrauensbeziehungen und sozialräumliche Strukturen hergestellt. Damit ist dieser Zugang besonders dort relevant, wo Zielgruppen über formale institutionelle Kanäle nur schwer erreicht werden, zugleich aber im sozialen Umfeld ansprechbar sind.

- **Zugangstyp E: Digitaler und niedrigschwelliger Erstkontakt**

Zugangstyp E beschreibt keine eigenständige Initiationslogik, sondern die Kontaktform bzw. das Interface des Erstkontakts. Der Zugang erfolgt über digitale und niedrigschwellige Formate und kann mit unterschiedlichen Zugangslogiken kombiniert werden. Seine besondere Relevanz liegt in seiner

Öffnungsfunktion. Digitale Erstzugänge können den Eintritt in ein Angebot frühzeitig, niedrigschwellig und ohne formale Einstiegshürden ermöglichen und im Zusammenspiel mit anderen Zugangsansätzen eine Verstärkerfunktion entfalten.

- **Zugangstyp F: Öffentlichkeitsarbeitsbasierter/Awareness-Zugang**

Bei diesem Zugang wird der Erstkontakt durch die versicherte Person selbst initiiert. Er entsteht im Kontext öffentlicher Sichtbarkeit, Information, Entstigmatisierung und Selbstidentifikation mit einem Unterstützungsbedarf. Der Awareness-Zugang beschreibt damit eine spezifische Ausprägung selbstinitiiierter Zugangslogik. Wahrnehmung, Ansprache und daraus entstehende Eigeninitiative stehen im Vordergrund. Zugleich erschließt dieser Typ den Zugang zu Zielgruppen, die über andere Wege häufig nur schwer erreichbar sind.

Zusammenfassend zeigt die Typologie, dass sich die Vielfalt der in rehapro erprobten Zugangsansätze auf wenige, analytisch unterscheidbare Grundmuster des Erstkontakts verdichten lässt. Für die Einordnung der Zugangslogiken im vorliegenden Artikel ist entscheidend, wer den ersten Kontakt auslöst. Macht die RV oder machen eingebundene Partnerinnen und Partner aktiv auf ein Angebot aufmerksam, ist der Zugang meist besser planbar und steuerbar. Erfolgt der Zugang dagegen über Dritte, etwa Ärztinnen und Ärzte, Beratungsstellen oder Netzwerkpartnerinnen und -partner, hängt er stärker von deren Mitwirkung ab. Bei selbstinitiierten Zugängen werden Versicherte durch Information, Öffentlichkeitsarbeit oder Awareness-Angebote auf ein Angebot aufmerksam und nehmen selbst Kontakt auf. Diese Unterschiede sind wichtig, weil sie Hinweise darauf geben, wie gut ein Zugangsweg später verstetigt werden kann. Eine Ausnahme bildet Zugangstyp E – Digitale und niedrigschwellige Erstkontakte: Hier wird vor allem der Weg, über den der

Kontakt erfolgt, beispielsweise über ein Portal oder ein Kontaktformular, beschrieben.

3.2 Kombinationen von Zugangsansätzen

Die Typologie systematisiert die in den Modellprojekten identifizierten Formen des Erstkontakts und nicht die Modellprojekte in ihrer Gesamtheit. Die Zugangstypen sind analytisch zwar unterscheidbar, schließen sich in der praktischen Umsetzung aber nicht gegenseitig aus. Zugangsansätze können miteinander kombiniert werden, wenn etwa ein digitaler Erstkontakt mit einer proaktiven Ansprache, einem vermittelten Zugang oder einem öffentlichkeitsarbeitsbasierten/Awareness-Zugang verbunden wird. Gerade Zugangstyp E steht häufig nicht für sich allein, sondern dient als Kontaktform oder Interface, über das unterschiedliche Zugangslogiken praktisch umgesetzt oder erleichtert werden.

Davon zu unterscheiden sind außerdem ergänzende und unterstützende Elemente wie die Vorbereitung auf die Rehabilitation, Beratung, Fallmanagement oder Verfahrensvereinfachungen. Sie können den Zugang erleichtern, stabilisieren oder den Übergang in ein passendes Rehabilitations- oder Teilhabeangebot unterstützen. Sie bilden jedoch keine eigenständige Zugangslogik im Sinne eines Erstkontakts. Für die vorliegende projektübergreifende Analyse ist daher entscheidend, zwischen der Logik des Erstkontakts, der konkreten Kontaktform und ergänzenden Verstärkern zu unterscheiden.

4. Potenzielle Tragfähigkeit von Zugangslogiken: Eine projektübergreifende Einordnung

4.1 Begriff und Kriterien der Tragfähigkeit

Zugänge nehmen in den rehapro-Modellprojekten eine besondere Stellung ein. Sie sind nicht mit einer neu erprobten Leistung gleichzusetzen, deren Wirkung unmittelbar im weiteren Verlauf untersucht werden kann. Zugänge schaffen die Voraussetzung dafür, dass Versicherte überhaupt mit einem Angebot in Kontakt kommen und eine passende Leistung in Anspruch nehmen können. Die spätere Wirkung hängt wesentlich von der Ausgestaltung der Leistung, ihrer Umsetzung und der Passung zum individuellen Teilhabebedarf ab. Zugleich bleibt der Zugang eine zentrale Voraussetzung, weil Leistungen ihre Zielgruppen ohne geeignete Zugangswege nicht oder erst zu spät erreichen.

Für die RV ist bedeutsam, ob eine Zugangslogik über das jeweilige Modellprojekt hinaus weiterverfolgt, angepasst und verstetigt werden kann. Das wird im vorliegenden Beitrag mit dem Begriff der Tragfähigkeit beschrieben. Tragfähigkeit beschreibt, ob und unter welchen Bedingungen eine Zugangslogik über das jeweilige Modellprojekt hinaus fachlich anschlussfähig, strukturell integrierbar, steuerbar, ressourcenseitig leistbar sowie weiter verfolgbar, übertragbar oder skalierbar erscheint. Übertragbarkeit bezeichnet dabei die Nutzbarkeit eines Ansatzes in anderen Kontexten. Skalierbarkeit beschreibt die Möglichkeit, einen Zugang über einzelne Projekte, Zielgruppen oder Regionen hinaus auszuweiten. Beide Aspekte fließen in die Tragfähigkeit ein, sind mit ihr aber nicht gleichzusetzen.

Zugänge sind Teil komplexer Interventionen. Komplexe Interventionen bestehen aus mehreren miteinander verbundenen Komponenten, die in einem bestimmten Kontext zusammenwirken. Ihre möglichen Wirkungen entstehen im Zusammenspiel von Zielgruppe, Setting, Umsetzung und unterstützenden Strukturen

Q ¹² Craig, Dieppe, Macintyre, Michie, Nazareth, Petticrew, Developing and Evaluating Complex Interventions: New Medical Research Council Guidance, in: BMJ 337 (2008), a1655.

Q ¹³ Moore, Campbell, Barker, Bond, Bonell, Hardeman, Moore, O’Cathain, Tinati, Wight, Baird, Adapting interventions to new contexts - the ADAPT guidance, in: BMJ 374 (2021), n1679.

,

Q ¹⁴ Skivington, Simpson, Baird, Boyd, Craig, French, McIntosh, Petticrew, Rycroft-Malone, White, Moore, A new framework for developing and evaluating complex interventions, in: BMJ 374 (2021), n2061.

. Das ist für die Einordnung der Zugangslogiken zu berücksichtigen, da viele Modellprojekte den Erstkontakt mit weiteren Elementen verbinden, wie etwa mit Reha-Vorbereitung, Beratung, Fallmanagement oder Verfahrensvereinfachungen.

Für die projektübergreifende Einordnung werden daher fünf Kriterien als analytischer Bezugsrahmen herangezogen: Erreichbarkeit der Zielgruppen, Steuerbarkeit des Zugangs, Anschlussfähigkeit an bestehende Verfahren und Zuständigkeiten, Ressourcen- und Koordinationsaufwand sowie Übertragbarkeit und Skalierbarkeit. Diese Kriterien helfen, die unterschiedlichen Zugangstypen danach zu betrachten, welche Voraussetzungen für ihre Weiterverfolgung oder Verstetigung bedeutsam sind. Tragfähigkeit bezeichnet damit die fachlich begründete Einschätzung, ob eine Zugangslogik über das Modellprojekt hinaus Potenzial für die Weiterentwicklung rehabilitativer Zugänge in der RV besitzt.

4.2 Einordnung der Zugangstypen

Auf der Grundlage der dargestellten Kriterien lassen sich die Zugangstypen nach ihrer potenziellen Tragfähigkeit einordnen. Die folgende Übersicht verdichtet diese Einordnung entlang der zentralen Tragfähigkeitskriterien auf der Basis der aktuell vorliegenden Erkenntnisse. Sie erhebt damit keinen Anspruch auf eine abschließende Bewertung und wird mit fortschreitendem Erkenntnisstand weiter präzisiert werden.

Zugangstyp A, die proaktive, datenbasierte Ansprache, hat sich in der Analyse als besonders tragfähig gezeigt. Dieser Zugangstyp ermöglicht eine gezielte Identifikation und Ansprache potenziell geeigneter Versicherter und ist grundsätzlich gut steuerbar. Maßgeblich ist dabei, dass der Zugang institutionell (RV, Krankenkassen) angestoßen, datenbasiert vorbereitet und in eine rentenversicherungsbezogene Angebotslogik eingebunden ist. Die Zugangslogik ist durch die proaktive Identifikation von Reha-Bedarf und Anbahnung eines Teilhabeangebots geprägt. Die Tragfähigkeit dieses Zugangstyps hängt von belastbaren Datengrundlagen, rechtlichen Rahmenbedingungen, klaren Kooperationsstrukturen und der praktischen Einbindung in bestehende Verfahren ab.

Zugangstyp B, der klinikbasierte Zugang an Übergängen, hat sich ebenfalls als besonders tragfähig gezeigt. Gemeint ist die Anbahnung weiterführender Rehabilitations- oder Teilhabeangebote an Übergängen, etwa aus der Akutversorgung, aus einer medizinischen Rehabilitation oder aus anderen medizinischen Behandlungskontexten. In solchen Übergangssituationen werden weiterführende Teilhabebedarfe häufig fachlich sichtbar und können gezielt aufgegriffen werden. Die besondere Tragfähigkeit dieses Zugangstyps liegt in seiner Nähe zu bestehenden Versorgungsprozessen und in der Möglichkeit, Bedarfe in einem fachlich geeigneten Zeitfenster zu erkennen. Voraussetzung sind jedoch funktionierende Kooperations- und Kommunikationsstrukturen mit medizinischen Akteuren sowie ein erhöhter Abstimmungsaufwand an den Schnittstellen. Abzugrenzen ist dieser Typ vom Zugang über niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, weil der Erstkontakt hier an institutionalisierte Übergänge innerhalb medizinischer oder rehabilitativer Versorgung gebunden ist.

Zugangstyp C, der Zugang über niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, zeigt sich als eingeschränkt tragfähig. Im Unterschied zum klinikbasierten Zugang entsteht der Erstkontakt bei diesem Zugangstyp nicht an einem institutionellen Versorgungsübergang, sondern aus einer bestehenden ambulanten

Behandlungsbeziehung heraus. Der Zugangstyp C besitzt zwar ein hohes Potenzial für die frühzeitige Wahrnehmung von Teilhabebedarfen, hängt aber stark von der Mitwirkung, Information und Einbindung der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte ab. Da dieser Zugang außerhalb der unmittelbaren Steuerung der RV liegt, sind seine Verlässlichkeit, Skalierbarkeit und Verstetigung stärker von Kooperationsstrukturen, Rückkopplungsprozessen und der praktischen Anschlussfähigkeit an ärztliche Routinen abhängig. Seine Bedeutung liegt daher vor allem in einer ergänzenden Funktion, insbesondere dort, wo Teilhabebedarfe im haus- oder fachärztlichen Kontakt frühzeitig sichtbar werden. Gleichzeitig bleibt dieser Zugang strategisch bedeutsam, weil gerade im ambulanten Versorgungssystem Teilhabebedarfe früh sichtbar werden können. Seine eingeschränkte Tragfähigkeit verweist daher auf die begrenzte Steuerbarkeit und die hohen Anforderungen an Kooperation, Information und Rückkopplung.

Zugangstyp D, Netzwerk- und Sozialraumzugänge, weist ebenfalls eine eingeschränkte Tragfähigkeit auf. Seine Stärke liegt insbesondere darin, Zielgruppen über vertraute Akteure, Beratungsstellen, lokale Netzwerke oder sozialräumliche Strukturen zu erreichen. Das kann vor allem dort bedeutsam sein, wo Menschen mit Rehabilitationsbedarf über klassische institutionelle Zugangswege schwerer erreicht werden. Zugleich ist dieser Zugang stark kontext-, personen- und beziehungsabhängig. Für seine Weiterverfolgung sind daher stabile Netzwerkstrukturen, eine kontinuierliche Koordination und ein vergleichsweise hoher Pflegeaufwand erforderlich. Seine Tragfähigkeit hängt folglich in besonderem Maße von der dauerhaften Stabilität der jeweiligen Kooperationsstrukturen ab.

Zugangstyp E, der digitale und niedrigschwellige Erstkontakt, nimmt innerhalb der Systematik eine besondere Stellung ein. Er beschreibt keine eigenständige Zugangslogik, sondern die Kontaktform bzw. das Interface des Erstkontakts. Digitale und niedrigschwellige Erstkontakte können Zugangswege erleichtern,

ihre Reichweite erhöhen und ihre Übertragbarkeit unterstützen. Deshalb lässt sich Zugangstyp E nicht in gleicher Weise bewerten wie die übrigen Zugangstypen. Seine Relevanz liegt darin, dass digitale und niedrigschwellige Einstiege den Erstkontakt frühzeitig, orts- und zeitunabhängig sowie ohne hohe formale oder organisatorische Hürden ermöglichen können. Besonders tragfähig wird dieser Zugangstyp vor allem dann, wenn er mit anderen Zugangslogiken und unterstützenden Elementen wie Beratung, Fallmanagement oder Verfahrensvereinfachung verbunden wird.

Zugangstyp F, der öffentlichkeitsarbeitsbasierte/Awareness-Zugang, weist eine eingeschränkte Tragfähigkeit auf, ist aber strategisch hoch relevant. Gemeint sind Zugänge, bei denen Information, Sichtbarkeit, Entstigmatisierung und Selbstidentifikation eine zentrale Rolle spielen. Öffentlichkeitsarbeit und Awareness können insbesondere Zielgruppen erreichen, die über institutionell initiierte oder vermittelte Zugänge nicht zuverlässig erreicht werden oder bei denen Scham, Unsicherheit, fehlende Information oder geringe Problemwahrnehmung eine Rolle spielen. Seine eingeschränkte Tragfähigkeit ergibt sich vor allem aus der strukturell begrenzten Steuerbarkeit selbstinitiiertter Zugänge. Ob eine Person aufgrund von Information oder Öffentlichkeitsarbeit tatsächlich Kontakt aufnimmt, lässt sich nur begrenzt steuern und noch schwerer eindeutig einzelnen Maßnahmen zurechnen. Seine Weiterverfolgbarkeit liegt daher insbesondere in der Verbindung mit anderen Zugangslogiken und konkreten Kontaktmöglichkeiten.

5. Fazit: Bedeutung der Zugangslogiken und ihrer potenziellen Tragfähigkeit für den weiteren Erkenntnis- und Transferprozess

Ein zentrales Ergebnis dieser Analyse besteht darin, dass die Vielfalt der

Zugangswege als Stärke bedarfsgerechter Rehabilitation und Teilhabe zu verstehen ist. Unterschiedliche Zielgruppen, Teilhabebedarfe, soziale Lagen, institutionelle Ausgangspunkte und regionale Rahmenbedingungen erfordern unterschiedliche Formen des Zugangs. Das betrifft etwa Personen mit psychischen oder psychosozialen Belastungen, Menschen mit komplexen Unterstützungsbedarfen, Versicherte an Versorgungsübergängen oder Personen, die über klassische Antrags- und Beratungswege nur schwer erreicht werden. Die im vorliegenden Artikel dargestellten Zugangslogiken sind daher nicht als konkurrierende Modelle zu verstehen, sondern als komplementäre Wege, um den Erstkontakt zu passenden Leistungen anzubahnen.

Der Erkenntnisgewinn der vorliegenden Betrachtung liegt in der projektübergreifenden Bündelung von Zugangslogiken und den aufgeführten Kriterien zur Bewertung ihrer Tragfähigkeit. Der Beitrag liefert damit einen analytischen Ordnungsrahmen, um die in den Projekten adressierten unterschiedlichen Ansätze des Erstkontakts projektübergreifend zu bewerten und so für die weitere konzeptionelle Arbeit nutzbar zu machen.

Für die Deutsche Rentenversicherung eröffnet die Typologie die Möglichkeit, nicht einzelne rehapro-Modellprojekte, sondern die ihnen zugrundeliegenden Zugangslogiken in den Mittelpunkt zu stellen. Damit können unterschiedliche Vorhaben, Konzepte und Lösungsansätze entlang gemeinsamer Zugangslogiken systematischer betrachtet und hinsichtlich ihrer potenziellen Tragfähigkeit eingeordnet werden. Zugleich macht die Typologie sichtbar, dass neue Zugänge nicht nur über institutionell initiierte Pfade entstehen, sondern auch über digitale Kontaktformen des Erstkontakts sowie über Öffentlichkeit, Information, Sensibilisierung und Selbstidentifikation. Verstärkende Elemente wie Reha-Vorbereitung, Fallmanagement und Verfahrensvereinfachung können in diesem Zusammenhang eine sinnvolle Ergänzung darstellen. Mit dem Abschluss der rehapro-Modellprojekte sowie der Auswertung der wissenschaftlichen

Ergebnisse dazu wird sich die Erkenntnisgrundlage in den kommenden Jahren sukzessive erweitern und zunehmend sättigen. Dadurch können sowohl die Zuordnung einzelner Modellprojekte zu den Zugangslogiken als auch die Einschätzung ihrer potenziellen Tragfähigkeit weiter präzisiert werden.

Der Beitrag versteht sich daher als Impuls, den weiteren Erkenntnis- und Transferprozess weg von der Betrachtung einzelner Modellprojekte und hin zu einer systematischen Auseinandersetzung mit Zugangslogiken zu lenken. Damit besitzen die rehapro-Modellprojekte mit einem Zugangsansatz eine gemeinsame Grundlage, um den Zugang zu den Leistungen der RV systematisch, zielgruppenspezifisch und trägerübergreifend anschlussfähig weiterzuentwickeln.

Blick in die Zeitschriften 3/2026



Jetzt lesen



Deutsche
Rentenversicherung

[Newsletter](#)

[Datenschutz](#)

[Impressum](#)

[Archiv](#)