

Das Amortisationsmodell der medizinischen Rehabilitation – ein Erklärungsansatz für die soziale Ungleichheit bei der Umsetzung „Reha vor Rente“?

D i p l o m a r b e i t

an der Hochschule Meißen (FH) und Fortbildungszentrum
Fachbereich Sozialverwaltung und Sozialversicherung
zum Erwerb des Hochschulgrades
Diplom

Vorgelegt von
Kerstin Ulbrich
aus Mönchengladbach

Meißen, 21.06.2022

Referentin: Prof. Dr. hum. biol. Maria Weyermann MPH

Korreferentin: Dipl.-Verwaltungswirtin Anke Galle

Kurzzusammenfassung

Fragestellung und Zielsetzung der Arbeit

Die Ausübung einer selbstbestimmten Beschäftigung kann sowohl aufgrund einer drohenden oder bestehenden Krankheit, als auch aufgrund einer Behinderung, durch Rehabilitationsmaßnahmen der Deutschen Rentenversicherung (DRV) gesichert oder wiederhergestellt werden. Die Zahlung einer einkommensausgleichenden Erwerbsminderungsrente (EM-Rente) durch den Rentenversicherungsträger (RV-Träger) kann dadurch, unter dem Grundsatz „Reha vor Rente“, vermieden werden. Das Amortisationsmodell der medizinischen Rehabilitation (Reha) legt zugrunde, dass sich die Kosten einer durchgeführten Reha in Gegenüberstellung mit den eingezahlten Rentenbeiträgen des Versicherten und den vermiedenen EM-Renten-Zahlungen nach wenigen Monaten gedeckt haben. Die im Modell durch die DRV verwandten Beitrags- und Renten-Zahlbeiträge bilden eine Versicherten-Kategorie ab. Dem gegenüber stehen die gesellschaftlichen Strukturen in der Bundesrepublik Deutschland (BRD), welche durch soziale Ungleichheiten gekennzeichnet sind.

Im Mittelpunkt der vorliegenden Diplomarbeit steht die Frage, ob das Amortisationsmodell der medizinischen Rehabilitation der DRV ein möglicher Erklärungsansatz für die soziale Ungleichheit bei der Umsetzung des Grundsatzes „Reha vor Rente“ darstellt.

Forschungsmethoden

Als Untersuchungsgegenstand wurden die Neuzugänge an EM-Renten unter dem Punkt der Nicht-Inanspruchnahme einer medizinischen Reha und den zugrundeliegenden soziodemografischen Faktoren analysiert. Dabei wurden die Merkmale „Renten-Gewährungs-Diagnose“, das „Einkommen in den letzten drei Jahren vor dem Leistungsfall“ (Einkommen) sowie der „Rentenzahlbetrag“ (Rente) besonders betrachtet. Für die Betrachtung des Amortisationsmodells wurden die Merkmale Einkommen und Renten in Quartile unterteilt.

Ergebnisse

Die Analyse zeigt, dass es im Zeitverlauf der Jahre 2001 bis 2020 keine signifikanten Änderungen in den Bewilligungszahlen der EM-Renten gibt. Im Jahr 2020 gab es 34.831 EM-Berentungen, im Betrachtungszeitraum waren es durchschnittlich 34.223 EM-Berentungen. Auch die Rentenbeziehenden, die keine medizinische Reha vor der Rentenbewilligung in Anspruch genommen haben, bleiben mit einem Anteil von durchschnittlich 57% auf hohem Niveau. Andererseits ist eine Verschiebung in den Bewilligungsdiagnosen erkennbar. Im beobachteten Zeitraum steigt der Anteil der Gewährungsdiagnose bei EM-Renten in der Kategorie der „Psychischen und Verhaltensstörungen“ kontinuierlich

von 26% auf 42% an. Die „Psychischen und Verhaltensstörungen“ stellen 38% im Vergleich zu den weiteren Bewilligungskategorien „Herz-Kreislauf“, „Neubildungen“, „Muskel-Skelett-Erkrankungen“ und „sonstige Diagnosen“.

Der Anteil der EM-Renten-Beziehenden, die keine medizinische Reha in den 5 Jahren vor der Bewilligung ihrer Rente erhalten haben, zeigen einen deutlichen Zusammenhang zu den soziodemographischen Merkmalen „Rente“ und „Einkommen“: je geringer die Rente bzw. das Einkommen ist, desto höher ist der Anteil der EM-Renten-Beziehenden, die keine medizinische Reha-Maßnahme in den letzten fünf Jahren vor der Renten-Gewährung in Anspruch genommen haben.

Die Überführung der Merkmale „Einkommen“ und „Rente“ in das Amortisationsmodell zeigte, dass die Dauer der Amortisation einer medizinischen Reha-Leistung vom Sozialstatus des Versicherten abhängig ist. Je geringer der soziodemographische Status in den beiden Merkmalsbereichen ist, desto länger ist die Zeit bis zur Amortisierung der Reha-Kosten. Versicherte aus der untersten Einkommenskategorie (1. Quartil) mit einer durchschnittlichen monatlichen EM-Rente von 215 Euro und einem durchschnittlichen monatlichen Rentenbeitrag von 69 Euro, benötigen achtzehn Monate um die Kosten der Reha zu decken. Hingegen sind für die Amortisation der Reha-Kosten in der obersten Einkommenskategorie (4. Quartil) nur zwei Monate erforderlich.

Schlussfolgerung

Da die Inanspruchnahme einer medizinischen Rehabilitation sozial ungleich verteilt ist und es eine Verschiebung in der Altersstruktur der Leistungsnehmenden aufgrund des demographischen Wandels gibt, sollten Reha Leistungen zukünftig im Hinblick auf langfristige Beitragszahlende in allen Sozialebenen in höherem Maß bewilligt werden.

Inhaltsverzeichnis

	Seite
Tabellenverzeichnis.....	V
Abbildungsverzeichnis.....	VI
Abkürzungsverzeichnis.....	VII
1 Einleitung	8
2 Die Deutschen Rentenversicherung im System der sozialen Sicherung	12
2.1 Struktur und Finanzierung der Deutschen Rentenversicherung.....	12
2.1.1 Historische Entwicklung und Aufbau der DRV	13
2.1.2 Die Finanzierung der DRV	15
2.2 Grundsätze und Leistungen der gesetzlichen Rentenversicherung	17
2.2.1 Der Grundsatz „Reha vor Rente“	18
2.2.2 Leistungen zur Teilhabe – Die Leistung zur medizinischen Rehabilitation.....	20
2.3 Das Amortisationsmodell der medizinischen Rehabilitation.....	22
3 Soziale Ungleichheit.....	27
3.1 Theoretische Betrachtung sozialer Ungleichheit	27
3.2 Soziale Ungleichheit in der BRD.....	28
4 Methodik.....	31
4.1 Datengrundlage	31
4.2 Definition der Studienpopulation.....	32
4.3 Statistische Analysen	33
4.4 Datenübertragung - Amortisationsmodell	34
5 Ergebnisse	35
5.1 Datengrundlage – Stichprobe – Gesamtbetrachtung.....	35
5.2 Bivariate Ergebnisse zur Inanspruchnahme einer medizinischen Rehabilitation.....	37
5.3 Amortisationsmodell nach Einkommens- und Renten-Quartilen.....	49
6 Diskussion	53
7 Fazit	60
8 Kernaussagen.....	62
Anhangverzeichnis.....	VIII
Literaturverzeichnis.....	XX
Rechtsquellenverzeichnis.....	XXVII
Eidesstattliche Versicherung.....	XXVIII

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Kosten und Nutzen des Amortisationsmodells – eigene Darstellung.....	23
Tabelle 2: Amortisationsmodell der Jahre 2008 bis 2019 – Quellen-Nachweise	24
Tabelle 3: Inanspruchnahme einer medizinischen Rehabilitationsmaßnahme in Abhängigkeit von soziodemographischen Merkmalen (n: 661.227 – Studienpopulation 1), Ergebnisse der logistischen Regression	39
Tabelle 4: Inanspruchnahme einer medizinischen Rehabilitationsmaßnahme in Abhängigkeit von „Einkommen“ und „Rentenzahlbetrag“, Studienpopulation 1 bis 1c, Ergebnisse der logistischen Regression	42
Tabelle 5: Amortisationsmodell nach Einkommensbereichen – Variablen „eingezahlter Rentenbeitrag“ und „nicht gezahlte EM-Rente“ - eigene Darstellung	49
Tabelle 6: Einkommens-Quartile - Verteilung der Netto-Monatseinkommen – eigene Darstellung	57

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Anträge und Bewilligungen medizinischer Rehabilitationen und EM-Renten in den Jahren 2011 bis 2020 – Eigene Darstellung in Anlehnung der Zahlen der DRV	9
Abbildung 2: Amortisationsmodells der medizinischen Rehabilitation – Zahlen und Darstellung in Anlehnung der DRV aus dem Jahr 2019	23
Abbildung 3: Amortisationsmodell 1. Monat nach Reha (2008 bis 2020) – eigene Darstellung nach den Zahlen der DRV	25
Abbildung 4: Amortisationsmodell 2. Monat nach Reha (2008 bis 2020) – eigene Darstellung nach den Zahlen der DRV	25
Abbildung 5: Amortisationsmodell 3. Monat nach Reha (2008 bis 2020) – eigene Darstellung nach den Zahlen der DRV	26
Abbildung 6: Amortisationsmodell 4. Monat nach Reha (2008 bis 2020) – eigene Darstellung nach den Zahlen der DRV	26
Abbildung 7: BRD-Bevölkerungsanteil nach Beziehungsstatus, Geschlecht und Migrationshintergrund (2020) – eigene Darstellung nach Statistischem Bundesamt ...	28
Abbildung 8: BRD – Stand der Berufsausbildung nach Geschlecht in sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungen (2020) – eigene Darstellung nach Statistischem Bundesamt.....	29
Abbildung 9: BRD – Netto-Einkommensverteilung Frauen und Männer (2021) – Zahlen und Darstellung in Anlehnung an Statista.....	30
Abbildung 10: Erwerbsminderungs-Renten-Neuzugänge – 20% Stichprobe (2001 bis 2020) – eigene Darstellung	35
Abbildung 11: Entwicklung der Erwerbsminderungs-Berentungen in den Rentengewährungs-Diagnose-Kategorien (2001 bis 2020) – eigene Darstellung.....	36
Abbildung 12: Rentengewährungs-Diagnose-Kategorien gesamt (2001 bis 2020) – eigene Darstellung	36
Abbildung 13: Anzahl der Erwerbsminderungs-Renten und Nicht-Inanspruchnahme einer Rehabilitation (2001 bis 2020) – eigene Darstellung	45
Abbildung 14: Reha-Nicht-Inanspruchnahme nach Erwerbsminderungs-Rentengewährungs-Diagnosen im Zeitverlauf (2001 bis 2020) – eigene Darstellung..	46
Abbildung 15: Reha-Nicht-Inanspruchnahme nach Einkommens-Quartilen (2001 bis 2020) – eigene Darstellung	47
Abbildung 16: Reha-Nicht-Inanspruchnahme nach Erwerbsminderungs-Rentenzahlbetrags-Quartilen (2001 bis 2020).....	48
Abbildung 17: Amortisationsmodell - Quartil 1 – Mittelwerte – eigene Darstellung	50
Abbildung 18: Amortisationsmodell - Quartil 2 – Mittelwerte – eigene Darstellung	51
Abbildung 19: Amortisationsmodell - Quartil 3 – Mittelwerte – eigene Darstellung	51
Abbildung 20: Amortisationsmodell - Quartil 4 – Mittelwerte – eigene Darstellung	52

Abkürzungsverzeichnis

AHB	Anschlussheilbehandlung
BBG	Beitragsbemessungsgrenze
BMJ	Bundesministerium der Justiz
BRD	Bundesrepublik Deutschland
DRV	Deutsche Rentenversicherung
EM-Rente	Erwerbsminderungsrente
FDZ-RV	Forschungsdatenzentrum der Rentenversicherung
Reha	Rehabilitation
RV	Rentenversicherung
RV-Träger	Rentenversicherungsträger
SGB	Sozialgesetzbuch

1 Einleitung

Die Bundesrepublik Deutschland verfügt als Sozialstaat über ein jahrzehntelanges, stetig gewachsenes und umfangreiches Hilfesystem. Jeder Bürgerin und jedem Bürger soll es möglich sein, das Leben in Würde zu führen und als Teil der Gesellschaft auch an dieser teilzuhaben. Der Staat begründet in den Art. 1 Abs. 1 (Bundesministerium der Justiz 2022a) (BMJ) und Art. 20 Abs. 1 (Bundesministerium der Justiz 2022c) des Grundgesetzes diese Tatsachen (Simon 2008, 66 f.). Zudem schafft er mit den verschiedenen Sozialgesetzbüchern weitere Rechtsverordnungen, die es dem Bürger oder der Bürgerin ermöglichen im Bedarfsfall individuelle Hilfen in Anspruch zu nehmen (Bundesministerium der Justiz 2022d). Das Angebot erstreckt sich von wirtschaftlichen Unterstützungen wie zum Beispiel die „Hilfe zum Lebensunterhalt“ (sog. Sozialhilfe), die Hilfen für Arbeitsuchende und bei Arbeitslosigkeit, über die Teilhabe und Sicherung von bestehenden Beschäftigungen, als auch Unterstützungen im Falle von Pflegebedürftigkeit, Unfällen, Krankheiten, Behinderung, Alter oder Tod. (Deutsche Rentenversicherung Bund 2021t)

Umfassende Angebote in der sozialen Versorgung übernimmt die gesetzliche Rentenversicherung (Bundesministerium der Justiz 2022b). Die Rentenversicherung (RV) ist ein Zweig der Sozialversicherung und für alle Arbeitnehmer:innen verpflichtend. Sie sichert den Unterhalt im Alter, kommt zum Tragen, wenn die Erwerbsfähigkeit gefährdet oder bereits gemindert ist (sog. Erwerbsminderung) und gewährt bei Tod der versicherten Person eine Hinterbliebenenversorgung. Die Rentenversicherung ist mit ihren 56,8 Millionen Versicherten (Deutsche Rentenversicherung Bund 2022a), darunter 39 Millionen aktiv Versicherten (Deutsche Rentenversicherung Bund 2021aa) gemessen an den 83 Millionen Einwohnern und Einwohnerinnen der Bundesrepublik der größte Zweig der Sozialversicherung. (Deutsche Rentenversicherung Bund 2021u)

Das Sozialsystem funktioniert in seiner Gesamtheit jedoch nur, wenn durch die sozialversicherungspflichtigen Beschäftigten Steuer- und Beitragszahlungen wieder in dieses System einfließen. Nur so ermöglichen die Zahlungen den Sozialleistungsträgern handlungsfähig zu sein und dadurch der Wirtschaft sozialversicherungspflichtige Beschäftigungen zu erhalten. (Bundeszentrale für politische Bildung 2021b)

Jede sozialversicherungspflichtig beschäftigte Person trägt mit ihren Beitragszahlungen zur Finanzierung des Sozialversicherungssystems bei. Dabei hat die medizinische Rehabilitation der DRV eine hohe Relevanz. Sie hat unter anderem das Ziel die versicherten Personen in ihrer Beschäftigung zu halten oder zurück in diese zu bringen, vor allem damit diese wieder aktive Beitragszahlende bleiben oder werden. (Deutsche Rentenversicherung Bund 2021a)

Seit dem Jahr 2010 nimmt der Bevölkerungsanteil in der Bundesrepublik der über 65-jährigen stetig zu. Diese Entwicklung wird laut den Hochrechnungen des Statistischen Bundesamtes bis zum Jahr 2029 anhalten und zu einer Verdopplung dieser Altersgruppe führen (s. **Anhangverzeichnis: A – Abbildung 1** und **Abbildung 2**) (destatis 2022a, 2022b). Durch die demographische Entwicklung der Bevölkerung und der gesetzlichen Anpassung des Renteneintrittsalters von 65 auf 67 Jahren steigt folglich neben dem Arbeitsalter auch der Anteil älterer versicherter Personen mit Rehabilitationsbedarf (Swart et al. 2014). Dem Grunde nach müsste dies seit 2011 zu einem sichtbaren Anstieg an Teilhabeleistungen in der DRV geführt haben. Zudem verzeichnet die DRV in den letzten 20 Jahren, wie auch bereits in den Jahren zuvor, einen kontinuierlichen Anstieg an Versicherten um circa 5 Millionen (Deutsche Rentenversicherung Bund 2021aa). Auch dies müsste einen Anstieg an Rehabilitationsleistungen zur Folge haben.

Daten der Deutschen Rentenversicherung zeigen jedoch, dass die Zahlen der bewilligten medizinischen Rehabilitationen der DRV in den Jahren 2011 bis 2020 im Durchschnitt gleichgeblieben sind. Im Berichtszeitraum der Jahre 2019 und 2020 ist die Anzahl der Bewilligungen medizinischer Rehabilitationen um 11,5% zurückgegangen. Zum einen lag dies an Umsetzungsproblemen von Rehabilitationen in der Corona Pandemie, zum anderen stellen die versicherten Personen in wirtschaftlich unsicheren Zeiten nachweislich weniger Leistungsanträge (Deutsche Rentenversicherung Bund 2021d). Auch unter dem Grundsatz „Prävention vor Rehabilitation“, also der Inanspruchnahme frühzeitiger präventiver Hilfe-Leistungen bei gesundheitlichen Beeinträchtigungen durch die versicherten Personen, führt dies u. U. zu einer Verschiebung in der Antragsituation bei den Rehabilitationen. Dagegen verzeichneten die Bewilligungen der Erwerbsminderungsrenten einen Zuwachs von 8,8% bei gleichzeitig sinkenden Antragszahlen von 5% (vgl. **Abbildung 1**, s. **Anhangverzeichnis: A – Tabelle 1**) (Deutsche Rentenversicherung 2021)

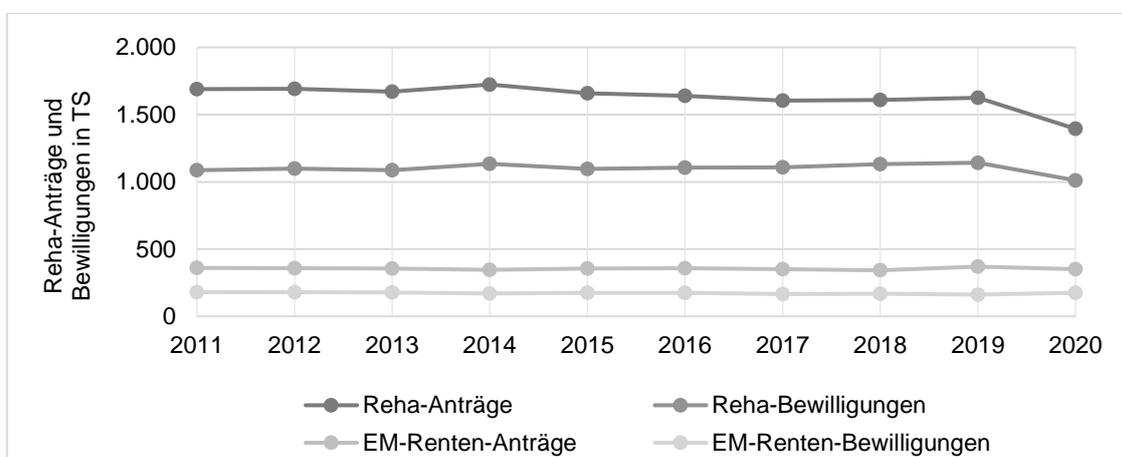


Abbildung 1: Anträge und Bewilligungen medizinischer Rehabilitationen und EM-Renten in den Jahren 2011 bis 2020 – Eigene Darstellung in Anlehnung der Zahlen der DRV (Deutsche Rentenversicherung 2021)

Ein zu erwartender Anstieg an bewilligten medizinischen Rehabilitationen, der aufgrund der Altersstruktur sowie auf Basis des Grundsatzes „Reha vor Rente“ gerecht wird, ist anhand der vorliegenden Daten nicht erkennbar.

Die DRV führt in ihren Reha-Berichten regelmäßig das Amortisationsmodell der medizinischen Rehabilitation an. Es zeigt, dass nach erfolgreicher Beendigung einer medizinischen Reha Maßnahme mit anschließender Wiederaufnahme einer Beschäftigung, die eingezahlten Rentenbeiträge und die vermiedenen Zahlungen einer Erwerbsminderungsrente die Kosten der durchgeführten Reha-Maßnahme nach durchschnittlich vier Monaten decken. Die Rehabilitationsmaßnahme hat sich damit für die DRV als Leistungsträger amortisiert. (Deutsche Rentenversicherung Bund 2022c)

Die stagnierenden Reha-Bewilligungszahlen der DRV lassen bei steigenden Versicherungszahlen erkennen, dass es mögliche Hinderungsgründe bei der Bewilligung von medizinischen Rehabilitationen gibt. Ziel der Arbeit ist es zu beschreiben, inwieweit es eine soziale Ungleichheit bei der Umsetzung des Grundsatzes „Reha vor Rente“ gibt, sowie das von der DRV beschriebene Amortisationsmodell zu erklären und exemplarisch für versicherte Personen mit unterschiedlichem sozialem Einkommens-Status darzustellen.

In der Literatur lassen sich bereits Aussagen finden, die den Punkt der sozialen Ungleichheiten im Bereich der Rehabilitations-Leistungen aufzeigen. Ob es einen Zusammenhang der sozialen Ungleichheit im Bereich der medizinischen Rehabilitation bei der Umsetzung „Reha vor Rente“ durch den Deutschen Rentenversicherungsträger gibt, wird ebenfalls in der vorliegenden Ausarbeitung untersucht. Grundlage bilden die Daten und Informationen, die anhand von Fachliteratur und Publikationen der DRV sowie durch die Analyse der von der DRV zur Verfügung gestellten Routinedaten (Scientific use Files des FDZ-RV) bestehen. Abschließend werden die soziodemographischen Daten auf das Amortisationsmodells der medizinischen Reha exemplarisch übertragen und in die Betrachtungen zur sozialen Ungleichheit integriert.

Aufgrund der Datenfülle der DRV, werden für die Betrachtung ausschließlich stationäre medizinische Leistungen unter folgenden sozialen Kriterien herangezogen: Alter, Geschlecht, Anzahl der Kinder, Familienstand, Staatsangehörigkeit, Wohnort, Bildung, Anforderungsniveau der Beschäftigung, Jahreseinkommen (als Summe der letzten drei Jahre vor dem Leistungsfall) sowie der Zahlbetrag der Erwerbsminderungsrente.

Im zweiten Kapitel werden die bestehenden Strukturen und die Finanzierung der DRV sowie die Grundsätze und Leistungen der gesetzlichen RV aufgezeigt. Das Prinzip des Amortisationsmodells der medizinischen Reha wird an einem theoretischen Modell erläutert.

Die theoretische Betrachtung der sozialen Ungleichheit sowie die aktuelle sozialen Ungleichheiten in der Bundesrepublik werden in Kapitel drei beschrieben.

Kapitel vier beschreibt die Forschungsmethodik, die mittels Literaturrecherche sowie anhand von Routinedaten des Forschungsdatenzentrums der Deutschen Rentenversicherung erfolgte. Datengrundlage bildet dabei der Scientific Use File „Versichertenrentenzugang – Erwerbsminderung und Diagnosen 2001 bis 2020“. Unter Berücksichtigung definierter Ein- und Ausschlusskriterien wurden vier Studienpopulationen von EM-Renten-Neuzugängen für die weiteren Analysen gebildet.

Im fünften Kapitel werden die Ergebnisse der analysierten Daten anhand verschiedener Studienpopulationen unter Berücksichtigung der Theorie zur sozialen Ungleichheit dargestellt und anhand des Amortisationsmodells der medizinischen Rehabilitation abgebildet. In der abschließenden Diskussion der gezeigten Ergebnisse soll in Kapitel sechs erläutert werden, inwieweit eine differenzierte Betrachtung des Amortisationsmodells in Abhängigkeit von Unterschieden in Einkommen und Rentenbeiträgen eine mögliche Ursache für die soziale Ungleichheit bei der Umsetzung des Grundsatzes „Reha vor Rente“ darstellen kann. Kapitel sieben und acht schließen die Arbeit mit dem Fazit und den Kernaussagen ab.

2 Die Deutschen Rentenversicherung im System der sozialen Sicherung

2.1 Struktur und Finanzierung der Deutschen Rentenversicherung

Die seit 133 Jahren bestehende gesetzliche Rentenversicherung ist eine der fünf Zweige der Sozialversicherung in der Bundesrepublik Deutschland (Deutsche Rentenversicherung Bund 2021h). Dabei regelt das Sozialgesetzbuch (SGB) für alle Versicherungsbereiche allgemeingültige als auch spezielle Anwendungsvorgaben. Zu den gesetzlichen Versicherungsbereichen zählen (Deutsche Rentenversicherung Bund 2021j):

- die Arbeitsförderung (SGB III),
- die Krankenversicherung (SGB V),
- die Rentenversicherung (SGB VI),
- die Unfallversicherung (SGB VII) und
- die Pflegeversicherung (SGB XI).

Die Versicherungszweige fangen entsprechend ihres Aufgabenbereiches die Risiken von Krankheiten, Erwerbsminderung, Pflege, Unfällen und Arbeitslosigkeit ab. Der Versicherungsschutz erstreckt sich grundsätzlich auf alle Lebensabschnitte. Im Versicherungsfall werden dann kurz- oder langfristige sachliche oder finanzielle Hilfeleistungen durch den oder die zuständigen Leistungsträger erbracht. Leistungsträger sind neben der Deutschen Rentenversicherung Bund mit ihren Regionalträgern, die Agenturen für Arbeit, die Kranken- und Pflegekassen sowie die Berufsgenossenschaften. (Deutsche Rentenversicherung Bund 2021v)

In der DRV sind grundsätzlich alle erwerbstätigen Bürger:innen Kraft Gesetz, in Form der Pflichtversicherung, oder als freiwillige Beitragszahlende versichert. Dazu zählen neben den Arbeitnehmer:innen unter anderem auch Handwerker:innen, Sozialleistungsempfänger:innen, Kindererziehende, Künstler:innen und Publizist:innen sowie Selbständige. Das SGB VI zählt alle pflichtversicherten Personen sowie die von der Versicherung ausgeschlossenen Personenkreise abschließend auf. Auch Haushaltsführende und Schüler:innen können Beiträge einzahlen, um Leistungsansprüche zu erwerben. (Deutsche Rentenversicherung Bund 2021g)

Die Deutsche Rentenversicherung hat aufgrund ihrer finanziellen Umschlagsmengen große volkswirtschaftliche Bedeutung und stellt daher den größten und bedeutendsten Zweig der Sozialversicherung dar (Deutsche Rentenversicherung Bund 2021e). Als rechtsfähige Körperschaften des öffentlichen Rechts erfüllen die Versicherungsträger im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben eigenständig ihre Aufgaben. Die DRV wird durch seine Mitglieder, den versicherten Personen und Rentner:innen als auch den Arbeitgebenden, selbstbestimmt verwaltet (Deutsche Rentenversicherung Bund 2021z).

2.1.1 Historische Entwicklung und Aufbau der DRV

Die Deutsche Rentenversicherung hat sich in den zurückliegenden 760 Jahren schrittweise seit Mitte des 13. Jahrhunderts als ein wesentlicher Pfeiler der deutschen Sozialversicherung entwickelt. Aufgrund der Industrialisierung als auch weltpolitischer Ereignisse, wie Kriegen und wirtschaftlichen Aufschwung, passt sie sich stetig den Anforderungen der Arbeitswelt sowie den Bedürfnissen der Fürsorgeberechtigten für deren soziale Sicherung an (Deutsche Rentenversicherung Bund 2021n).

Allen Anfang nahm der konkrete Sicherungsgedanke in der Rentenversicherung am 28.12.1260, in der Zeit des Spätmittelalters, mit der urkundlichen Niederschrift durch den Hildesheimer Bischof Johann I. von Brakel. Erstmals wurde eine Fürsorgevereinbarung im Bergbau schriftlich festgehalten, die Krankheit, Unfälle und Hinterbliebenenversorgung einschloss. Das Zeitalter der Industrialisierung brachte Ende des 18. Jahrhunderts einen Prozess der Neuorientierung in der sozialen Sicherung in Gang. Die im Versorgungsfall vormals noch durch Zünfte und Gilden unterstützten Arbeitenden, wurden nicht mehr erreicht. Der Preußische Staat ließ daher neben der staatlichen Armenpflege (lt. Preußisch Allgemeines Landrecht vom 5.2.1794) im Jahr 1854 die erste knappschaftliche Versicherung einführen. Durch die verpflichtenden Beitragszahlungen der Bergleute konnten diese festgelegte Mindestleistungen der Knappschaft erhalten. Dennoch war die Versorgung des größten Teils der arbeitenden Bevölkerung nicht gewährleistet, so dass knapp dreißig Jahre später, am 17.11.1881, die Kaiserliche Botschaft von Kaiser Wilhelm I. durch Otto von Bismarck verlesen wurde. Diese „Magna Charta“ war der Auftakt der deutschen Sozialversicherung. Sie regelte den Anspruch der versicherten Arbeitenden zur Absicherung bei Krankheit, betrieblichen Unfällen sowie den daraus resultierenden Schäden als auch sich ergebende Ansprüche nach dem Arbeitsleben. In den Folgejahren wurde durch die Schaffung der gesetzlichen Grundlagen für die gesetzliche Kranken- und Unfallversicherung die Umgestaltung des bestehenden Sicherungssystems vorangetrieben. Im Jahr 1889 folgte das Gesetz zur Invaliditäts- und Alterssicherung – die gesetzliche Rentenversicherung war geboren. Ab dem 1.1.1891 bestand *„ab dem 16. Lebensjahr für alle Arbeiter, Gehilfen, Gesellen, Lehrlinge oder Dienstboten und für Angestellte mit einem Jahresverdienst bis zu 2000 Mark“* (Deutsche Rentenversicherung Bund 2021h) Versicherungspflicht. Dabei wurden, wie es auch heute der Regelfall ist, die Beiträge von beiden Parteien, dem Arbeitnehmenden und den Arbeitgebenden, jeweils zu gleichen Anteilen getragen. Weitere Reformierungsprozesse führten 1911 zur Neubildung eines gemeinsamen Gesetzbuches. Zu den gesetzlichen Regelungen der drei bestehenden Versicherungszweige, beinhaltete dieses Buch nun auch gemeinsame

Vorschriften und Regelungen zu Verfahren und Zuständigkeiten der Versicherungsträger. Die bis dato nicht versicherten, besserverdienenden Angestellten waren ab dem 1.1.1913 durch das 1911 begründete Versicherungsgesetz für Angestellte, in einer eigenen Reichsversicherungsanstalt für Angestellte, versichert. (Deutsche Rentenversicherung Bund 2021r)

Der erste Weltkrieg und die Weltwirtschaftskrise leiteten weitere Reformschritte in der Rentenversicherung ein. Ausbleibende Beitragseinnahmen, ein massiver Ausgabenanstieg an Hinterbliebenen- und Versehrtenrenten sowie die Inflation zwangen neben der Kürzung von Renten zur Neuordnung der Finanzierung mittels Umlageverfahren sowie den Ausgleich von finanziellen Einbußen durch staatliche Beihilfen. Die Zeit nach dem zweiten Weltkrieg war in den 50er Jahren durch das „Wirtschaftswunder“ geprägt. Die Wirtschaft wuchs stark, so dass auch der Wohlstand in der Bevölkerung wieder zunahm. An dieser positiven finanziellen Entwicklung sollten auch die Rentenbeziehenden fortwährend teilhaben. Die Rentenversicherung wurde dahingehend ab 1957 im Sinne der Gleichbehandlung für die versicherten Beitragszahlenden als auch für die Rentner:innen neu geordnet. Weitere Personengruppen, wie die der Hausfrauen und der Selbständigen, wurden in die gesetzliche RV mit einbezogen. Die Rentner:innen erhielten eine ihren zeitlich erwirtschafteten Verdienstbezügen entsprechend angepasste Rentenzahlung, die durch die neu eingeführte Rentenformel berechnet wurde. (Deutsche Rentenversicherung Bund 2021i)

Anfang der 1990er Jahre zeigte sich aufgrund des Wandels des Arbeitsmarktes ein Ungleichgewicht in der Verteilung der Versicherungsnehmenden aus zunehmend mehr Angestellten und weniger Arbeitern. In Folge der daraus entstandenen Ungleichverteilung bei den eingenommenen Beiträgen sowie den zu zahlenden Leistungen durch die RV-Träger. Im Jahr 2005 wurden dann im Zuge der Organisationsreform in der RV die 26 für sie tätigen Leistungsträger, bestehend aus der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte, den 22 Landesversicherungsanstalten, der Seekasse, der Bundesknappschaft sowie der Bahnversicherungsanstalt, in die neu gegründete Deutsche Rentenversicherung überführt. Ihre Aufgaben wurden nun durch den Bundesträger, den DRV-Bund und der DRV Knappschaft-Bahn-See, sowie den 14 Regionalträgern wahrgenommen. (Dr. Dieter Göbel)

2.1.2 Die Finanzierung der DRV

Die finanziellen Umschlagmengen der DRV betragen zwei Drittel des Bundeshaushalts (547,7 Mrd. in 2021). Im Jahr 2020 standen in der DRV 334,4 Mrd. Euro an Einnahmen 338,3 Mrd. Euro an Ausgaben gegenüber. Die DRV verwendet 90% (303,7 Mrd.) aller Ausgaben für die Zahlung von Renten. Nur gut 2% (6,9 Mrd.) der Ausgaben werden den Leistungen zur Teilhabe zugeführt, 6,8% (23,1 Mrd.) werden der Krankenversicherung der Rentner:innen und 1,2% (4,2 Mrd.) den Verwaltungsausgaben zugeschrieben (Deutsche Rentenversicherung Bund 2021e).

Die Deutsche Rentenversicherung finanziert sich durch die Einnahmen aus den Rentenversicherungsbeiträgen und dem Bundeszuschuss. Dabei agieren die Rententräger als Finanzverbund. Die laufenden Ausgaben für Rentenzahlungen, Teilhabeleistungen sowie sonstige Ausgaben, wie die Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung der Rentner werden in Abhängigkeit der Einnahmequote durch die Träger im Kalenderjahr gemeinsam getragen. Dabei werden laufend eingehende Beitragszahlungen direkt als Rente ausgezahlt (sog. Umlageverfahren). Aufgrund der Beitragszahlungen erwerben die versicherten Personen einen Anspruch auf Leistungen aus der DRV. Ihre späteren Rentenzahlungen werden nun wiederum durch die Beitragszahlungen der nachfolgenden Generation finanziert. Diese gelebte Vereinbarung wird Generationenvertrag genannt (Deutsche Rentenversicherung Bund 2021l).

Die Bemessung der Rentenbeiträge richtet sich bei Pflichtversicherten nach dem erzielten Arbeitsentgelt. Der Arbeitgebende und der Arbeitnehmende tragen die Rentenbeiträge in Abhängigkeit dieses Arbeitsentgelts und des Beitragssatzes grundsätzlich hälftig. Freiwillig versicherte Personen und selbständig tätige Personen tragen ihren Beitrag in voller Höhe allein, wobei die freiwilligen Beitragszahlenden die Höhe der Beiträge selbst festlegen können. Für die Zeiten der Kindererziehung sowie für freiwillige Wehrdienstleistende werden die Beiträge durch den Bund entrichtet. Bei geringfügig Beschäftigten (sog. Geringverdiener) zahlt der Arbeitgebende einen Pauschalbetrag. Dieser Beitrag kann durch den Arbeitnehmenden aufgestockt werden, wenn vorab auf Antrag ein Verzicht auf die Versicherungsfreiheit gestellt wurde. (Deutsche Rentenversicherung Bund 2021m) Finanzielle Sonderregelungen in einem Übergangsbereich gelten für Verdienste, die über der Geringfügigkeitsgrenze liegen (s. **Anhangverzeichnis: B – Abbildung 1**). Arbeitnehmende sollen dadurch beim Erwerb von Rentenanwartschaften gegenüber Besserverdienenden nicht schlechter gestellt werden (DRV 2022a).

Rentenbeiträge müssen grundsätzlich nur bis zur gesetzlich festgelegten Beitragsbemessungsgrenze (BBG) an die Krankenkasse als Einzugsstelle durch den Arbeitgeber abgeführt werden. Freiwillig Versicherte und Selbständige entrichten ihre Beiträge direkt an den RV-Träger (Deutsche Rentenversicherung Bund 2021m). Aktuell liegt die Obergrenze für die Beitragsberechnung in den alten Ländern bei monatlich 7.050 Euro, in den neuen Bundesländern (Ost) bei monatlich 6.750 Euro (Deutsche Rentenversicherung Bund 2022b).

Ein weiterer Bestandteil zur Finanzierung stellt der steuerfinanzierte Bundeszuschuss dar. Er trägt die Ausgaben für Rentenanteile, denen keine oder wenige Beiträge zugrunde liegen (sog. versicherungsfremden Leistungen). Hierzu zählen Berücksichtigungszeiten für Kinder, Ersatz-, Anrechnungs- und Zurechnungszeiten. (Deutsche Rentenversicherung Bund 2021l), (Deutsche Rentenversicherung Bund 2021x)

Ergeben sich in der Finanzierung Überschüsse aus Betriebsmitteln und Rücklagen, werden diese durch die Träger der DRV in einer gemeinsamen Nachhaltigkeitsrücklage gesammelt. Diese Reserve dient dem Ausgleich von finanziellen Defiziten. (Deutsche Rentenversicherung Bund 2021y).

Kommt es trotz der Beitragseinnahmen und des Bundeszuschusses dennoch zu einem finanziellen Defizit, um die Ausgaben des folgenden Jahres zu decken, hilft der Bund mit der Bundesgarantie diese Lücke zu schließen (Deutsche Rentenversicherung Bund 2021x).

Da die Einnahmen und die Ausgaben der DRV stark von der demografischen Entwicklung sowie der Beschäftigungsquote auf dem Arbeitsmarkt abhängen, ist es erforderlich die Umlagefinanzierung über den Beitragssatz zu regeln. Damit jedoch die Bundesregierung den gesetzlichen Beitragssatz zur RV festlegen kann, ist sie auf die fachliche Beratung des Schätzerkreises angewiesen. Dieser setzt sich aus Finanzexperten des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales, dem DRV-Bund sowie dem Bundesversicherungsamt zusammen. Durch deren Abschätzungen zu künftigen Einnahmen und Ausgaben der DRV erfolgt dann die Beitragssatzfestlegung. (Deutsche Rentenversicherung Bund 2020b) Aktuell bemisst sich der Beitragssatz auf 18,6 Prozent des Arbeitsentgelts oder Arbeitseinkommens. (Deutsche Rentenversicherung Bund 2022d)

Auch durch die schrittweise Anhebung der Altersgrenzen der Renten von 65 auf 67 Jahre ist gewährleistet, dass kommende Rentenzahlungen aufgrund demographisch bedingt längerer Rentenbezugszeiten längere Beitragseinzahlungen gewährleisten und so die Renten für die zukünftig stark anwachsende Gruppe der Rentenbezieher gesichert sind. (RD Rudi Mollenhauer 2006)

2.2 Grundsätze und Leistungen der gesetzlichen Rentenversicherung

Damit dem Versicherten im Versorgungsfall Ansprüche auf Leistungen der DRV zu Teil werden, bedarf es einer Erfassung der individuellen Versicherungszeiten sowie der Höhe an geleisteten Beiträgen. Die Angaben dazu werden im Versicherungskonto erfasst. (Deutsche Rentenversicherung Bund 2021o)

Mit Beginn der erstmaligen Aufnahme einer Beschäftigung wird jedem Versicherten eine Sozialversicherungsnummer zugeteilt. Diese ist gleichzeitig die Versicherungsnummer für das Renten-Versicherungskonto. Alle notwendigen persönlichen Angaben sowie rentenrechtlichen Zeiten werden hier hinterlegt. Dazu zählen: die Beitragszeiten, die beitragsfreien Zeiten und die Berücksichtigungszeiten. Diese sind entscheidend für Rentenansprüche als auch Bestandteil bei Leistungsanträgen zur Prüfung der versicherungsrechtlichen Voraussetzungen. (Deutsche Rentenversicherung Bund 2021o)

Eine Leistung der Deutschen Rentenversicherung ist die finanzielle Sicherung der Beitragszahlenden im Alter durch Renten, den sog. Renten wegen Alters. Weitere wichtige Leistungen können bereits während des aktiven Berufslebens durch die Versicherten selbst oder deren Angehörige in Anspruch genommen werden. Diese sind (Deutsche Rentenversicherung Bund 2021k):

- *„Leistungen zur Prävention, zur medizinischen Rehabilitation, zur Teilhabe am Arbeitsleben, zur Nachsorge sowie sonstige Leistungen zur Teilhabe einschließlich wirtschaftlicher Hilfen,*
- *Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit,*
- *Renten wegen Todes,*
- *Witwen- und Witwerrentenabfindungen sowie Beitragserstattungen,*
- *Zuschüsse für die Aufwendungen für die Krankenversicherung und*
- *Leistungen für Kindererziehung.“*

Die Leistungen werden durch die DRV nicht von Amts wegen bei Erfüllen der gesetzlichen Voraussetzungen erbracht, sondern bedürfen grundsätzlich immer eines Antrags der versicherten oder hinterbliebenen Personen beim zuständigen Rententräger. Nach Prüfung der persönlichen und versicherungsrechtlichen Voraussetzungen erlässt der Rententräger zur beantragten Sache nach Ablauf von vier Wochen einen rechtskräftigen Bescheid (Deutsche Rentenversicherung Bund 2021s).

Oberstes Ziel der Rentenversicherung ist es, unter dem neuen Grundsatz „Teilhabeleistung vor Rente“ – also „Prävention vor Rehabilitation“ sowie „Reha vor Rente“, den Versicherten so lange wie möglich als aktiven Beitragszahler durch die Ausübung einer Erwerbstätigkeit zu begleiten (Deutsche Rentenversicherung Bund 2021b).

2.2.1 Der Grundsatz „Reha vor Rente“

Jeder Mensch sollte gleichberechtigt am Leben in der Gesellschaft und am Arbeitsleben teilhaben können. Die Teilhabe bezieht sich dabei auf alle Bereiche des Lebens und ist bei Drohen oder Vorliegen einer physischen, psychischen oder geistigen Behinderung, gefährdet oder ausgeschlossen. (Eikötter 2017)

Damit die Teilhabe am Erwerbsleben wieder möglich ist und die Zahlung einer Erwerbsminderungsrente vermieden wird, bietet die DRV unter dem Grundsatz „Reha vor Rente“ (neu: „Teilhabeleistung vor Rente“) spezielle Teilhabeleistungen an, die dazu beitragen die Erwerbsfähigkeit auf Dauer zu erhalten, zu verbessern oder wiederherzustellen (Deutsche Rentenversicherung Bund 2021p). Zu den gesetzlichen Teilhabeleistungen der DRV gehören laut § 9 Abs. 1 SGB VI:

- Leistungen zur Prävention,
- Leistungen zur medizinischen Rehabilitation,
- Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (vormals berufliche Rehabilitation),
- Leistungen zur Nachsorge,
- Ergänzende Leistungen.

„Die Rehabilitation soll laut Gesetz die „Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit“ beseitigen beziehungsweise das „vorzeitige Ausscheiden aus dem Erwerbsleben“ verhindern oder hinausschieben. Darum haben Leistungen zur Rehabilitation immer Vorrang vor der Zahlung einer Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit. Nur wenn eine Rehabilitationsleistung dieses Ziel voraussichtlich nicht erreichen kann, kann eine vorzeitige Rente gezahlt werden (Deutsche Rentenversicherung Bund 2020e).

Es gilt daher nach §§ 42 – 47 a SGB IX i. V. m. § 9 SGB VI der Grundsatz „Teilhabeleistung vor Rente“.

Damit die Berufstätigkeit nicht durch das Entstehen von chronischen Krankheiten wie zum Beispiel Bluthochdruck oder Diabetes gefährdet wird (Deutsche Rentenversicherung Bund 2020a), können bereits Präventionsmaßnahmen nach § 14 SGB VI, also vorbeugende Maßnahmen in Anspruch genommen werden. Liegt jedoch bereits eine gesundheitliche Beeinträchtigung vor und soll die Ausübung des Berufs weiter erfolgen oder eine Arbeit neu aufgenommen werden, kommen die Teilhabeleistungen in Form der medizinischen Rehabilitation nach § 15 SGB VI oder als Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben nach § 16 SGB VI in Frage. Auch für Kinder können Teilhabeleistungen nach § 15 a SGB VI bereits in Betracht kommen, wenn dadurch eine zukünftige Erwerbstätigkeit sichergestellt werden kann. (Deutsche Rentenversicherung Bund 2020d)

Liegt bereits eine Erwerbsminderung (sog. Leistungsfall) vor, kann trotz Antragstellung auf eine Teilhabeleistung eine EM-Rente gewährt werden, wenn die Aussicht auf Besserung der vorhandenen Erwerbsfähigkeit unwahrscheinlich ist bzw. die Reha-Leistung nicht zum Erfolg geführt hat. In diesen Fällen wird der gestellte Antrag auf eine Teilhabeleistung von der versicherten Person in einen Rentenantrag umgedeutet nach (§ 116 SGB VI) (Deutsche Rentenversicherung Bund 2021w). Dabei wird zwischen der teilweisen und vollen Erwerbsminderung unterschieden. Die Arbeitsfähigkeit beträgt bei den Versicherten weniger als 3 Stunden beziehungsweise zwischen 3 und 6 Stunden am Tag. Um die noch vorhandene Arbeitsfähigkeit weiter zu erhalten oder zu verbessern, steht einem laufenden Erwerbsminderungsrentenbezug daher die Prüfung auf und die Durchführung von Rehabilitationsleistungen grundsätzlich nichts entgegen (§ 15 (1) S. 2 SGB VI) (Deutsche Rentenversicherung Bund 2020f). EM-Renten werden daher grundsätzlich für die Dauer von längstens drei Jahren befristet bewilligt und beginnen nach Ablauf des sechsten Kalendermonats nach Eintritt des Leistungsfalls. Ist es aus ärztlicher Sicht unwahrscheinlich, dass sich die gesundheitliche Beeinträchtigung des Versicherten bessert, kann die EM-Rente auch auf Dauer gewährt werden (Deutsche Rentenversicherung Bund 2021f).

2.2.2 Leistungen zur Teilhabe – Die Leistung zur medizinischen Rehabilitation

Die medizinische Rehabilitation ist eine Teilhabeleistung der DRV und wird auf Antrag des Versicherten bei Vorliegen der persönlichen und versicherungsrechtlichen Voraussetzungen sowie dem Fehlen von Ausschlussgründen erbracht. Die Voraussetzungen und Ausschlussgründe werden folgend beschrieben. Ziel der Rehabilitation ist es, den Versicherten mit einer bereits geminderten oder erheblich gefährdeten Erwerbsfähigkeit für das Berufsleben wieder leistungsfähig zu machen. Dabei soll die Erwerbsfähigkeit wesentlich gebessert, wiederhergestellt oder eine Verschlechterung dieser abgewendet werden. (Deutsche Rentenversicherung Bund 2020e)

Medizinische Rehabilitationen werden wohnortnah ambulant, teilstationär oder wohnortfern stationär in krankheitsspezifischen Rehabilitationseinrichtungen erbracht. Überwiegend betrifft dies Versicherte mit Erkrankungen des Bewegungsapparates, Krankheiten des Herz- und Kreislaufsystems, psychiatrischen Krankheitsbildern sowie Krebserkrankungen. Die Rehabilitationen werden größtenteils stationär mit einer Dauer von 3 Wochen in Anspruch genommen. Fallspezifische Verlängerungen sind möglich, wenn dadurch das Ziel der Rehabilitation erreicht wird (Deutsche Rentenversicherung Bund 2021c).

Grundsätzlich erbringt die DRV eine medizinische Rehabilitation frühestens nach 4 Jahren, außer dringende gesundheitliche Gründe begründen eine zeitigere Durchführung. Die Kosten für die Rehabilitation trägt die DRV. Die Versicherten beteiligen sich bei stationären Aufenthalten mit einer einkommensabhängigen Zuzahlung, aktuell in Höhe von maximal 10 Euro pro Tag, für Verpflegung und Unterkunft (Deutsche Rentenversicherung Bund 2020c).

Inhalte der medizinischen Leistungen sind individuell und krankheitsspezifisch mit dem Rehabilitand festzulegen und betreffen insbesondere (Deutsche Rentenversicherung Bund 2021q):

- die ärztliche Behandlung,
- Arznei- und Verbandmittel,
- Heilmittel, physikalische Therapie, Logopädie, Ergotherapie,
- psychologische und psychiatrische Psychotherapie,
- Körperersatzstücke sowie Hilfsmittel,
- Belastungserprobung und Arbeitstherapie.

Damit der Teilhabeantrag für eine medizinische Reha durch den Rentenversicherungsträger bewilligt werden kann, müssen bei Antragstellung die persönlichen (§ 10 SGB VI) und versicherungsrechtlichen (§ 11 SGB VI) Voraussetzungen des Versicherten erfüllt sein und es dürfen keine gesetzlichen Ausschlussgründe (§ 12 SGB VI) vorliegen (Deutsche Rentenversicherung Bund 2021p).

Die persönlichen Voraussetzungen werden mittels einer ärztlichen Stellungnahme, zum Beispiel durch den behandelnden Haus- oder Facharzt, erbracht und müssen nachweisen, dass beim Antragstellenden (Bundesministerium der Justiz 2022e):

- aufgrund einer Krankheit oder einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung die Erwerbsfähigkeit erheblich gefährdet oder vermindert ist und
- bei einer erheblichen Gefährdung der Erwerbsfähigkeit diese durch die Reha voraussichtlich abgewendet werden kann sowie
- bei schon geminderter Erwerbsfähigkeit diese wesentlich gebessert, wiederhergestellt oder eine Verschlechterung durch die Reha abgewendet werden kann.

Die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen sind erfüllt, wenn der Versicherungsnehmers bereits eine große Witwen-/Witwerrente wegen Erwerbsminderung oder eine Erwerbsminderungsrente von der DRV erhält beziehungsweise die 15-jährige Wartezeit, erfüllt hat. Die Voraussetzungen liegen auch vor, wenn zum Beispiel in den letzten zwei Jahren vor der Antragstellung mindestens sechs Monate Pflichtbeiträge eingezahlt wurden. (Bundesministerium der Justiz 2022f)

Die Erbringung der Leistung ist jedoch ausgeschlossen, wenn gesetzlich genannter Ausschlussgründe vorliegen. Dann liegt zum Beispiel die Zuständigkeit im Bereich eines anderen Leistungsträgers wie der Unfall- oder Krankenkasse. Ausschlussgründe liegen vor (Bundesministerium der Justiz 2022g):

- Durch einen Arbeitsunfall oder eine Berufskrankheit bestehender Rehabilitationsbedarf,
- Eine Altersrente wurde beantragt oder wird von mindestens zwei Dritteln bezogen,
- Es liegen beamtenrechtliche Versorgungsansprüche vor,
- Es besteht ein regelmäßiger Leistungsbezug bis zu Beginn einer Altersgrenze.

2.3 Das Amortisationsmodell der medizinischen Rehabilitation

Die Deutsche Rentenversicherung erbringt Rehabilitations-Leistungen um dem Versicherten die Teilhabe im Arbeitsleben weiter zu ermöglichen, damit weiter aktiv Rentenbeiträge eingezahlt werden und um anfallende Kosten für Erwerbsminderungsrenten zu verhindern oder bestenfalls hinauszuschieben (Schneider 1989).

Bei der Erbringung medizinischer Reha-Leistungen fallen der DRV wie eingangs in Kapitel 2 genannt, nicht unerhebliche Kosten an. Diese Kosten werden durch die Versicherungsgemeinschaft getragen und betragen im Jahr 2020 knapp 4,25 Mrd. Euro. Dies entspricht einem Anteil von etwa zwei Drittel aller Leistungen zur Teilhabe. Im Vergleich dazu liegt im Jahr 2020 das Verhältnis aller Ausgaben für Leistungen zur Teilhabe i. H. von 7,03 Mrd. Euro (Deutsche Rentenversicherung Bund) zu den geleisteten Erwerbsminderungsrenten i. H. von 20,56 Mrd. Euro bei 1:3 (Deutsche Rentenversicherung Bund). Daher sollte die Leistungserbringung nach § 13 (1) SGB VI (Bundesministerium der Justiz 2022h) auch unter dem Gesichtspunkt der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit betrachtet werden.

Zur allgemeinen Darstellung des Kosten-Nutzen-Verhältnisses medizinischer Rehabilitationen bedient sich die DRV der nach *Schneider* entwickelten Kosten-Nutzen-Darstellung - dem Modell der Amortisation (Deutsche Rentenversicherung Bund). Diesen Kosten-Nutzen Mechanismus stellt *Schneider* für Herzinfarkt-rehabilitanden wie folgt dar (Schneider 1989):

$$K_r < K_e + B$$

Eine Rehabilitationsmaßnahme ist danach nur dann wirtschaftlich, wenn der Versicherte durch die Beitragszahlungen (B) aufgrund Wiederaufnahme einer Beschäftigung und den damit verbundenen Einsparungen aufgrund der Nichterbringung einer Erwerbsminderungsrente (K_e) die durchschnittlichen Kosten der erbrachten Rehabilitation (K_r) decken.

Abbildung 2 stellt folgend das Amortisations-Modell beispielhaft dar. Die zugrunde gelegten Zahlen sind an die tatsächlichen Zahlen der DRV des Reha-Berichts aus dem Jahr 2019 angelehnt.

Zuzahlungen der Versicherten, Ausgaben für Übergangsgelder und Sozialversicherungsbeiträge sowie angefallene Kosten der Verwaltung werden in der Berechnung nicht mitberücksichtigt. Die Höhe der Erwerbsminderungsrente entspricht dem durchschnittlichen Rentenzahlbetrag der Erwerbsminderungsrenten-Neuzugänge (volle und teilweise Erwerbsminderungsrenten) des Berichtsjahres (Deutsche Rentenversicherung Bund).

Die Kosten einer durchgeführten Rehabilitation können aufgrund der erkrankungsspezifischen Behandlungsdauer (physisch, psychisch, Suchterkrankung) und der Erbringungsart (ambulant oder stationär) um mehrere tausend Euro variieren und stellen Durchschnittswerte der DRV dar.

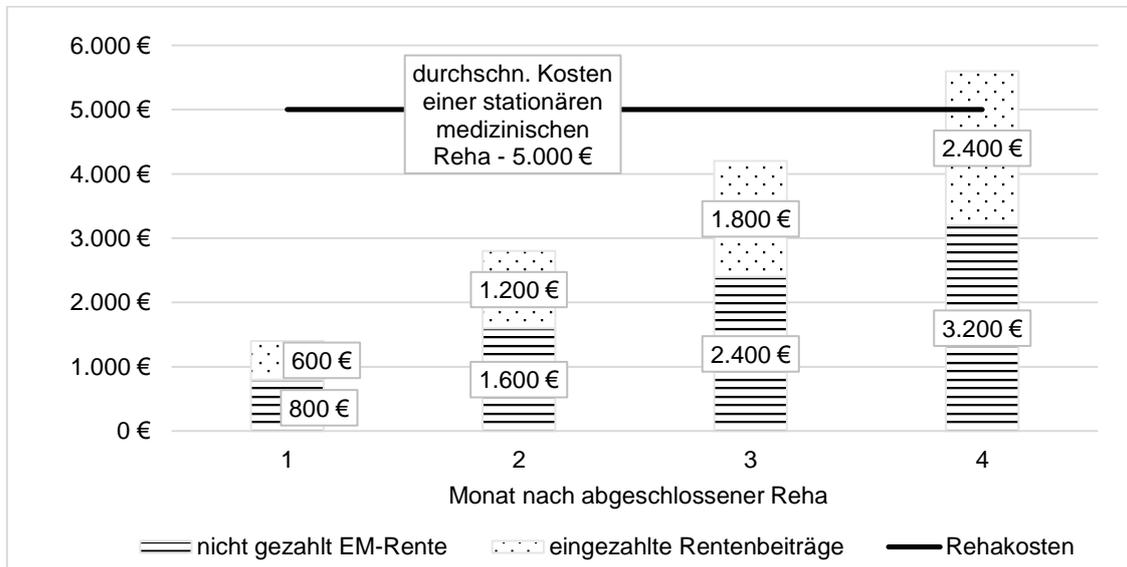


Abbildung 2: Amortisationsmodells der medizinischen Rehabilitation – Zahlen und Darstellung in Anlehnung der DRV aus dem Jahr 2019 (Deutsche Rentenversicherung Bund)

Wie in **Abbildung 2** sowie **Tabelle 1** erkennbar, haben sich die direkten Kosten der durchgeführten und abgeschlossenen medizinischen Reha nach 4 Monaten für die DRV amortisiert. Der Nutzen setzt sich aus dem kumulierten durch den Rehabilitanden gezahlten monatlichen Rentenversicherungs-Beitrag (600 €) sowie der vermiedenen Zahlung einer Erwerbsminderungsrente (800 €) des RV-Trägers zusammen. Die bis zum 4. Monat eingenommenen Renten-Beiträge (2.400 €) und die vermiedenen Zahlungen einer Erwerbsminderungsrente (3.200 €) stellen dabei den Nutzen (5.600 €) dar und decken die entstandenen Reha-Kosten (5.000 €) nach vier Monaten vollständig ab.

Tabelle 1: Kosten und Nutzen des Amortisationsmodells – eigene Darstellung

Monat nach der abgeschl. Reha	1	2	3	4
Kumulierter Renten-Beitrag	600 €	1.200 €	1.800 €	2.400 €
Kumulierte vermiedene EM-Rentenzahlung	800 €	1.600 €	2.400 €	3.200 €
Nutzen	1.400 €	2.800 €	4.200 €	5.600 €
Reha-Kosten	5.000 €	5.000 €	5.000 €	5.000 €
Verbleibende Reha-Kosten bzw. „Gewinn“	3.600 €	2.200 €	800 €	„Gewinn“ 600 €

Wird eine Erwerbsminderungsrente durch die medizinische Reha abgewendet oder um mindestens vier Monate verzögert, konnten die Kosten der erbrachten Reha somit gedeckt werden.

Besteht die Beschäftigung über diesen 4-Monatszeitraum hinaus fort, kommt es dadurch zu weiteren Beitragszahlungen in der Sozialversicherung, die Arbeitskraft bleibt dem Arbeitsmarkt erhalten, Krankheitszeiten wurden reduziert und andere Sozialleistungsträger bei der Bereitstellung von Leistungen geschont.

Schneider weist bereits bei seiner ersten Darstellung des Amortisationsmodells darauf hin, dass dem Modell Durchschnittswerte für die Beitragszahlungen und EM-Rentenzahlungen zugrunde liegen und Geringverdienende zur Amortisierung der Rehabilitationskosten eine längere Erwerbstätigkeit nach Inanspruchnahme der Reha-Maßnahme notwendig ist:

„In sozialer Hinsicht ist zu beachten, dass eine individuelle Gegenüberstellung von Leistungen und Beiträgen Geringverdiener benachteiligt. Denn um die Rehabilitationskosten durch zusätzliche Erwerbsmonate zu erwirtschaften, sind in den unteren Einkommensschichten mehr Monate als in den oberen Einkommensschichten notwendig.“ (Schneider 1989)

Die Deutsche Rentenversicherung greift in ihren regelmäßig veröffentlichten Reha-Berichten unter dem Punkt der medizinischen Rehabilitation das Amortisationsmodell auf. Die folgenden **Abbildung 3** bis **Abbildung 6** zeigen die Kostenentwicklungen im Zeitverlauf der Jahre 2008 bis 2019 jeweils im ersten, zweiten, dritten und vierten Monat nach der Rehabilitation auf. Die Daten für die Variablen „nicht gezahlte EM-Rente“, „Beitragseinnahmen“ und „durchschnittliche Reha-Kosten“ sind den veröffentlichten Reha-Berichten und dem Reha-Atlas der DRV entnommen (vgl. **Tabelle 2**).

Tabelle 2: Amortisationsmodell der Jahre 2008 bis 2019 – Quellen-Nachweise

Reha Bericht	Amortisations-Variablen des Jahres	Quellen-Nachweis
2010	2008	(Deutsche Rentenversicherung Bund)
2012	2010	(Deutsche Rentenversicherung Bund)
2013	2012	(Deutsche Rentenversicherung Bund)
2018	2016	(Deutsche Rentenversicherung Bund)
2019	2018	(Deutsche Rentenversicherung Bund)
Reha-Atlas	Amortisations-Variablen des Jahres	
2020	2019	(Deutsche Rentenversicherung Bund)

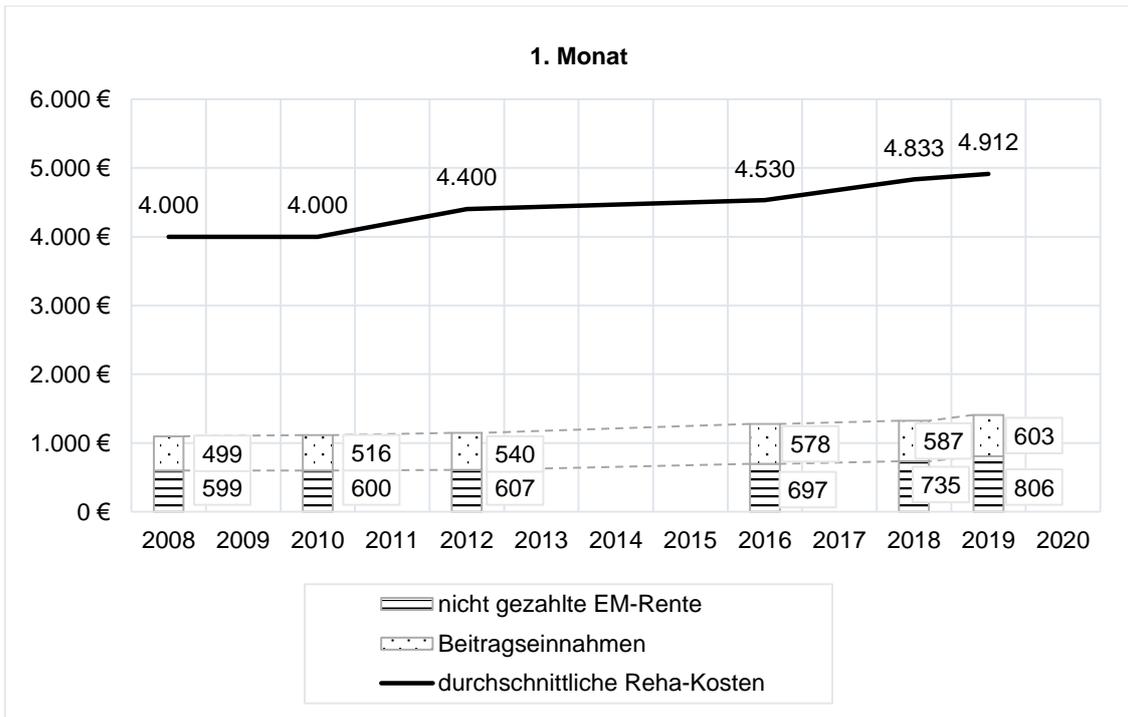


Abbildung 3: Amortisationsmodell 1. Monat nach Reha (2008 bis 2020) – eigene Darstellung nach den Zahlen der DRV (Quellen vgl. **Tabelle 2**)

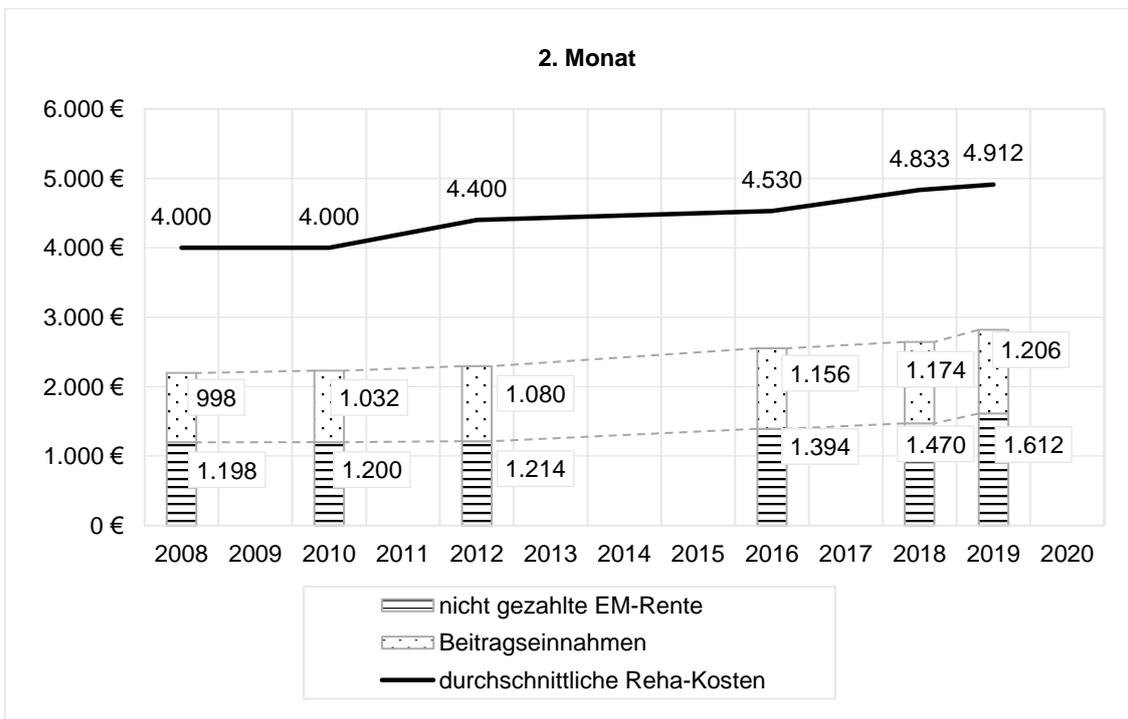


Abbildung 4: Amortisationsmodell 2. Monat nach Reha (2008 bis 2020) – eigene Darstellung nach den Zahlen der DRV (Quellen vgl. **Tabelle 2**)

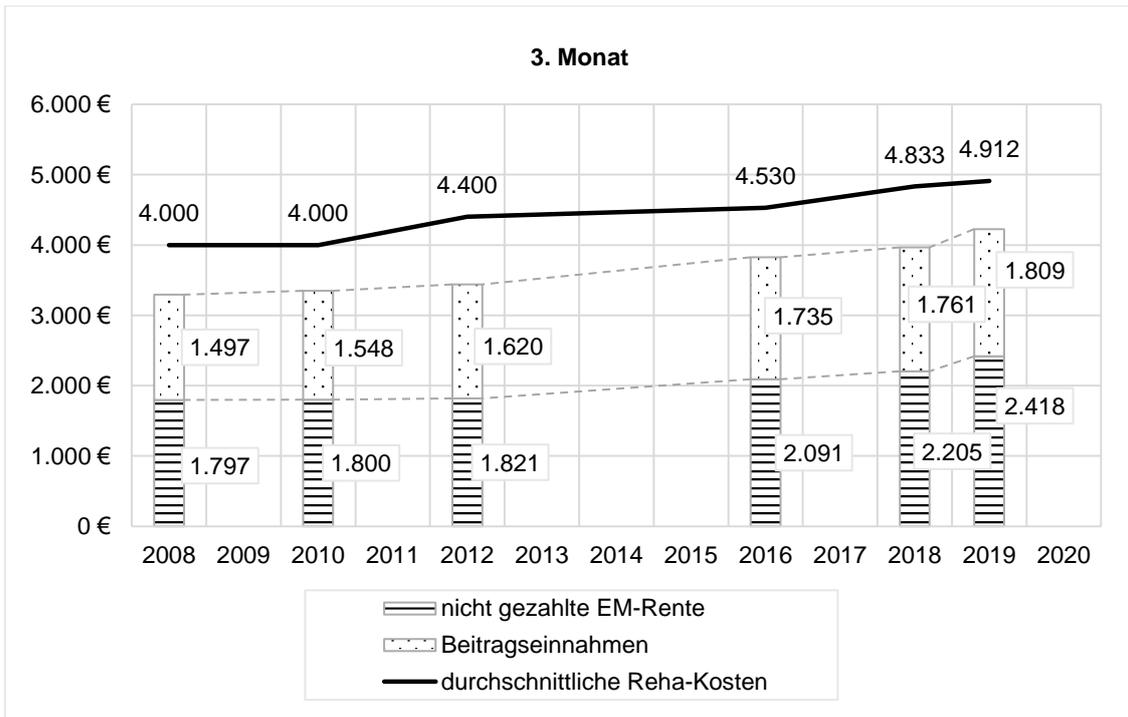


Abbildung 5: Amortisationsmodell 3. Monat nach Reha (2008 bis 2020) – eigene Darstellung nach den Zahlen der DRV (Quellen vgl. **Tabelle 2**)

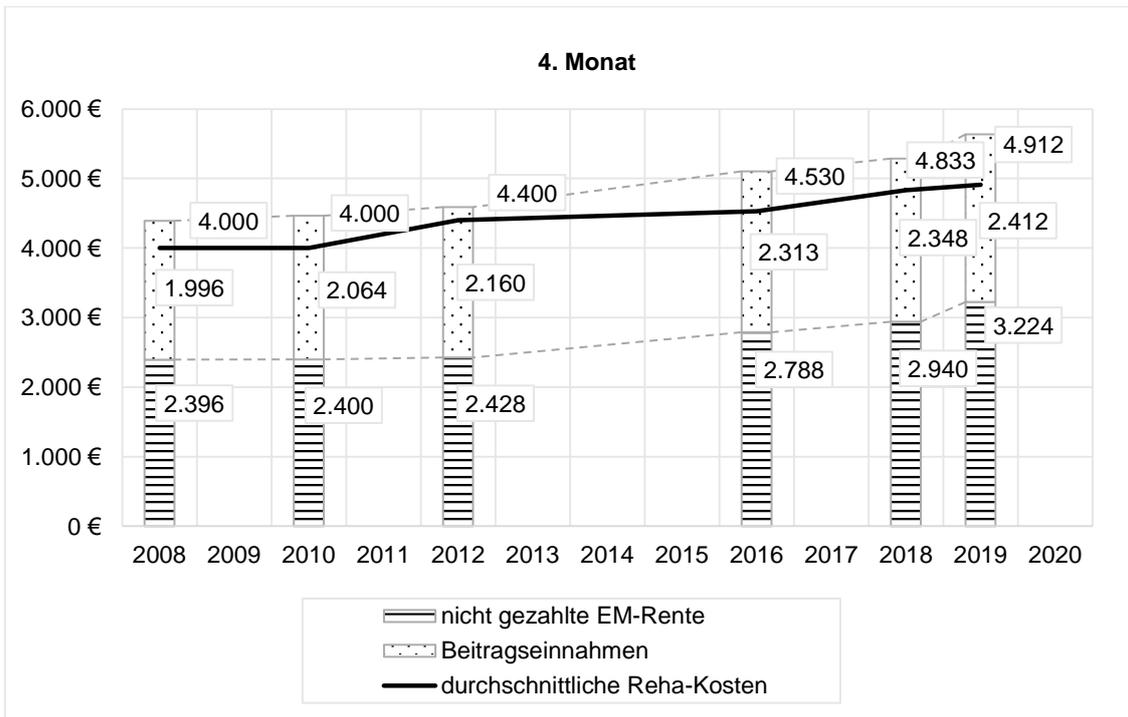


Abbildung 6: Amortisationsmodell 4. Monat nach Reha (2008 bis 2020) – eigene Darstellung nach den Zahlen der DRV (Quellen vgl. **Tabelle 2**)

Die Entwicklung der Reha-Kosten, der Beitragseinnahmen sowie der nicht gezahlten EM-Renten zeigen einen leicht steigenden linearen Verlauf. Ursächlich dafür können für alle drei Merkmale die laufenden inflationären Anpassungen auf dem Markt gesehen werden (Statista 2022b). (s. **Anhangverzeichnis: B – Abbildung 2**)

3 Soziale Ungleichheit

3.1 Theoretische Betrachtung sozialer Ungleichheit

Laut Butterwegge „leben [wir] in einer Gesellschaft der Ungleichheit“. Jeder Mensch ist aufgrund seiner Herkunft, in seinem Sein und seinen Begabungen einzigartig. Dabei „handelt [es] sich hierbei um spezifische Ausprägungen der Ungleichheit, die entweder schicksalhaft vorbestimmt, naturbedingt oder selbstgewählt sind.“ Dabei sind gesamtgesellschaftlich verschiedene Formen von Ungleichheit - ökonomisch, sozial, politisch, rechtlich kulturell - zu unterscheiden. „Sozial drückt sich Ungleichheit in die (Klassen-) Gesellschaft spaltenden Diskriminierungs-, Stigmatisierungs- und Ausgrenzungspraktiken aus.“ Die Ungleichverteilung betrifft unter anderem die Bereiche des Einkommens, dem Grad der Bildung und Ausbildung sowie die Gesundheit. (Butterwegge 2020)

Lutz und Haller aus Schwinn differenzieren dabei den Zusammenhang von Bildung und Beschäftigung wie folgt „Je weiter man in der Bildungshierarchie nach oben klettert, desto mehr dominieren die mittleren und oberen Schichten der Sozialstruktur. Soziale Herkunft wird heute effizient über Bildungsauslese vermittelt. Die an die Bildungstitel gekoppelte Hierarchie übersetzt sich in die Beschäftigungshierarchie und damit in soziale Stratifikation (Lutz 1979; Haller 1986). (Schwinn 2007)

Hradil (Hradil 2012) spricht von sozialer Ungleichheit, wenn „[...] die Ressourcenausstattung (zum Beispiel der Bildungsgrad oder die Einkommenshöhe) oder die Lebensbedingungen (beispielsweise die Wohnverhältnisse) von Menschen aus gesellschaftlichen Gründen so beschaffen sind, dass bestimmte Bevölkerungsteile regelmäßig bessere Lebens- und Verwirklichungschancen als andere Gruppierungen haben. "Besser" sind Lebens- und Verwirklichungschancen dann, wenn Ressourcenausstattungen oder Lebensbedingungen bestimmten Menschen nach den jeweils geltenden gesellschaftlichen Maßstäben (zum Beispiel bezüglich Sicherheit, Wohlstand, Gesundheit) die Möglichkeit zu einem "guten Leben" und zur weiten Entfaltung der eigenen Persönlichkeit bieten, anderen Menschen jedoch nicht. Inwieweit diese Möglichkeiten individuell genutzt werden, steht dahin. Der Begriff soziale Ungleichheit schließt somit nicht aus, dass Menschen mit vorteilhaften Bedingungen ein elendes Leben führen" (Hradil, 2012, S. 156, Auslassung: A.H. Hervorhebungen im Original). aus (Hajzeraj 2019)

Zusammenfassend kann von sozialer Ungleichheit gesprochen werden, wenn es unter den Menschen in einer Gesellschaft zu einer unregelmäßigen Verteilung von Bildung, Ausbildung, Einkommen und Gesundheit kommt. Dies betrifft auch die Möglichkeiten, davon Gebrauch machen zu können.

3.2 Soziale Ungleichheit in der BRD

Laut Artikel 20 Abs. 1 GG ist „Die Bundesrepublik Deutschland ein demokratischer und sozialer Bundesstaat.“ (Bundesministerium der Justiz 2022c) Er trägt in seiner Rolle als Sozialstaat dazu bei, dass die Bevölkerung des Landes als Gesellschaft in sozialer Sicherheit und unter sozial gerechten Bedingungen gemeinschaftlich leben kann. (Bundeszentrale für politische Bildung 2021a) Die Gesellschaft ist dabei jedoch aufgrund ihrer individuellen Lebens-Konstrukte persönlich unterschiedlich aufgestellt. Unterschiede in den Bildungsabschlüssen und dem erzielten Einkommen, Migrationshintergründe und die Familiensituation sind einige Felder, die maßgebend auf die Entwicklung und Entfaltung des Einzelnen sowie deren Teilhabe am gesellschaftlichen Leben wirken. (Bundeszentrale für politische Bildung 2021c)

Von sozialer Ungleichheit in der Bundesrepublik kann daher gesprochen werden, wenn kein Gleichgewicht in der Verteilung der sozialen Strukturen zu erkennen ist. Nachfolgend werden typische soziale Strukturmerkmale auf deren regelrechte (gleichmäßige) Verteilung betrachtet.

Die BRD verzeichnet im Jahr 2020 laut Statistischem Bundesamt insgesamt 82.175 Einwohnerinnen und Einwohner. Dabei betrug der Anteil an Frauen 50,5% (41.529 Mio.), der Anteil an Männern betrug 49,5% (40.646 Mio.) (destatis 2020a). Der Unterschiedsanteil von gerade einmal einem Prozent entspricht 821.750 Frauen.

Von der Gesamtbevölkerung sind knapp 54,7% der Einwohner:innen alleinlebend, 45,3% leben in verheirateten Partnerschaften. Der Anteil derer mit Migrationshintergrund beläuft sich dabei in beiden Lebensbereichen auf knapp ein Drittel (vgl. **Abbildung 7**). (destatis 2020a)

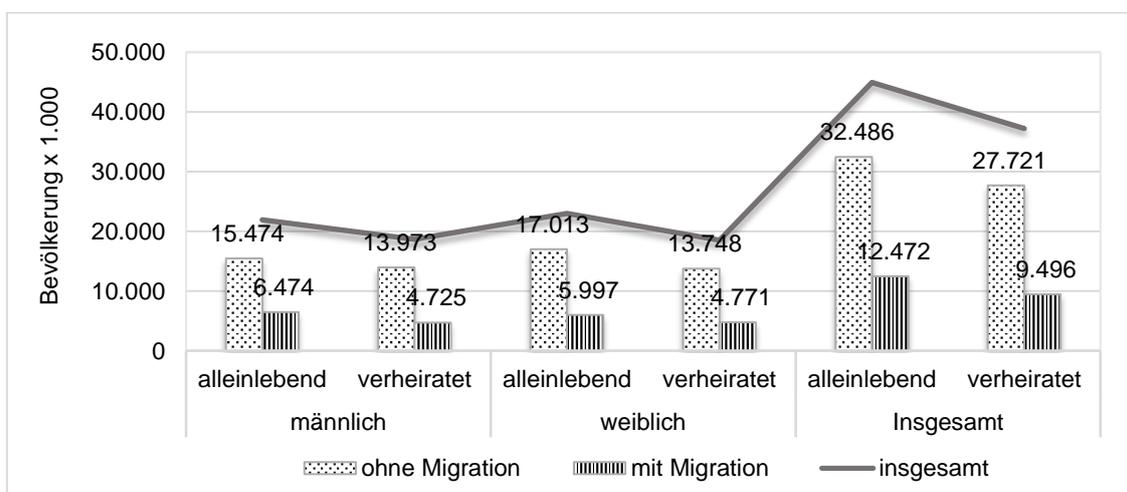


Abbildung 7: BRD-Bevölkerungsanteil nach Beziehungsstatus, Geschlecht und Migrationshintergrund (2020) – eigene Darstellung nach Statistischem Bundesamt (destatis 2020a)

Die geschlechterspezifische Verteilung nach Berufs-Qualifikation in sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungen im Jahr 2020 zeigt in allen Qualifikationsbereichen eine Dominanz der männlichen Bevölkerungsschicht. Der Unterschiedsanteil der Frauen zu den Männern ohne Berufsabschluss liegt bei 15,5%, gefolgt von den akademischen Abschlüssen mit 7,1% sowie den Berufsausbildungen mit 3,7%. Insgesamt machen die Berufsausbildungen einen Anteil von 60,5% und die akademischen Ausbildungen einen Anteil von 17,7% an der gesamtsozialversicherungspflichtig-beschäftigten Bevölkerung (33.700.284) aus (vgl. **Abbildung 8**). (destatis 2020b)

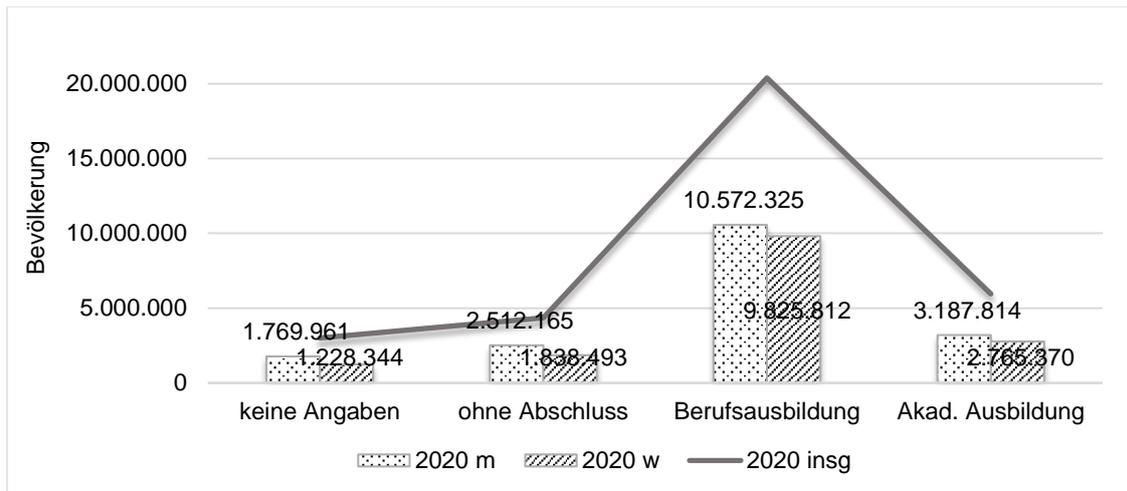


Abbildung 8: BRD – Stand der Berufsausbildung nach Geschlecht in sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungen (2020) – eigene Darstellung nach Statistischem Bundesamt (destatis 2020b)

In **Abbildung 9** ist in der Netto-Einkommensverteilung aus dem Jahr 2021 ein deutlicher Bruch in der Geschlechterverteilung zu erkennen. 60,8% der Frauen verfügen über ein monatliches Netto-Einkommen von 500 bis 2.000 Euro. Gerade einmal 18% haben ein höheres Einkommen und 21,1% verfügen über ein geringeres Einkommen. Hingegen verfügen 51,9% der Männer über ein monatliches Netto-Einkommen von 1.000-2.500 Euro. Zusätzlich verfügen weiter 27,9% über 2.500 Euro, 20,2% stehen weniger als 1.000 Euro zum Leben bereit (Statista 2022a).

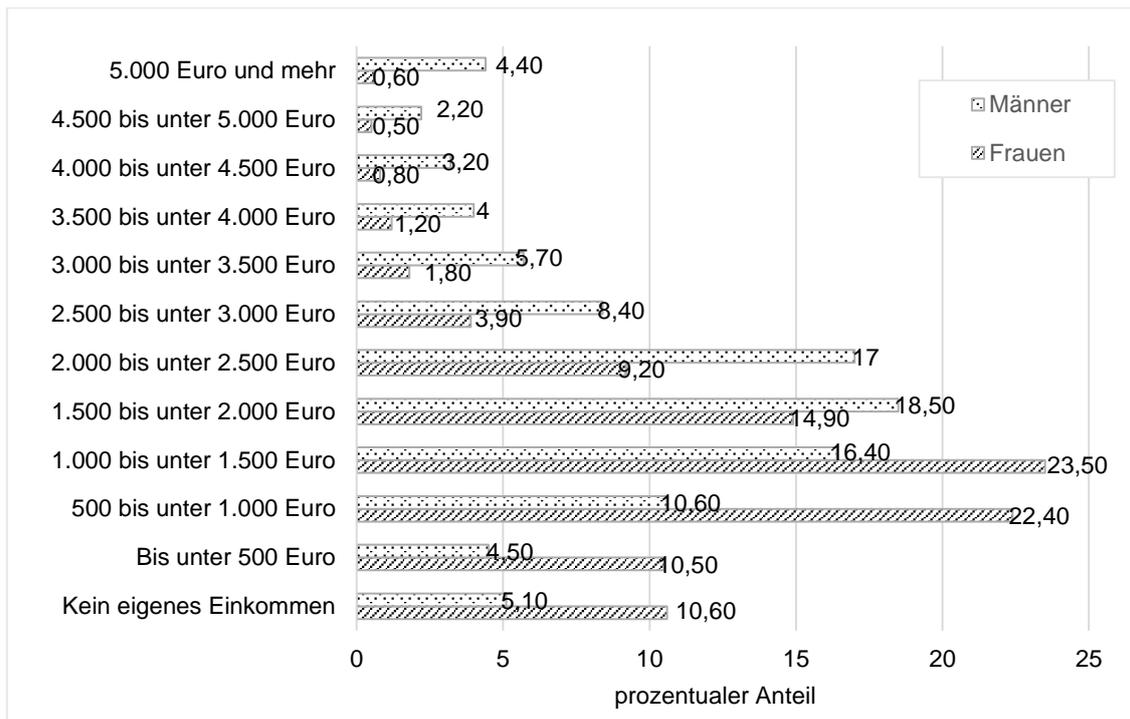


Abbildung 9: BRD – Netto-Einkommensverteilung Frauen und Männer (2021) – Zahlen und Darstellung in Anlehnung an Statista (Statista 2022a)

Die soziale Ungleichheit in der BRD ist in allen genannten Bereichen zu erkennen. Vor allem spiegelt sie sich in den geschlechterspezifischen Betrachtungen bei der Ausübung einer sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung und dem monatlich erzielten Einkommen wider. Außerdem ergeben sich weitere soziale Ungleichverteilungen wie im Bereich der Lebenspartnerschaft sowie dem Migrationshintergrund.

4 Methodik

4.1 Datengrundlage

Die Bearbeitung der Thematik, inwieweit das Amortisationsmodell der medizinischen Reha einen möglichen Erklärungsansatz für die soziale Ungleichheit unter dem Grundsatz „Reha vor Rente“ darstellt, wurde mittels Literaturrecherche sowie statistischer Daten der Deutschen Rentenversicherung durchgeführt. Zur Analyse der Relevanz von „Reha vor Rente“ sowie zur Schaffung einer Untersuchungsgrundlage für die folgende Datenanalyse wurden verschiedene Datenbanken hinsichtlich der Stichworte „soziale Ungleichheit“, „medizinische Reha“ sowie „Amortisationsmodell“ durchsucht. Zusätzlich wurden öffentlich verfügbare Daten der Bundesämter zu Statistiken, Zeitreihen und die Berichte der Deutschen Rentenversicherung in den Bereichen Versicherung, Rente und Rehabilitation fallspezifisch gesichtet und zugeordnet. Die gewonnenen Daten wurden in Excel aufbereitet und graphisch dargestellt.

Für die Erarbeitung einer wirtschaftlichen als auch sozialen Sichtweise der medizinischen Rehabilitation sowie das dem Amortisationsmodell zugrundeliegende Versicherungs- und Beitragssystem, wurden anhand der vom Forschungsdatenzentrum der Rentenversicherung (FDZ-RV) auf Antrag zur Verfügung gestellten Daten analysiert.

Die Datengrundlage der im Folgenden dargestellten Analysen bildet der Scientific Use File „Versichertenrentenzugang – Erwerbsminderung und Diagnosen 2001 bis 2020“ (SUF.RTZN.2001-2020.EM.1-0). Der Datensatz beinhaltet neben demographischen Angaben wichtige rentenrechtliche Tatbestände sowie detaillierte Angaben zu den Diagnosen, die im Zusammenhang mit der Gewährung einer Erwerbsminderungsrente stehen. Die Zeitreihe enthält Angaben aus den jeweiligen Jahresstatistiken der Jahre 2001 bis 2020. Diese beinhalten jeweils eine 20% Zufallsstichprobe mit einer faktischen Anonymisierung und liegen im SAS-Daten Format vor. Zu jedem erwerbsgeminderten Rentner enthält der SUF soziodemographische Merkmale (Alter, Geschlecht, Anzahl der Kinder, Familienstand, Nationalität, Bundesland, Ausbildung) und rentenspezifische Merkmale (Rentenbeginn, Höhe und Zusammensetzung der Rentenanwartschaften, rentenrechtliche Zeiten, Merkmale zur Rehabilitation und Diagnosen).

Die Datensatzaufbereitung wurde von Frau Prof. Dr. Weyermann im Statistikprogramm SAS (Version 9.4) vorgenommen und für die hier dargestellten Analysen zur Verfügung gestellt. Die weiteren Analysen erfolgten mit dem Statistikprogramm SPSS (Version 27).

4.2 Definition der Studienpopulation

Zur Analyse der Inanspruchnahme einer medizinischen Rehabilitation in Abhängigkeit soziodemographischer Determinanten wird eine Studienpopulation (1) durch Festlegung von Ein- und Ausschlusskriterien definiert. Ausgeschlossen von den Analysen werden die Datensätze von versicherten Personen, wenn:

1. Eine berufliche Rehabilitation in Anspruch genommen wurde. Die Forschungsfragen beziehen sich auf die Inanspruchnahme einer medizinischen Rehabilitation, da die berufliche Rehabilitation nur von einem kleinen Anteil an EM-Rentner:innen (2,6%) in Anspruch genommen wird.
2. Die Zielvariable „Zahl der medizinischen Reha-Leistungen in den letzten 5 Jahren“ keine Angabe enthält (fehlender Wert).
3. Fehlende Werte bei den weiteren benötigten Variablen vorliegen. Liegt der Anteil der fehlenden Werte über 1% der Datensätze, wird eine separate Kategorie mit fehlenden Werten gebildet und die Datensätze werden nicht ausgeschlossen.

Die Analysen anhand der so definierten Studienpopulation (1) werden nochmals durchgeführt an weiter eingegrenzten Fallgruppen unter Berücksichtigung des Merkmals „umgedeuteter Reha-Antrag“. In diesen Fällen wurde der Reha-Antrag aufgrund der fehlenden Erfolgsaussicht umgedeutet und es bestand demnach kein Rehabilitations-Bedarf:

Studienpopulation 1a: nur versicherte Personen ohne umgedeuteten Reha-Antrag

Versicherte Personen, deren Reha-Antrag umgedeutet wurde in einen Renten-Antrag, werden ausgeschlossen.

Studienpopulation 1b: nur versicherte Personen mit umgedeutetem Reha-Antrag

Diese Studienpopulation enthält nur versicherte Personen mit umgedeutetem Reha-Antrag.

Studienpopulation 1c: versicherte Personen ohne umgedeuteten Reha-Antrag plus versicherte Personen mit umgedeutetem Reha-Antrag, wenn sie medizinische Reha-Leistungen in Anspruch genommen haben.

4.3 Statistische Analysen

Zur Untersuchung einer möglichen sozialen Ungleichheit bei der Inanspruchnahme einer medizinischen Rehabilitationsmaßnahme vor Gewährung einer Erwerbsminderungsrente wurde der unter 4.1 beschriebene Datensatz zu den Erwerbsminderungsrentnern der Berichtsjahre 2001 bis 2020 im Statistikprogramm SPSS analysiert. Hierzu wurde zunächst die Anzahl der Erwerbsminderungsrentner:innen im Zeitverlauf und in Abhängigkeit der Rentengewährungsdiagnose dargestellt. Anschließend erfolgt die Analyse zur Inanspruchnahme einer medizinischen Rehabilitation in Abhängigkeit potentieller soziodemographischer Determinanten. Hierzu wurde zunächst der Anteil der versicherten Personen bestimmt, welche vor der Gewährung der Erwerbsminderungsrente keine medizinische Rehabilitation in Anspruch genommen haben. Dieser Anteil wurde anschließend in Abhängigkeit der soziodemographischen Merkmale dargestellt. Hierzu wurden in SPSS Kontingenztafeln (Kreuztabellen) erstellt. Zusätzlich wurde der Zusammenhang zwischen diesen soziodemographischen Merkmalen und der Inanspruchnahme der Reha-Maßnahme mittels logistischer Regression analysiert.

Bei dieser binär logistischen Regression wird untersucht, wie die Wahrscheinlichkeit für das Eintreten des Zielereignisses, als abhängige Variable, in Ausprägung einer oder mehrerer unabhängiger Variablen ist. Dabei ist die abhängige Variable stets dichotom, d. h. dass das zu berechnende Zielereignis eingetreten ($y=1$) oder nicht eingetreten ($y=0$) ist (Backhaus 2011). Die abhängige Variable ist im untersuchten Kontext „Keine medizinische Reha-Maßnahme in 5 Jahren vor EM-Rentengewährung“. Die soziodemographischen Merkmale stellen dabei jeweils die unabhängigen Variablen dar.

Im Folgenden wird die Berechnung der Wahrscheinlichkeit bei Eintreten eines bestimmten Ereignisses bei einer binär logistischen Regression erläutert (Backhaus 2011). Die berechnete Wahrscheinlichkeit liegt zwischen 0 und 1 bzw. 0% und 100%. Dabei beeinflusst die unabhängige Variable die Wahrscheinlichkeit für das Eintreten des abhängigen Zielereignisses. Die Skalierung der unabhängigen Variablen kann metrisch (z.B. Rentenzahlbetrag in €) als auch kategorial (z.B. Rentengewährungs-Diagnose) sein. (Backhaus 2011)

Der Einfluss der unabhängigen Variable auf die Zielvariable wird über die Odds Ratio (OR) dargestellt. Mit Hilfe einer „null-kodierten“ Referenz-Kategorie in der jeweiligen Variablen-Gruppe, lässt sich ermitteln wie sich die Wahrscheinlichkeit gegenüber dem Zielereignis darstellt. Bei einer OR von z.B. 1,5 ist die Wahrscheinlichkeit des Eintritts des Zielereignisses um das Anderthalbfache zur Referenzkategorie erhöht. Liegt die OR unter eins, ist die Wahrscheinlichkeit dagegen verringert (Backhaus 2011).

Über das 95%-Konfidenzintervall der OR wird der Bereich angezeigt, in dem die OR mit 95%iger Wahrscheinlichkeit in der Grundgesamtheit liegt.

4.4 Datenübertragung - Amortisationsmodell

Um das Amortisationsmodells der medizinischen Rehabilitation für verschiedene Einkommensbereiche der versicherten Personen darstellen zu können, werden die vier Quartile der Variablen „Einkommen in den drei Jahren vor Leistungsfall“ sowie „Rentenzahlbetrag“ der EM-Rente des analysierten Datensatzes (Studienpopulation 1) verwendet.

Das Amortisationsmodell stellt die monatlichen vermiedenen EM-Rentenzahlungen der DRV sowie die monatlichen Rentenbeiträge der versicherten Person nach der Inanspruchnahme einer Rehabilitation im Zeitverlauf dar.

In der Datenanalyse sind die Einkommen und Rentenbeträge in vier Quartile unterteilt. Wie in Kapitel 2 erläutert, werden nach Schneider für die Darstellung des Amortisationsmodells Mittelwerte zugrunde gelegt. Zur Darstellung des Amortisationsmodells für verschiedene Einkommensgruppen werden die Quartilsgrenzen der beiden Merkmale verwendet und zur Berechnung des mittleren monatlichen Einkommens bzw. des mittleren Rentenzahlbetrags wie folgt aufbereitet:

1. aus den Quartilsgrenzen wird jeweils der Mittelwert der EM-Rentenzahlbeträge in den vier Quartilen berechnet,
2. aus den Quartilsgrenzen wird jeweils der Mittelwert der Jahreseinkommen in den vier Quartilen berechnet,
3. die mittleren Jahreseinkommen in den jeweiligen Quartilen werden zur Umrechnung in Monatseinkommen durch den Faktor 12 geteilt,
4. aus den Monatseinkommen wird der monatliche Rentenbeitrag der versicherten Person i. H. v. aktuell 18,6% (Deutsche Rentenversicherung Bund 2022d) berechnet.

Die Darstellung des Amortisationsmodells erfolgt mit ganzen Zahlen. Daher finden in den Berechnungen die gängigen Rundungsregeln Anwendung. Die Berechnung der Rentenbeiträge wird unter Ausschluss der Gleitzone-Regelungen mit der einkommensabhängigen Beitragsentrichtung durchgeführt (s. **Anhangverzeichnis: B – Abbildung 2**).

5 Ergebnisse

5.1 Datengrundlage – Stichprobe – Gesamtbetrachtung

Die Datengrundlage der hier dargestellten Ergebnisse bildet 20% der Stichprobe des „Themenfiles Erwerbsminderung und Diagnosen“ der Rentenversicherung ab. Sie beinhaltet 681.189 versicherte Personen, welchen im Zeitraum 2001 bis 2020 erstmals eine Erwerbsminderungsrente gewährt wurde. In diesem 20-Jahres-Zeitraum zeigt sich die Häufigkeitsverteilung der EM-Renten-Neuzugänge auf konstant hohem Niveau (**Abbildung 10**). Es ist erkennbar, dass der Bewilligungsstand aus dem Jahr 2001 mit 39.948 EM-Renten bis heute nicht mehr erreicht wurde. Die der Stichprobe entnommenen Bewilligungszahlen der Neuzugänge sind im Median bei 34.223 EM-Renten. Der Anteil an Bewilligungszahlen der EM-Renten aus dieser Stichprobe stimmt nahezu mit den eingangs genannten Gesamtzahlen der DRV im Zeitverlauf überein (s. **Anhangverzeichnis: A – Tabelle 1**).

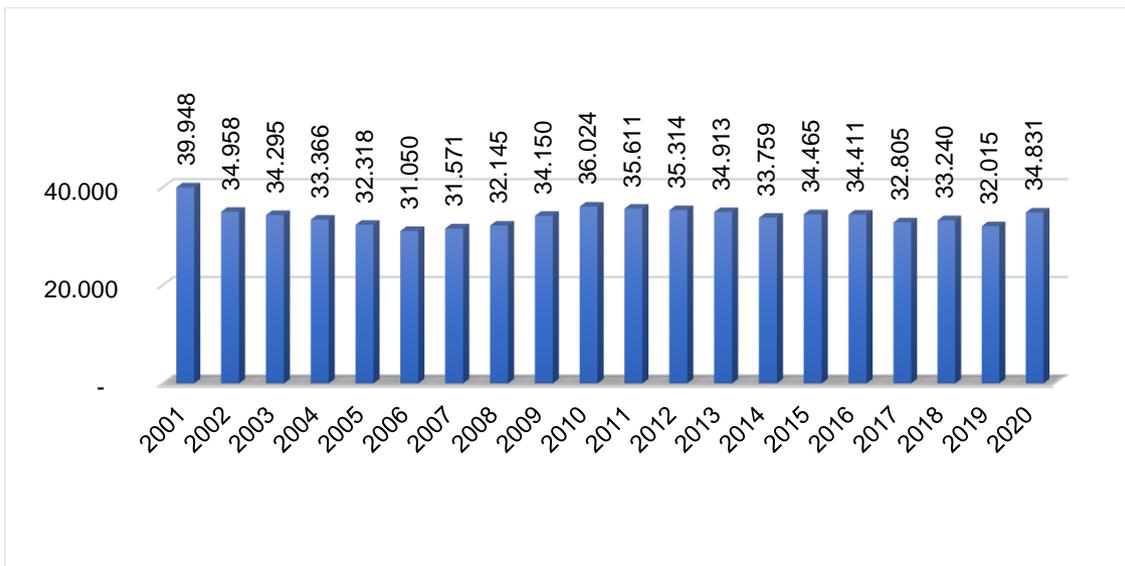


Abbildung 10: Erwerbsminderungs-Renten-Neuzugänge – 20% Stichprobe (2001 bis 2020) – eigene Darstellung

Die in **Tabelle 1** (s. **Anhangverzeichnis: C**) vorliegenden Zahlen zu den EM-Berentungen in den Berentungs-Diagnosen-Kategorien im Zeitraum 2001 bis 2020 sind in **Abbildung 11** dargestellt. Die durchschnittlichen Anteile der Rentengewährungs-Diagnosen nach Kategorien im Berichtszeitraum sind in **Abbildung 12** erkennbar.

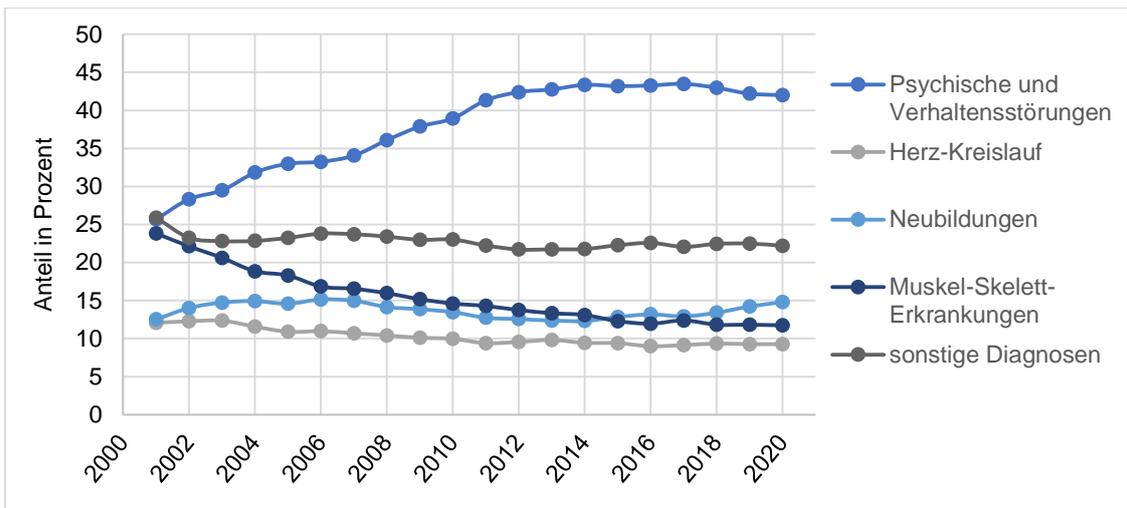


Abbildung 11: Entwicklung der Erwerbsminderungs-Berentungen in den Rentengewährungs-Diagnose-Kategorien (2001 bis 2020) – eigene Darstellung

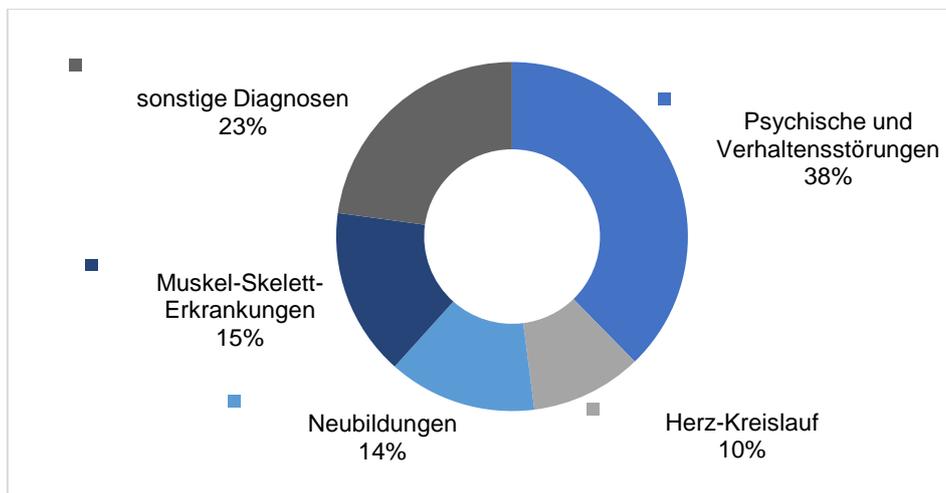


Abbildung 12: Rentengewährungs-Diagnose-Kategorien gesamt (2001 bis 2020) – eigene Darstellung

Im Betrachtungszeitraum ist die Haupt-Gewährungsdiagnose bei den 681.189 versicherten Personen mit einer Rente wegen Erwerbsminderung die der „Psychischen und Verhaltensstörungen“ (38%). Die weiteren Erkrankungs-Diagnosen im Bereich „Herz-Kreislauf“ (10%), „Neubildungen“ (14%), „Muskel-Skelett“ (15%) sowie „sonstige Diagnosen“ (23%) sind mit einem deutlich geringeren Anteil vertreten. Dabei ist im zeitlichen Verlauf erkennbar, dass die Diagnosen im Bereich der „Psychischen und Verhaltensstörungen“ kontinuierlich zunehmen. Im Jahr 2001 betrug ihr Anteil 26%, der sich bis ins Jahr 2020 auf 42% erhöht hat. Im Gegenteil dazu halbierte sich die Anzahl der Gewährungsdiagnose im Bereich der „Muskel-Skelett-Erkrankungen“ von 24% auf 12%. Eine leicht abnehmende Tendenz ist bei den Herz-Kreislauf-Erkrankungen, eine leicht steigende Tendenz ist bei den Neubildungen zu erkennen. Die sonstigen Diagnosen bleiben als Rentengewährungsgrund niveaunkonstant.

5.2 Bivariate Ergebnisse zur Inanspruchnahme einer medizinischen Rehabilitation

Es folgt die Darstellung der bivariaten Ergebnisse zur Inanspruchnahme einer medizinischen Rehabilitation in Abhängigkeit potentieller soziodemographischer Determinanten.

Bildung der Studienpopulation

Zunächst wird anhand der definierten Ein- bzw. Ausschlusskriterien die Studienpopulation gebildet. Die 20% Stichprobe beinhaltet Angaben zu 681.189 EM-Rentner:innen. Von der weiteren Analyse ausgeschlossen werden EM-Rentner:innen:

1. Die eine berufliche Rehabilitation erhalten haben – 17.622 (2,59%),
2. Mit fehlender Angabe zur Inanspruchnahme einer medizinischen Rehabilitation – 27 EM-Rentner:innen (0,00%),
3. Mit fehlenden Angaben in folgenden Variablen:
 - Staatsangehörigkeit – 2011 (0,3%),
 - Familienstand – 2 (0,00%),
 - Wohnort – 292 (0,04%),
 - Inanspruchnahme einer beruflichen Rehabilitation – 81 (0,01%).

Da die Werte zu den fehlenden Angaben jeweils unter 1% liegen, wird hier keine weitere Kategorie zugewiesen.

In der Studienpopulation verbleiben für die weitere Analyse 661.227 EM-Rentner:innen, von denen 374.114 (56,6%) keine medizinische Rehabilitation in den fünf Jahren vor Gewährung der Erwerbsminderungsrente erhalten haben.

Die Analysen anhand der so definierten Studienpopulation werden in Zusatzanalysen nochmals an drei separaten Fallgruppen durchgeführt.

Studienpopulation 1a: 447.669 EM-Rentner:innen ohne umgedeuteten Reha-Antrag, von denen 288.871 (64,5%) keine medizinische Rehabilitation erhalten haben.

Studienpopulation 1b: 213.558 EM-Rentner:innen mit umgedeuteten Reha-Antrag, von denen 85.243 (39,9%) keine medizinische Rehabilitation erhalten haben.

Studienpopulation 1c: 575.984 EM-Rentner:innen, ohne umgedeuteten Reha-Antrag plus versicherte Personen mit umgedeutetem Reha-Antrag, wenn Sie in 5 Jahren vor der EM-Rente eine medizinische Reha-Leistungen in Anspruch genommen haben. Von diesen haben 288.871 (50,2%) keine medizinische Rehabilitation erhalten.

Nicht-Inanspruchnahme der medizinischen Rehabilitation und potentielle Einflussfaktoren

Im Kapitel 3 wurden die in wissenschaftlichen Publikationen benannten soziodemographischen Einflussfaktoren auf die Inanspruchnahme einer medizinischen Rehabilitation dargestellt. Diese Einflussfaktoren wurden Merkmalen aus dem SUF zugeordnet (siehe Kapitel 4).

In **Tabelle 3** sind die potentiellen Einflussfaktoren und die Inanspruchnahme einer medizinischen Rehabilitation in der gebildeten Studienpopulation 1 dargestellt. Zudem sind die Ergebnisse der bivariaten logistischen Regression enthalten.

Die Ergebnisse der potentiellen Einflussfaktoren und die Inanspruchnahme einer medizinischen Rehabilitation der drei weiteren Studienpopulationen aus den Zusatzanalysen in Bezug auf die Umdeutung des Reha-Antrages in einen Renten-Antrag sind in den **Tabellen 1 bis 3 im Anhangverzeichnis: D** dargestellt.

Für die Studienpopulationen 1 bis 1c gibt **Tabelle 4** in einem Tabellenauszug einen zusammenfassenden Überblick zur Inanspruchnahme einer medizinischen Rehabilitationsmaßnahme in Abhängigkeit der soziodemographischen Merkmale "Einkommen" und "Rentenzahlbetrag".

Tabelle 3: Inanspruchnahme einer medizinischen Rehabilitationsmaßnahme in Abhängigkeit von soziodemographischen Merkmalen (n: 661.227 – Studienpopulation 1), Ergebnisse der logistischen Regression

Merkmal		n	%	Keine med. Reha-Maßnahme in 5 Jahren vor EM-Rentengewährung			
				N	%	OR	95%-KI
alle		661.227	100,0	374.114	56,6	-	-
Alter [Jahren]	< 44	120.400	18,2	79.780	66,3	1,76	[1,74;1,78]
	45-59	417.620	63,2	220.360	52,8	Referenz	
	> 60	123.207	18,6	73.974	60,0	1,35	[1,33;1,36]
Geschlecht	weiblich	313.540	47,4	167.744	53,5	Referenz	
	männlich	347.687	52,6	206.370	59,4	1,27	[1,26;1,28]
Anzahl Kinder	keine	429.595	65,0	256.411	59,7	Referenz	
	>= 1	231.632	35,0	117.703	50,8	0,70	[0,69;0,71]
Familienstand	alleine lebend ¹	292.119	44,2	181.802	62,2	1,52	[1,50;1,53]
	nicht alleine lebend ²	369.108	55,8	192.312	52,1	Referenz	
Staatsangehörigkeit	Deutsch	583.984	88,3	321.450	55,0	Referenz	
	Ausland	77.243	11,7	52.664	68,2	1,75	[1,72;1,78]
Wohnort	Alte Bundesländer	513.505	77,7	287.290	56,0	Referenz	
	Neue Bundesländer	135.178	20,4	74.803	55,3	0,98	[0,96;0,99]
	Ausland	12.544	1,9	12.021	95,8	18,1	[15,6;19,8]
Bildung	k. A. / unbekannt	296.769	44,9	190.446	64,2	1,92	[1,90;1,94]
	niedrig	79.206	12,0	46.012	58,1	1,49	[1,46;1,51]
	mittel	268.798	40,7	129.650	48,2	Referenz	
	hoch	16.454	2,5	8.006	48,7	1,02	[0,99;1,05]
Anforderungsniveau	k. A. / unbekannt	107.389	16,2	73.821	68,7	2,20	[2,17;2,23]
	Helfer- u. Anlerntätigkeiten	110.042	16,6	63.827	58,0	1,38	[1,36;1,40]
	Fachlich ausgerichtete Tätigkeiten	273.033	41,3	136.503	50,0	Referenz	
	Komplexe Spezialisten-tätigkeiten	27.075	4,1	12.677	46,8	0,88	[0,86;0,90]
	Hoch komplexe Tätigkeiten	15.180	2,3	7.382	48,6	0,95	[0,92;0,98]
	KLDB1988 nicht zuordenbar	128.508	19,4	79.904	62,2	1,64	[1,62;1,67]
Arbeitsmarktlage/ Berufsschutz	Arbeitsmarkt nicht geprüft / nicht relevant	561.578	84,9	327.331	58,3	1,72	[1,69;1,74]
	Arbeitsmarkt ist oder gilt als verschlossen	67.094	10,1	30.120	44,9	Referenz	
	Berufsschutz nach § 240 SGB VI oder nach §§ 242a bzw. 243 SGB VI	32.555	4,9	16.663	51,2	1,29	[1,25;1,32]

Tabelle 3: Inanspruchnahme einer medizinischen Rehabilitationsmaßnahme in Abhängigkeit von soziodemographischen Merkmalen (n: 661.227 – Studienpopulation 1), Ergebnisse der logistischen Regression, Fortsetzung

Merkmal		n	%	Keine med. Reha-Maßnahme in 5 Jahren vor EM-Rentengewährung			
				N	%	OR	95%-KI
alle		661.227	100,0	374.114	56,6	-	-
Rentengewährungsdiagnose	psych. u. Verhaltensstörungen	247.609	37,4	141.205	57,0	0,76	[0,75;0,77]
	Herz-Kreislauf	68.378	10,3	35.534	52,0	0,62	[0,61;0,63]
	Neubildungen	91.639	13,9	53.163	58,0	0,79	[0,78;0,80]
	Muskel-Skelett-Erkrankungen	102.104	15,4	47.829	46,8	0,5	[0,49;0,51]
	sonstige Diagnosen	151.497	22,9	96.383	63,6	Referenz	
Einkommen ³ in den 3 Jahren vor dem Leistungsfall	1. Quartil	173.412	26,2	126.374	72,9	2,74	[2,70;2,78]
	2. Quartil	157.213	23,8	86.952	55,3	1,26	[1,25;1,28]
	3. Quartil	166.249	25,1	79.465	47,8	0,94	[0,92;0,95]
	4. Quartil	164.353	24,9	81.323	49,5	Referenz	
Anrechnungszeiten wegen Arbeitslosigkeit [Monate]	0	349.684	52,9	192.125	54,9	Referenz	
	1-5	76.700	11,6	39.785	51,9	0,88	[0,87;0,90]
	6-11	53.845	8,1	28.509	53,0	0,92	[0,91;0,94]
	12-23	58.605	8,9	32.576	55,6	1,03	[1,01;1,05]
	24-47	52.207	7,9	32.047	61,4	1,30	[1,28;1,33]
	48-71	26.252	4,0	18.178	69,2	1,85	[1,80;1,90]
	>= 72	24.923	3,8	18.832	75,6	2,54	[2,46;2,61]
k.A.	19.011	2,9	12.062	63,5	1,42	[1,38;1,47]	
Anrechnungszeiten wegen Krankheit [Monate]	0	550.892	83,3	313.725	57,0	Referenz	
	1-5	71.265	10,8	37.340	52,4	0,83	[0,82;0,85]
	6-11	12.583	1,9	6.855	54,5	0,91	[0,87;0,94]
	12-23	5.952	0,9	3.268	54,9	0,92	[0,87;0,97]
	24-35	1.069	0,2	588	55,0	0,92	[0,82;1,04]
	>= 36	455	0,1	276	60,7	1,17	[0,97;1,41]
k.A.	19.011	2,9	12.062	63,5	1,31	[1,27;1,35]	
Rentenzahlbetrag ⁴	1. Quartil	165.637	25,0	110.013	66,4	2,29	[2,26;2,32]
	2. Quartil	165.523	25,0	95.720	57,8	1,59	[1,57;1,61]
	3. Quartil	165.163	25,0	91.938	55,7	1,45	[1,43;1,47]
	4. Quartil	164.904	24,9	76.443	46,4	Referenz	

1: Nicht verheiratet/ verwitwet / keine eingetragenen Lebenspartnerschaft;

2: Verheiratet / wiederverheiratet / in eingetragener Lebenspartnerschaft

3: Einkommens-Quartile pro Jahr:

1. Quartil <= 8.920 €
2. Quartil > 8.920 € bis <= 35.041 €
3. Quartil > 35.041 € bis <= 71.555 €
4. Quartil > 71.555 € bis <= 225.845 €

4: Rentenzahlbetrags-Quartile pro Monat:

1. Quartil <= 430 €
2. Quartil > 430 € bis <= 647 €
3. Quartil > 647 € bis <= 860 €
4. Quartil > 860 € bis <= 2.207 €

Die Häufigkeitsverteilung in den 14 soziodemographischen Merkmalen in der Studienpopulation 1 zeigt Unterschiede in der Nicht-Inanspruchnahme einer medizinischen Rehabilitation. Von den 661.227 EM-Rentner:innen erhielten 374.114 (56,6%) keine Rehabilitation. Die Ergebnisse zu den Merkmalen Bildung und Anrechnungszeiten wegen Krankheit zeigen nicht für alle Kategorien einen statistisch signifikanten Zusammenhang zur Nicht-Inanspruchnahme einer medizinischen Rehabilitation (die Konfidenzintervalle der Odds Ratios schließen die eins ein (kursiv dargestellt)). Dies betrifft die Merkmalsausprägungen hohe Bildung sowie Anrechnungszeiten wegen Krankheit (Monate 24-35; ≥ 36).

Signifikante Unterschiede für die Nicht-Inanspruchnahme der medizinischen Rehabilitation bei EM-Renten-Beziehenden zeigen sich bei den Merkmalen „Einkommen in den 3 Jahren vor Leistungsfall“ und „Rentenzahlbetrag“. Im ersten Einkommens-Quartil (Jahreseinkommen kleiner gleich 8.920 Euro) erhielten 72,9% der Erwerbsminderungsrentner:innen im 5-Jahres-Zeitraum vor der EM-Rentengewährung keine medizinische Rehabilitation; im ersten Renten-Quartil (Rente kleiner gleich 430 Euro) betrug dieser Anteil 66,4%. Im Gegensatz dazu erhalten versicherte Personen mit sehr hohem Einkommen (4. Quartil) zu 49,5% sowie versicherte Personen mit hoher Erwerbsminderungsrente (>860 Euro) zu 46,4% keine medizinische Rehabilitation. Die versicherten Personen mit einem geringfügigen Einkommen (1. Quartil) haben laut der Odds Ratio ein 2,7-faches Risiko und jene mit kleiner EM-Rente (1. Quartil) ein 2,3-faches Risiko keine medizinische Rehabilitation vor dem EM-Rentenbezug zu erhalten im Vergleich zu den Versicherten der jeweils höchsten Einkommens- bzw. Rentenkatgorie (4. Quartil).

Weitere hohe Odds Ratios sind bei den Merkmalen „Anforderungsniveau“ sowie „Bildung“ erkennbar. Auch hier zeigt sich, dass sich mit steigendem Bildungsabschluss bzw. steigendem Anforderungsniveau in einer Beschäftigung das Risiko für eine Nicht-Inanspruchnahme einer Rehabilitation verringert.

Tabelle 4: Inanspruchnahme einer medizinischen Rehabilitationsmaßnahme in Abhängigkeit von „Einkommen“ und „Rentenzahlbetrag“, Studienpopulation 1 bis 1c, Ergebnisse der logistischen Regression

Merkmal		n	%	Keine med. Reha-Maßnahme in 5 Jahren vor EM-Rentengewährung			
				N	%	OR	95%-KI
Studienpopulation 1		661.227	100,0	374.114	56,6	-	-
Einkommen ³ in den 3 Jahren vor dem Leistungsfall	1. Quartil	173.412	26,2	126.374	72,9	2,74	[2,70;2,78]
	2. Quartil	157.213	23,8	86.952	55,3	1,26	[1,25;1,28]
	3. Quartil	166.249	25,1	79.465	47,8	0,94	[0,92;0,95]
	4. Quartil	164.353	24,9	81.323	49,5	Referenz	
Rentenzahlbetrag	1. Quartil	165.637	25,0	110.013	66,4	2,29	[2,26;2,32]
	2. Quartil	165.523	25,0	95.720	57,8	1,59	[1,57;1,61]
	3. Quartil	165.163	25,0	91.938	55,7	1,45	[1,43;1,47]
	4. Quartil	164.904	24,9	76.443	46,4	Referenz	
Studienpopulation 1a		447.669	100,0	288.871	64,5	-	-
Einkommen ³ in den 3 Jahren vor dem Leistungsfall	1. Quartil	148.777	33,2	115.828	77,9	2,42	[2,38;2,47]
	2. Quartil	114.703	25,6	69.443	60,5	1,06	[1,04;1,08]
	3. Quartil	100.418	22,4	54.058	53,8	0,81	[0,79;0,82]
	4. Quartil	83.771	18,7	49.542	59,1	Referenz	
Rentenzahlbetrag	1. Quartil	129.292	28,9	94.353	73,0	2,40	[2,36;2,45]
	2. Quartil	116.466	26,0	75.929	65,2	1,67	[1,64;1,70]
	3. Quartil	111.168	24,8	70.578	63,5	1,55	[1,52;1,58]
	4. Quartil	90.743	20,3	48.011	52,9	Referenz	
Studienpopulation 1b		213.558	100,0	85.243	39,9	-	-
Einkommen ³ in den 3 Jahren vor dem Leistungsfall	1. Quartil	24.635	11,5	10.546	42,8	2,74	[2,70;2,78]
	2. Quartil	42.510	19,9	17.509	41,2	1,26	[1,25;1,28]
	3. Quartil	65.831	30,8	25.407	38,6	0,94	[0,92;0,95]
	4. Quartil	80.582	37,7	31.781	39,4	Referenz	
Rentenzahlbetrag	1. Quartil	36.345	17,0	15.660	43,1	1,22	[1,19;1,25]
	2. Quartil	49.057	23,0	19.791	40,3	1,09	[1,06;1,11]
	3. Quartil	53.995	25,3	21.360	39,6	1,05	[1,03;1,08]
	4. Quartil	74.161	34,7	28.432	38,3	Referenz	
Studienpopulation 1c		575.984	100,0	288.871	50,2	-	-
Einkommen ³ in den 3 Jahren vor dem Leistungsfall	1. Quartil	162.866	28,3	115.828	71,1	4,13	[4,06;4,19]
	2. Quartil	139.704	24,3	69.443	49,7	1,66	[1,63;1,68]
	3. Quartil	140.842	24,5	54.058	38,4	1,04	[1,03;1,06]
	4. Quartil	132.572	23,0	49.542	37,4	Referenz	
Rentenzahlbetrag	1. Quartil	149.977	26,0	94.353	62,9	3,13	[3,08;3,17]
	2. Quartil	145.732	25,3	75.929	52,1	2,00	[1,97;2,04]
	3. Quartil	143.803	25,0	70.578	49,1	1,78	[1,75;1,80]
	4. Quartil	136.472	23,7	48.011	35,2	Referenz	

Die Studienpopulation 1 weist wie oben beschrieben deutliche Unterschiede für die Nicht-Inanspruchnahme der medizinischen Rehabilitation bei EM-Renten-Beziehenden bei den soziodemographischen Merkmalen „Einkommen in den 3 Jahren vor Leistungsfall“ und „Rentenzahlbetrag“ auf. Die Zusatzanalysen für die Studienpopulationen 1a, 1b und 1c in Bezug auf die Umdeutung des Reha-Antrages in einen Renten-Antrag stellen sich unter den genannten Merkmalen wie folgt dar:

Studienpopulation 1a: (vgl. Anhang D – Tabelle 1)

In der Studienpopulation 1a erhielten von 447.669 EM-Rentner:innen ohne umgedeuteten Reha-Antrag 288.871 (64,5%) keine Rehabilitation. Es zeigte sich, dass von den Erwerbsminderungsrentner:innen im ersten Einkommens-Quartil 77,9% (Jahreseinkommen kleiner gleich 8.920 Euro) sowie im ersten Renten-Quartil 73,0% (Rente kleiner gleich 430 Euro) der im 5-Jahres-Zeitraum vor der EM-Rentengewährung keine medizinische Rehabilitation erhalten haben. Im Gegensatz dazu erhalten versicherte Personen mit sehr hohem Einkommen zu 59,1% sowie versicherte Personen mit hoher Erwerbsminderungsrente (>860 Euro) zu 52,9% keine medizinische Rehabilitation. Die versicherten Personen mit einem geringfügigen Einkommen erhalten laut der Odds Ratio mit einer 2,4-fachen Wahrscheinlichkeit und jene mit kleiner EM-Rente gleichfalls mit 2,4-facher Wahrscheinlichkeit keine medizinische Rehabilitation vor dem EM-Rentenbezug im Vergleich zu den Versicherten in der höchsten Einkommens- bzw. Rentengruppe.

Studienpopulation 1b: (vgl. Anhang D – Tabelle 2)

Die Studienpopulation 1b mit EM-Rentenbeziehenden aufgrund eines umgedeuteten Reha-Antrags stellen 213.558 EM-Rentner:innen, von denen 85.243 (39,9%) keine Rehabilitation erhalten haben.

Im ersten Einkommens-Quartil erhielten 42,8% (Jahreseinkommen kleiner gleich 8.920 Euro) sowie im ersten Renten-Quartil 39,4% (Rente kleiner gleich 430 Euro) der Erwerbsminderungsrentner:innen im 5-Jahres-Zeitraum vor der EM-Rentengewährung keine medizinische Rehabilitation. Versicherte Personen mit sehr hohem Einkommen erhalten zu 39,4% und versicherte Personen mit hoher Erwerbsminderungsrente (>860 Euro) erhalten zu 38,3% keine medizinische Rehabilitation. Daraus ergibt sich, dass: die versicherten Personen mit einem geringfügigen Einkommen laut der Odds Ratio mit einer 2,7-fachen Wahrscheinlichkeit und jene mit kleiner EM-Rente mit 1,2-facher Wahrscheinlichkeit keine medizinische Rehabilitation vor dem EM-Rentenbezug erhalten im Vergleich zur Referenzgruppe (Versicherte im 4. Quartil).

Studienpopulation 1c: (vgl. Anhang D – Tabelle 3)

Von den 575.984 EM-Rentner:innen, ohne umgedeuteten Reha-Antrag plus versicherte Personen mit umgedeutetem Reha-Antrag, die in den 5 Jahren vor der EM-Rente eine medizinische Reha-Leistung in Anspruch genommen haben, erhielten 288.871 (50,2%) keine Rehabilitation.

Im ersten Einkommens-Quartil erhielten 71,1% (Jahreseinkommen kleiner gleich 8.920 Euro) sowie im ersten Renten-Quartil 62,9% (Rente kleiner gleich 430 Euro) der Erwerbsminderungsrentner keine medizinische Rehabilitation im 5-Jahres-Zeitraum vor der EM-Rentengewährung. Im Gegensatz dazu erhalten versicherte Personen mit sehr hohem Einkommen zu 37,4% sowie versicherte Personen mit hoher Erwerbsminderungsrente (>860 Euro) zu 35,2% keine medizinische Rehabilitation. Die versicherten Personen mit einem geringfügigen Einkommen erhalten laut der Odds Ratio mit einer 4,1-fachen Wahrscheinlichkeit und jene mit kleiner EM-Rente mit 3,1-facher Wahrscheinlichkeit keine medizinische Rehabilitation vor dem EM-Rentenbezug.

Nicht-Inanspruchnahme und deren Einflussfaktoren im Zeitverlauf

In diesem Abschnitt wird der Zeitverlauf der Nicht-Inanspruchnahme einer medizinischen Rehabilitation für wesentliche Einflussfaktoren untersucht.

Die zeitliche Entwicklung der EM-Berentung und Nicht-Inanspruchnahme einer Rehabilitation ist von 2001 bis 2020 in der **Abbildung 13** dargestellt.

Es ist erkennbar, dass die Zahl der EM-Berentungen ab dem Jahr 2001 bis 2006 von 38.199 auf 30.133 abfällt. Danach steigt die Anzahl der EM-Rentenbewilligungen bis 2010 auf 35.055 Berentungen an. Es schließt sich ein wellenförmiger geringfügiger Abwärtstrend an. Im Mittel werden jährlich ca. 33.000 EM-Berentungen beschieden. Der Anteil der EM-Rentner ohne Inanspruchnahme einer Rehabilitation liegt im Gesamtzeitraum zwischen 50,7% und 62,1%. Das Minimum wurde im Jahr 2001 erreicht. Im Durchschnitt liegt der Nicht-Inanspruchnahme-Anteil bei 57%. Die Tendenz der Nicht-Inanspruchnahme der Rehabilitationen ist im Vergleich zu den EM-Berentungen im Beobachtungszeitraum leicht steigend.

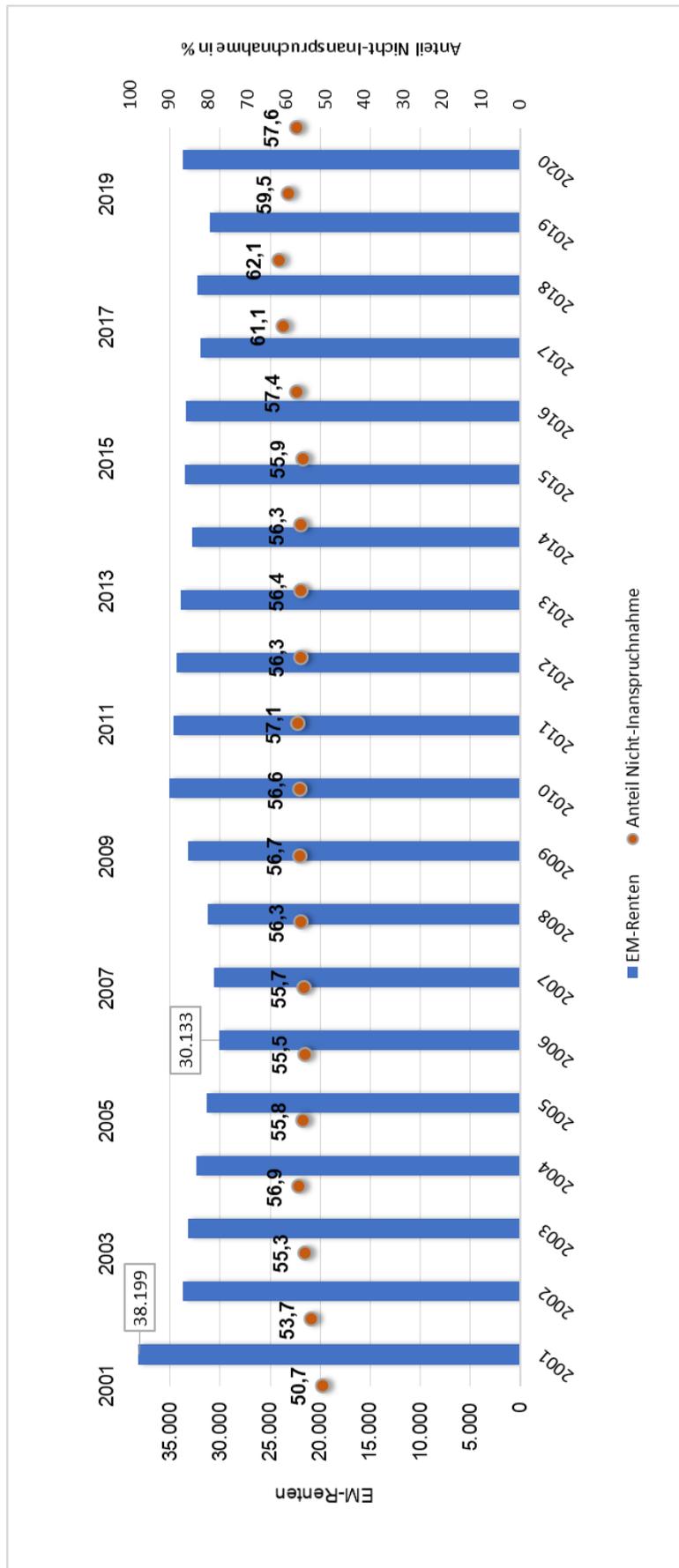


Abbildung 13: Anzahl der Erwerbsminderungs-Renten und Nicht-Inanspruchnahme einer Rehabilitation (2001 bis 2020) – eigene Darstellung

Im Folgenden wird für die Einflussfaktoren „Rentengewährungs-Diagnose“ (vgl. **Abbildung 14**), „Jahresarbeitsverdienst in den drei Jahren vor Rentenbeginn“ (vgl. **Abbildung 15**) und „Rentenzahlbetrag in Quartilen“ (vgl. **Abbildung 16**) der zeitliche Verlauf der Nicht-Inanspruchnahme einer medizinischen Rehabilitation dargestellt. Diese Einflussfaktoren wurden ausgewählt aufgrund der bisherigen Ergebnisse.

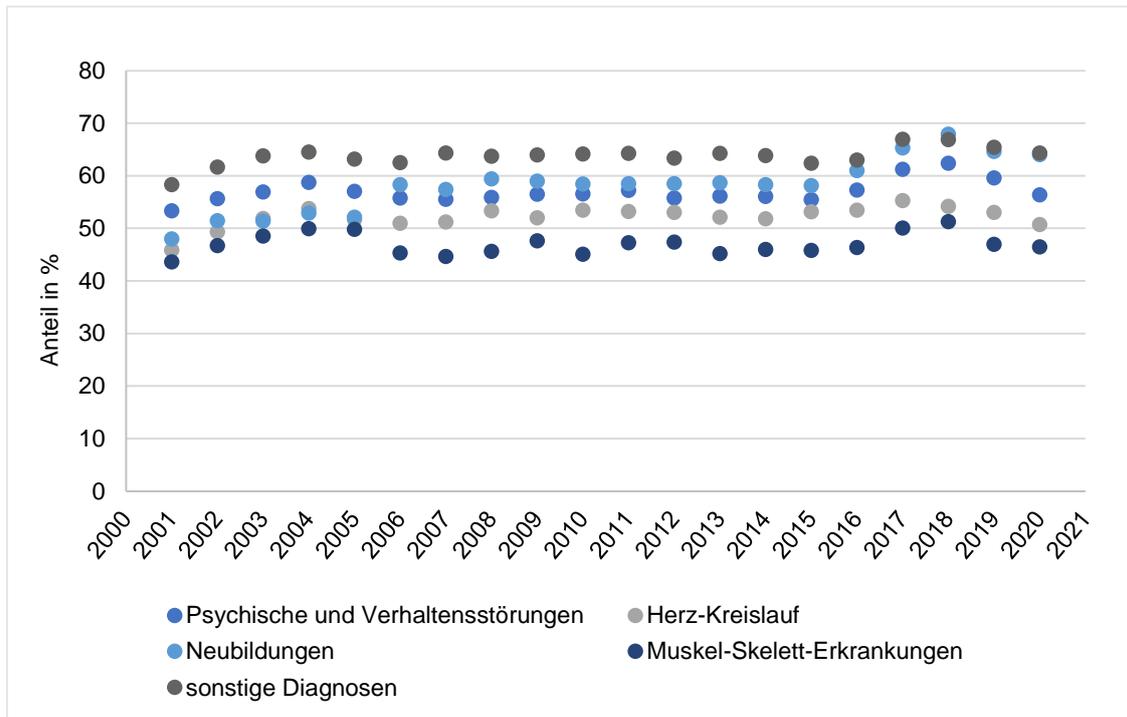


Abbildung 14: Reha-Nicht-Inanspruchnahme nach Erwerbsminderungs-Rentengewährungs-Diagnosen im Zeitverlauf (2001 bis 2020) – eigene Darstellung

Die Nicht-Inanspruchnahme einer medizinischen Rehabilitation zeigt sich in den EM-Rentengewährungs-Diagnosen seit dem Jahr 2001 bis 2020 mit einem konstant hohen Verlauf. Bei der Rentengewährungs-Diagnose „Neubildungen“ erhielten im Jahr 2001 48% der EM-Rentner:innen keine medizinische Reha vor dem Rentenbezug, deren Anteil sich bis 2020 auf 64% erhöhte. Die durchschnittliche Nicht-Inanspruchnahme in dieser Diagnose-Kategorie beträgt 58%. Gleichauf liegt der Anteil bei den „Psychischen und Verhaltensstörungen“ mit 57%. EM-Rentenbeziehende in der Kategorie „sonstigen Diagnosen“ erhalten zu durchschnittlich 64% im Betrachtungszeitraum keine medizinische Rehabilitation vor der EM-Rente. Bei den Diagnose-Kategorien „Herz-Kreislauf“ (52%) und „Muskel-Skelett-Erkrankungen“ (47%) erhalten deutlich weniger versicherte Personen keine medizinische Rehabilitation.

Die Nicht-Inanspruchnahme einer medizinischen Rehabilitation ist von der EM-Rentengewährungs-Diagnose abhängig. Die anteilige Verteilung der Diagnosekategorien zeigt sich im Zeitverlauf konstant hoch.

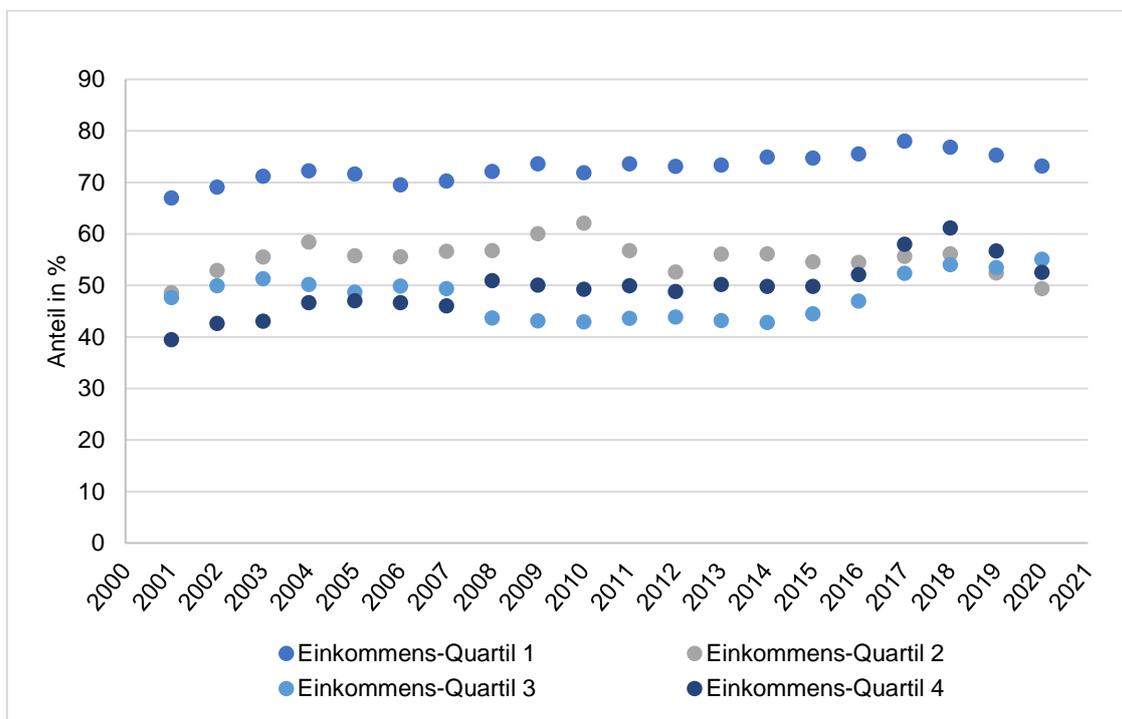


Abbildung 15: Reha-Nicht-Inanspruchnahme nach Einkommens-Quartilen (2001 bis 2020) – eigene Darstellung

Im Bereich der Nicht-Inanspruchnahme einer medizinischen Rehabilitation in der Kategorie „Jahresarbeitsverdienst in den drei Jahren vor Rentenbeginn“ zeigen sich deutliche Unterschiede in Abhängigkeit des zugrundeliegenden Einkommens. EM-Rentenbeziehende im Quartil 1 mit einem Jahreseinkommen von 0 € bis 8.920 € erhalten im Durchschnitt zu 72,9% keine medizinische Rehabilitationsleistung vor ihrem Rentenbezug. Im Quartil 2 mit einem Einkommen von über 8.920 € bis 35.041 € liegt der Anteil der Nicht-Inanspruchnahme bei 55,3%. In den Einkommens-Quartilen 3 (47,8% - Einkommen über 35.041€ bis 71.555 €) und 4 (49,5% - Einkommen über 71.555 € bis 225.845 €) erhalten weniger als 50% keine medizinische Reha.

Die Nicht-Inanspruchnahme einer medizinischen Rehabilitation ist vom Einkommen der versicherten Person abhängig. Je geringer das Einkommen, desto höher ist der Anteil der Nicht-Inanspruchnahme einer medizinischen Rehabilitation. Im Gegensatz dazu haben EM-Rentenbeziehende mit hohem und sehr hohem Einkommen seltener keine Rehabilitationsmaßnahme. Im Betrachtungszeitraum erreichen alle Einkommens-Quartile hohe Prozentanträge, die einzelnen Schwankungen in den Quartils-Verläufen unterworfen sind.

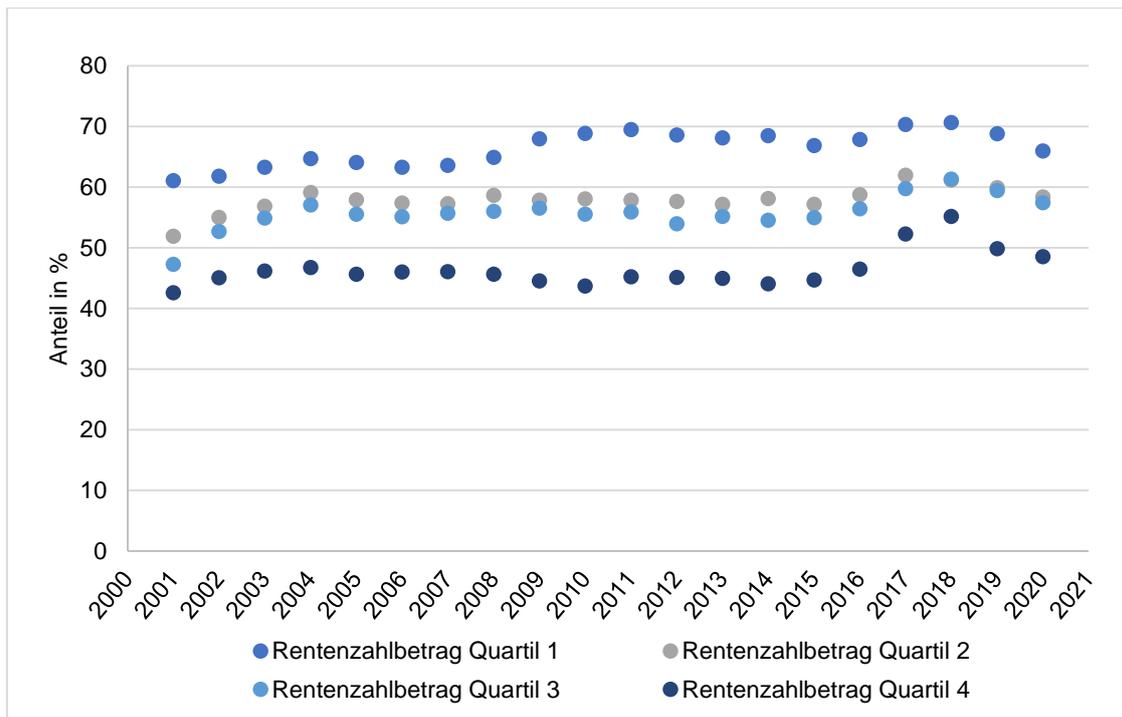


Abbildung 16: Reha-Nicht-Inanspruchnahme nach Erwerbsminderungs-Rentenzahlbetrags-Quartilen (2001 bis 2020)

In der Kategorie „Rentenzahlbetrag in Quartilen“ zeichnet sich ein ähnliches Bild wie bei den Einkommens-Quartilen ab. Auch hier zeigt sich, dass die Nicht-Inanspruchnahme einer Rehabilitation vom Zahlbetrag abhängig ist. Versicherte Personen, die einen Rentenzahlbetrag im Quartil 1 (0 € bis 430 €) erhalten, sind zu 66,4% von einer Rehabilitation ausgeschlossen. In den Quartilen 2 (57,8 % - Rentenzahlbetrag über 430 € bis 647 €) und 3 (55,7% - Rentenzahlbetrag über 647 € bis 860 €) werden gleichfalls hohe Nicht-Inanspruchnahme-Anteile erzielt. Bei Rentenzahlbeträgen von über 860 € bis 2.207 € erhalten 46,4 % der EM-Rentner keine medizinische Rehabilitation.

Eine medizinische Rehabilitation wird überwiegend versicherten Personen zuteil, die eine hohe bis sehr hohe EM-Rente beziehen. Die Nicht-Inanspruchnahme einer medizinischen Rehabilitation ist vom Rentenzahlbetrag abhängig. Je geringer der Zahlbetrag ist, desto höher ist der Anteil der Nicht-Inanspruchnahme einer medizinischen Rehabilitation. Im Zeitverlauf zeigen alle Quartile einen leicht steigenden Verlauf, wobei Rentenbeziehende mit sehr hohen Rentenzahlbeträgen (Quartil 4) vom Jahr 2016 auf das Jahr 2018 einen sprunghaften Anstieg um knapp 9% an Nicht-Inanspruchnahmen verzeichnen.

5.3 Amortisationsmodell nach Einkommens- und Renten-Quartilen

Das Amortisationsmodell stellt die monatlichen vermiedenen EM-Rentenzahlungen („nicht gezahlte EM-Rente“) der DRV sowie die monatlichen Rentenbeiträge („eingezahlte Rentenbeiträge“) der versicherten Person nach der Inanspruchnahme einer Rehabilitation im Zeitverlauf dar.

In diesem Kapitel werden für die Darstellung und Betrachtung des Amortisationsmodells in verschiedenen Einkommensklassen die Variablen „nicht gezahlte EM-Rente“ und „eingezahlte Rentenbeiträge“ anhand der vorliegenden Quartilsdaten der durchgeführten Analysen zu „Jahresarbeitsverdienst in den drei Jahren vor Rentenbeginn“ und „Rentenzahlbetrag“ wie in Kapitel 4 beschrieben gebildet. Die Daten sind in der **Tabelle 5** dargestellt.

Tabelle 5: Amortisationsmodell nach Einkommensbereichen – Variablen „eingezahlter Rentenbeitrag“ und „nicht gezahlte EM-Rente“ - eigene Darstellung

Q	Jahreseinkommen			Monats-EK	Renten-BY	Monatliche EM-Rente		
	Min.	Max.	MW			Min.	Max.	MW
1	0 €	8.920 €	4.460 €	372 €	69 €	0 €	430 €	215 €
2	8.921 €	35.041 €	21.981 €	1.832 €	341 €	431 €	647 €	539 €
3	35.042 €	71.555 €	53.299 €	4.442 €	826 €	648 €	860 €	754 €
4	71.556 €	225.845 €	148.701 €	12.392 €	2305 €	861 €	2.207 €	1.534 €

(BY=Beitrag, EK=Einkommen, Min.=Minimum, Max.=Maximum, MW=Mittelwert, Q=Quartil)

Die gebildeten Zahlbeträge der EM-Renten und Beiträge werden nach Quartilen getrennt auf das Amortisationsmodell übertragen und in den folgenden **Abbildung 17** bis **Abbildung 20** dargestellt. Die Rehabilitationskosten sind wie in der Modelldarstellung in Kapitel 2 mit 5.000 Euro angegeben.



Abbildung 17: Amortisationsmodell - Quartil 1 – Mittelwerte – eigene Darstellung

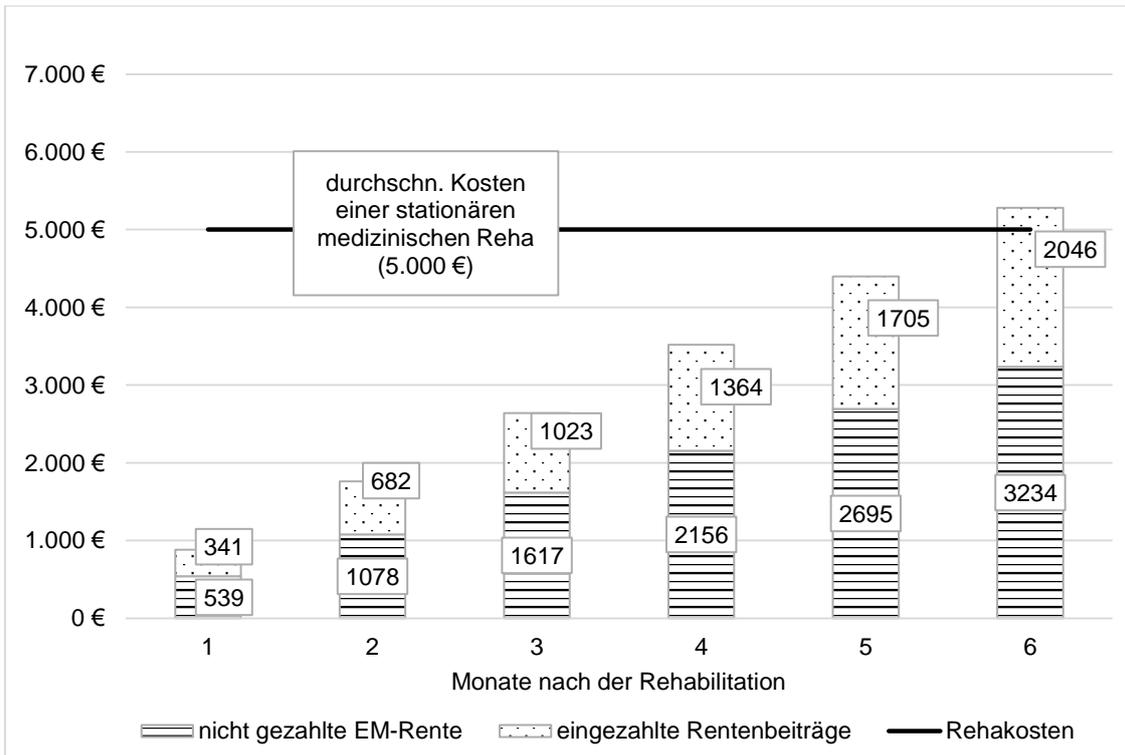


Abbildung 18: Amortisationsmodell - Quartil 2 – Mittelwerte – eigene Darstellung

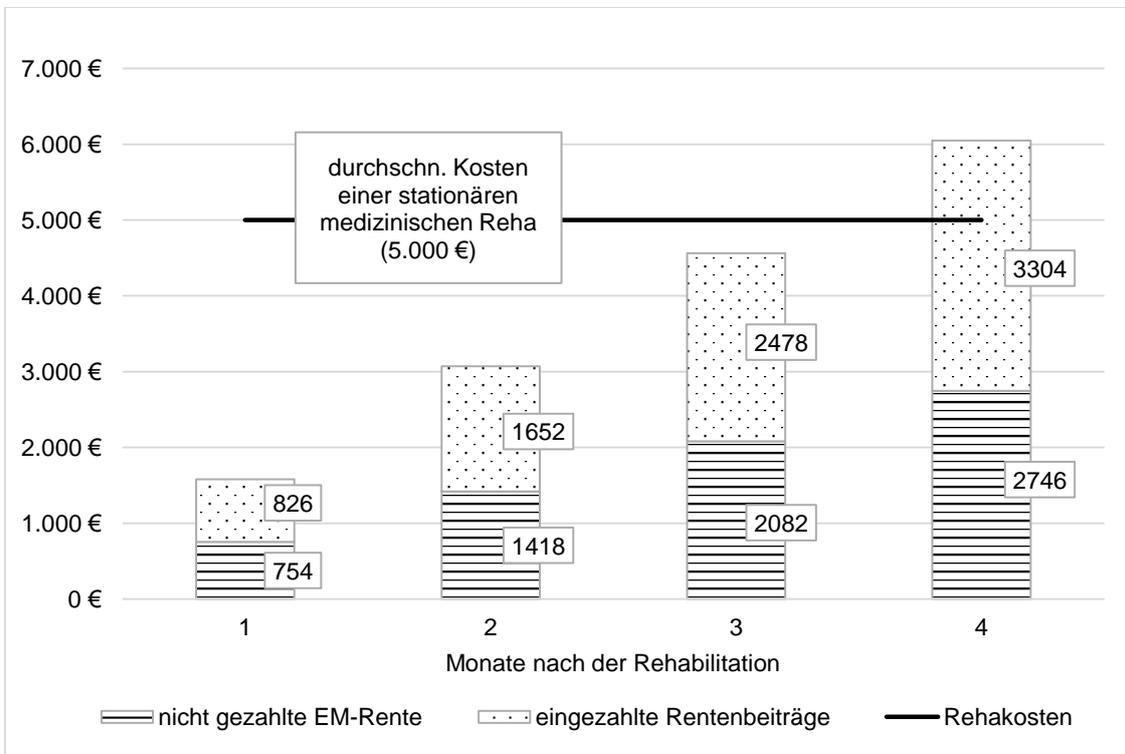


Abbildung 19: Amortisationsmodell - Quartil 3 – Mittelwerte – eigene Darstellung

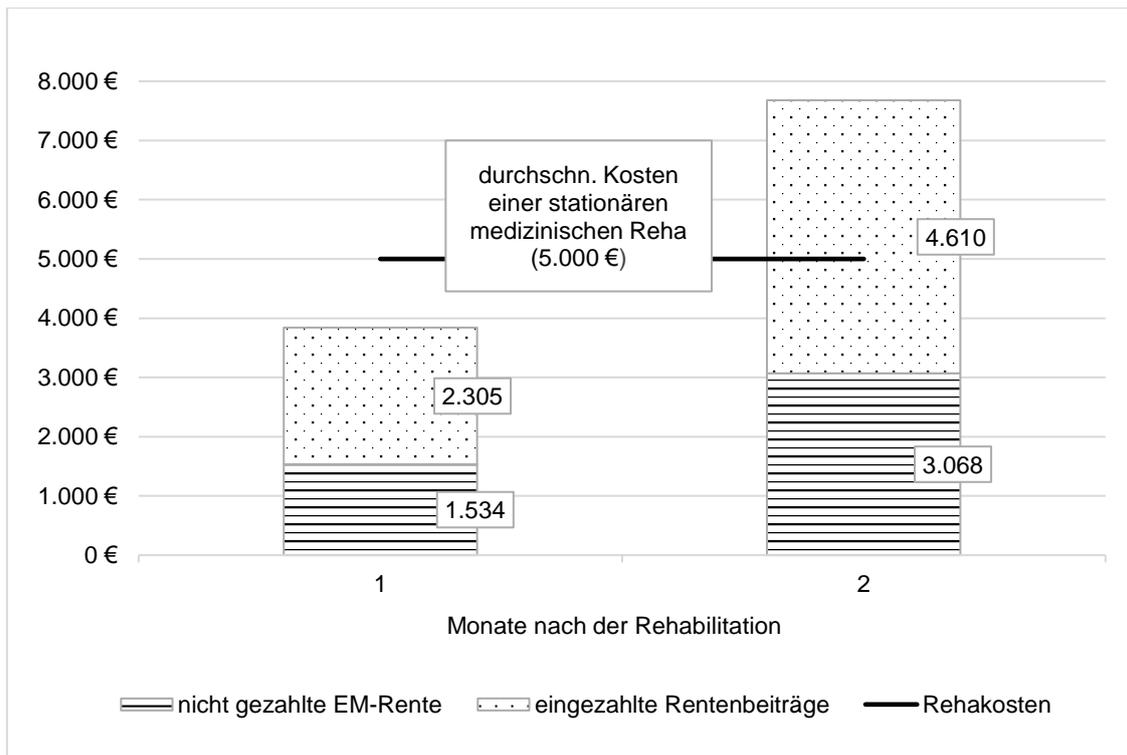


Abbildung 20: Amortisationsmodell - Quartil 4 – Mittelwerte – eigene Darstellung

Nach Übertragung der Quartils-Variablen ist erkennbar, dass versicherte Personen mit geringen Einkommen und Verdiensten zur Amortisierung der Rehabilitationskosten einer längeren Erwerbstätigkeit nach Inanspruchnahme der Reha-Maßnahme nachkommen müssen.

Geringverdiener im Quartil 1 benötigen im Durchschnitt mit Rentenbeiträgen von monatlich 69 Euro achtzehn Monate bis sich die medizinische Rehabilitation amortisiert hat. Für versicherte Personen aus dem 2. Quartil werden die Kosten der Rehabilitation durch deren Rentenbeiträge i. H. v. monatlich 341 Euro nach sechs Monaten gedeckt sein, im Gegensatz werden vier Monaten im 3. Quartil bei einer Beitragshöhe von durchschnittlich 826 Euro monatlich benötigt. Versicherte Personen mit einem sehr hohen Einkommen (Quartil 4) benötigen mit Rentenbeitragszahlungen von 2.305 Euro im Schnitt nicht einmal zwei Monate nach der durchgeführten Rehabilitation um die Reha-Kosten zu decken.

6 Diskussion

Das Ziel dieser Diplomarbeit war es zu untersuchen, ob „das Amortisationsmodell der medizinischen Rehabilitation der DRV ein möglicher Erklärungsansatz für die soziale Ungleichheit bei der Umsetzung des Grundsatzes „Reha vor Rente“ ist. Dazu wurden die Daten „Versichertenrentenzugang – Erwerbsminderung und Diagnosen 2001 bis 2020“ der DRV anhand eine Scientific Use File des Forschungsdatenzentrums der Rentenversicherung analysiert sowie die gewonnenen Ergebnisse unter Betrachtung der Sichtweise zur sozialen Ungleichheit auf das Amortisationsmodell der medizinischen Rehabilitation übertragen.

Die Analysen zielten darauf ab, Daten im Betrachtungszeitraum der Jahre 2001 bis 2020 über die Entwicklung der erstmaligen Erwerbsminderungs-Berentungen, der Renten-Gewährungs-Diagnosen und der Nicht-Inanspruchnahme von medizinischen Rehabilitationen bei EM-Rentner:innen auszuwerten. Die gewonnenen Daten aus den 4 Studienpopulationen 1 bis 1c wurden genutzt, um zu erfahren von welchen potentiellen soziodemographischen Faktoren die Inanspruchnahme einer medizinischen Rehabilitation von Beziehenden einer EM-Rente abhängig ist und wie sich diese für verschiedene Einkommensgruppen im Amortisationsmodell der medizinischen Rehabilitation darstellen.

Ergebnisse

Die Datenanalyse der 20%tigen Stichprobe des SUF zeigte, dass es pro Jahr durchschnittlich circa 33.000 EM-Renten-Neuzugänge gibt. Die Zahlen unterliegen in einem Zeitraum von 20 Jahren keinen wesentlichen Änderungen und bleiben auf einem konstant hohen Niveau. Dabei beträgt der Nicht-Inanspruchnahme-Anteil einer medizinischen Rehabilitation vor der EM-Rentengewährung im Mittel 57%.

Die Haupt-Gewährungsdiagnosen der EM-Renten führen die „Psychischen und Verhaltensstörungen“ mit 38% an. Deren Anteil hat sich seit dem Jahr 2001 von 26% bis ins Jahr 2020 auf 42% erhöht. Hingegen halbierte sich die Anzahl der Gewährungsdiagnose im Bereich der „Muskel-Skelett-Erkrankungen“ von 24% auf 12%.

Signifikante Unterschiede für die Nicht-Inanspruchnahme der medizinischen Rehabilitation bei EM-Renten-Beziehenden zeigen sich in den soziodemographischen Merkmalen Einkommen und Rentenhöhe. Je geringer das Einkommen oder die Rente ist, desto höher ist das Risiko, dass die versicherte Person keine medizinische Rehabilitation im Zeitraum von fünf Jahren vor der Gewährung der Erwerbsminderungsrente erhalten hat. Gleiches gilt für den Bildungsabschluss und das steigende Anforderungsniveau in einer Beschäftigung. Dabei weichen die bivariaten Ergebnisse je nach Fallgruppe in den 4

Studienpopulationen zum Teil deutlich voneinander ab. In der Gesamtgruppe (Studienpopulation 1, n: 661.227) aller EM-Rentner:innen haben 56,6% keine medizinische Rehabilitation vor der Renten-Gewährung erhalten. EM-Rentner:innen (Studienpopulation 1a, n: 447.669), deren Rehantrag nicht umgedeutet wurde, erhalten zu 64,5% keine Rehabilitations-Maßnahme. Versicherte Personen (Studienpopulation 1b, n: 213.558), deren Reha-Antrag in einen Renten-Antrag umgedeutet wurde, erhalten hingegen nur zu 39,9% keine Reha-Maßnahme. In der Studienpopulation 1c (n: 575.984) zeigt sich weiter, dass EM-Rentner:innen ohne umgedeuteten Reha-Antrag sowie versicherte Personen mit umgedeutetem Reha-Antrag, wenn sie in den 5 Jahren vor der EM-Rente eine medizinische Reha-Leistungen in Anspruch genommen haben, zu 50,2% keine Rehabilitation erhalten.

Bei der Betrachtung der Nicht-Inanspruchnahme einer medizinischen Rehabilitation und deren möglichen Einflussfaktoren (Renten-Gewährungsdiagnose, Jahreseinkommen, Rentenzahlbetrag) zeigen die Ergebnisse für den Zeitraum der Jahre 2001 bis 2020, dass es innerhalb der genannten Einflussfaktoren geringe Schwankungen gibt. Die Anteile in den Jahren bleiben auf nahezu gleichhohem Niveau.

Im Zeitverlauf sind für die Nicht-Inanspruchnahme einer medizinischen Reha die führenden Rentengewährungs-Diagnosen die der „Neubildungen“ (58%) und „Psychischen und Verhaltensstörungen“ (57%). Über den Zeitraum von 20 Jahren zeigt sich, dass die Höhe des Einkommens (Quartil 1: 72,9%; Quartil 2: 55,3%; Quartil 3: 47,8%; Quartil 4: 49,5%) und der Rente (Quartil 1: 66,4%; Quartil 2: 57,8 %; Quartil 3: 55,7%; Quartil 4: 46,4 %) einen eindeutigen Einfluss auf die Nicht-Inanspruchnahme einer medizinischen Rehabilitation haben.

Das Amortisationsmodell der medizinischen Rehabilitation zeigt, dass sich die Kosten einer durchgeführten Reha in Gegenüberstellung mit den eingezahlten Rentenbeiträgen des Versicherten und den vermiedenen EM-Renten-Zahlungen nach wenigen Monaten decken. Bei der Übertragung der vier Quartils-Klassen zum Einkommen auf das Amortisationsmodell war erkennbar, dass versicherte Personen mit geringen Einkommen und Verdiensten zur Amortisierung der Rehabilitationskosten einer längeren Erwerbstätigkeit nach Inanspruchnahme der Reha-Maßnahme nachkommen müssen. Geringverdienende (Quartil 1) benötigen im Durchschnitt 18 Monate, versicherte Personen aus dem 2. Quartil circa 6 Monate, 4 Monate sind noch im 3. Quartil erforderlich und versicherte Personen mit einem sehr hohen Einkommen (Quartil 4) benötigen weniger als 2 Monate nach der durchgeführten Rehabilitation um die Reha-Kosten zu decken.

Interpretation der Ergebnisse:

Die in den Analysen ermittelten EM-Renten-Neuzugänge stimmen mit den Zahlen aus den veröffentlichten Statistiken der DRV überein. (s. **Abbildung 1**, s. **Anhangverzeichnis: A – Tabelle 1**). Diese „Entwicklung“ widerspricht jedoch den seit Jahren steigenden Zahlen an Versicherten sowie der gesetzlichen Anpassung des Renteneintrittsalters von 65 auf 67 Jahren. Neben dem Arbeitsalter steigt auch der Anteil älterer versicherter Personen mit Rehabilitationsbedarf (Swart et al. 2014). Dennoch erhalten mit durchschnittlich 57% der EM-Rentenbeziehenden seit zwanzig Jahren keine medizinische Rehabilitation. Wie bei den EM-Renten-Bewilligungen zeigt sich auch hier kein Aufwärtstrend in den Bewilligungen medizinischer Reha-Leistungen. Es lässt sich vermuten, dass den Bewilligungen von Rehabilitationsleistungen wie von *Hüfken* (2011, (Hartmut Hüfken - DRV Rheinland-Pfalz 2011) beschrieben durch die Einteilung des Reha-Budgets und damit eine Knappheit der finanziellen Ressourcen für die Bewilligung von Rehabilitationen durch die Leistungsträger zugrunde liegen. (Augurzky et al. 2011) Unter dem Begriff des „Reha-Deckels“ sind die Mittel für Rehabilitationsleistungen jährlich beschränkt. Bei Überschreiten der Budgets wird der Überschreibungsbetrag im Folgejahr vom laufenden Budget abgezogen (Hartmut Hüfken - DRV Rheinland-Pfalz 2011; Augurzky et al. 2011) . Dies hätte für die Antragstellenden von Teilhabeleistungen u. U. eine Ablehnung der beantragten Maßnahme zur Folge. Dies würde, die seit Jahren anhaltende Stagnationen in den EM-Renten- und Reha-Bewilligungen erklären.

Der Anstieg auf 42% in der Haupt-Gewährungsdiagnosen der EM-Renten bei den „Psychischen und Verhaltensstörungen“ könnte in der anhaltenden schlechten Versorgungslage psychischer Erkrankungen in Vergleich zu den physischen Erkrankungen gesehen werden. Dabei ist nach *Wittchen* nicht von der Zunahme der Erkrankungen in der Gesellschaft auszugehen (Deutscher Ärzteverlag GmbH, Redaktion Deutsches Ärzteblatt 2013). Kommt es aufgrund dieser Versorgungssituation bei den versicherten Personen mit psychischen Erkrankungen zu langen chronifizierten Krankheitsverläufen, lassen diese eine schnelle Wiedereingliederung und Teilhabe in einer Beschäftigung eher selten zu. Die Voraussetzungen für eine Erwerbsminderungsberentung sind in diesen Fällen dann eher erfüllt und bestätigen die hohen Bewilligungs-Anteile.

Auf der anderen Seite zeigt sich, dass es über die letzten 20 Jahre zu einem starken Abfall auf 12% in der Gewährungsdiagnose im Bereich der „Muskel-Skelett-Erkrankungen“ kam. Dies kann einerseits in den veränderten Arbeitsbedingungen, die größtenteils weniger körperlich betont sind, andererseits in den präventiven Vorsorgeangeboten für gesundheitliche Fitness durch andere Leistungsträger wie der Krankenkassen und der Arbeitgeber gesehen werden. (Schröder et al. 2006)

Die Untersuchungsergebnisse der bivariaten Analysen zeigen, dass die Nicht-Inanspruchnahme der medizinischen Rehabilitation bei EM-Renten-Beziehenden von den soziodemographischen Merkmalen der Einkommens- und Rentenhöhe abhängen. Der individuelle Rentenzahlbetrag ergibt sich unter anderem aus den erwirtschafteten Entgeltpunkten, also dem Verhältnis des persönlichen Einkommens der versicherten Person zum Durchschnittseinkommen aller Versicherten. Die EM-Rentenzahlbeträge stehen damit in direkter Verbindung zum Einkommen der versicherten Person. Je geringer das Einkommen ist, desto geringer wird auch die Höhe der gezahlten EM-Rente sein. Damit besteht ein direkter Zusammenhang zwischen dem Einkommen, dem Rentenzahlbetrag und folglich der aufgezeigten Nicht-Inanspruchnahme einer medizinischen Rehabilitation. Diese Zusammenhänge zeigen sich in allen Studienpopulationen und bestätigen die Ungleichverteilung medizinischer Rehabilitationen unter EM-Renten-Beziehenden. Für eine genauere Betrachtung der Ergebnisse sollte zusätzlich eine Analyse in den EM-Renten-Gewährungsdiagnosen der jeweiligen Einkommens-Gruppen erfolgen. Diese könnten weitere Hinweise auf die Ablehnungssituation der Rehabilitationen geben können, zum Beispiel aufgrund möglich hoher Anteile psychischer und Verhaltensstörungen in den oberen Einkommensklassen, die für die hohen Umdeutungszahlen in diesen beiden-Gruppen sprechen würden.

Beim Betrachten der Nicht-Inanspruchnahme einer medizinischen Rehabilitation über den Zeitraum der Jahre 2001 bis 2020 zeigen die stabil hohen Anteile Assoziationen zu den untersuchten Renten-Gewährungsdiagnosen, den Jahreseinkommen und den Rentenzahlbeträgen bei den EM-Renten-Neuzugängen. Vorhandene Schwankungen im Beobachtungszeitraum gehen punktuell mit der Inflation einher (s. **Anhangverzeichnis: B – Abbildung 2**), da steigende Kosten für Rehabilitationsmaßnahmen (s. **Abbildung 3**) die anteiligen Bewilligungszahlen unter Einhaltung fester Budgetvorgaben sinken lassen, beziehungsweise die Zahl der Nicht-Inanspruchnahmen dadurch zwangsweise erhöht werden. Für die Verläufe der Nicht-Inanspruchnahmen medizinischer Rehabilitationen wäre das bereits erwähnte Reha-Budget unter einem weiteren Gesichtspunkt eine mögliche Ursache, da es durch unterjährigen Budgetmehrausgaben zwangsweise zu einer Kürzung des Budgets im Folgejahr kommt und diese Kürzung direkt die Nicht-Inanspruchnahmen medizinischer Rehabilitationen erhöht (Hartmut Hüfken - DRV Rheinland-Pfalz 2011).

Die Übertragung der Einkommens- und Rentendaten in das Amortisationsmodell der medizinischen Reha zeigt eine deutliche Spannweite von 16 Monaten in der Amortisationsdauer zwischen dem niedrigsten und höchsten Einkommens- und Renten-Quartil auf. Wie bereits *Schneider* (Schneider 1989) erwähnt, sind die zugrunde gelegten Daten seines Modells Durchschnittswerte der DRV, um die Rentenbeiträge und vermiedenen

EM-Renten-Zahlungen zur Darstellung des Modells abzubilden. Diese Vorgehensweise wird unter Anpassung der aktuellen Zahlen weiterhin von der DRV in ihren Reha-Berichten verwendet (s. **Abbildung 3** bis **Abbildung 6**). Ein Vergleich der durchschnittlichen Zahlen der DRV aus dem Jahr 2019 mit den Durchschnittswerten aller vier Studien-Quartile, lässt erkennen, dass sich die medizinische Rehabilitation laut der DRV nach durchschnittlich 3,5 Monaten (vermiedene EM-Rente 806 Euro, Rentenbeitrag 603 Euro, Reha-Kosten 4.912 Euro) und die aus der durchgeführten Studie nach 3 Monaten (vermiedene EM-Rente 761 Euro, Rentenbeitrag 885 Euro, Reha-Kosten 5.000 Euro) amortisiert hat. In diesem Fall ist eine Vergleichbarkeit aufgrund unzureichender Informationen der DRV was als „Durchschnitt“ verstanden werden kann, nicht möglich.

Um zu zeigen wie hoch der Anteil an Frauen und Männern in den Einkommens-Quartilen ist, wurde unter Zugrundelegung der Einkommens-Quartile (s. **Tabelle 3** Fortsetzung) und der Netto-Einkommensverteilung in der BRD (s. **Abbildung 9**) eine Richtwert-Tabelle (vgl. **Tabelle 6**) gebildet. Diese ist kritisch zu betrachten und dient lediglich als Orientierung, da die Bildung des Nettoeinkommens von zahlreichen individuellen sozialversicherungs- sowie steuerrelevanten Merkmalen abhängt.

Tabelle 6: Einkommens-Quartile - Verteilung der Netto-Monatseinkommen – eigene Darstellung

Gesellschaftliche Verteilung der Netto-Monatseinkommen ¹			
EK-Quartil	Netto-Einkommens-Bereich	Anteil Frauen	Anteil Männer
1	0 € bis 500 €	21%	10%
2	500 € bis 2.000 €	61%	46%
3	2.000 € bis 3.500 €	15%	31%
4	mehr als 3.500 €	3%	14%

1: Richtwerte in Anlehnung der Abbildung 9 – Netto-Einkommensverteilung Frauen und Männer im Jahr 2021 (Statista 2022a)

Die Richtwert-Tabelle lässt erkennen, dass 82% der Frauen und 56% der Männer in den beiden unteren Quartilen Einkommen erwirtschaften. 18% der Frauen und knapp die Hälfte der Männer (45%) finden sich in den oberen Quartilen wieder. Damit wird noch einmal deutlich, dass es zwischen den Geschlechtern als auch in den Einkommenshöhen sowie für die Amortisationsdauer einer medizinischen Rehabilitation Ungleichheiten gibt.

Die DRV gibt an, dass sich „Reha rechnet“ (Deutsche Rentenversicherung Bund 2021b). Diese Aussage kann von zwei Seiten betrachtet werden. Einerseits sind laut dem Amortisationsmodells die Kosten der medizinischen Reha gedeckt und eine kostenintensive

EM-Renten-Zahlung wird vermieden. Andererseits kommt jeder in Rehabilitationen investierte Euro mit fünf Euro der Wirtschaft zu Gute (Augurzky et al. 2011). Im Umkehrschluss sind arbeitende Bürger:innen aktive Beitragszahlende, die das Sozialsystem stärken und nicht aufgrund von Krankheits- oder Erwerbsminderungszeiten dem System finanzielle Mittel in Form vom Arbeitslosen-, Krankengeld und Erwerbsminderungsrenten entziehen. Lohnersatzleistungen führen wiederum zu geringen Beitragszahlungen, die letztlich zu einer geringeren Renten-Zahlung führen. Zudem stärken die Beitragszahlenden indirekt mit ihrem Einkommen und Beiträgen den Rentenwert, der für die Berechnung der Rentenhöhe erforderlich ist und sie tragen zur Regulierung des Beitragssatzes bei.

Limitationen in der Forschung

Die Arbeit findet ihre inhaltlichen Grenzen in den im Methodenteil festgelegten Kriterien. Da die Datensätze des FDZ der RV umfangreiche Versichertendaten aufweisen, wurden für die Analysen allgemeingültige soziodemographische Merkmale wie in Kapitel 3 und 4 beschrieben verwendet. Weitere Versicherungstatbestände zu rentenrechtlichen Zeiten, wie zum Beispiel Kindererziehungs- und Berücksichtigungszeiten, die auch soziodemographische Zusammenhänge hätten aufzeigen können, wurden in diesen Analysen aufgrund des Umfangs nicht mit betrachtet. Eine weitere verfeinerte Aussage für die Nicht-Inanspruchnahme von medizinischen Rehabilitationen von Frauen mit Kindern ist daher hier nicht möglich.

Eine weitere Einschränkung wurde für die Darstellung des Amortisationsmodells der medizinischen Rehabilitation nach Einkommensklassen getroffen. Die Berechnung der monatlichen Rentenbeiträge erfolgte für alle Einkommenshöhen paritätisch. Eine Berechnung, die den Übergangsbereich mit einschließt wurde aufgrund der Komplexität in den Berechnungsstrukturen nicht durchgeführt. Inwieweit sich dies auf die tatsächliche Rentenbeitragshöhe bei Geringverdienenden und damit auf den Amortisationszeitraum ausgewirkt hätte, bleibt offen.

Weiterer Forschungsbedarf

Weiterer Forschungsbedarf ergibt sich aus der Tatsache, dass Rentenzahlungen im Vergleich zu Teilhabeleistungen langfristig gesehen kostspieliger für die DRV und damit für die Versichertengemeinschaft sind. Außerdem steht der DRV für die Bewilligungen von Teilhabeleistungen ein festes Budget zur Verfügung. Daher stellt sich hier die Frage, ob sich aufgrund der finanziellen (Planungs)-Defizite eine soziale Ungleichheit in der Bewilligungssituation ergibt. Die DRV bietet bereits Präventionsmaßnahmen an und auch die Zahlen ambulanter Rehabilitationen nehmen stetig zu. Wie würde sich das Amortisationsmodell unter Zugrundelegung anderer Teilhabeleistungen darstellen? Die demogra-

phische Entwicklung und das spätere Renteneintrittsalter bedürfen einem multiprofessionellen Ansatz bei der finanziellen Optimierung sowie Umsetzung rehabilitativer Leistungen.

7 Fazit

In der vorliegenden Arbeit wurde die Frage betrachtet, ob das Amortisationsmodell der medizinischen Reha ein möglicher Erklärungsansatz für die soziale Ungleichheit des Grundsatzes „Reha vor Rente“ ist.

Für die Beantwortung der Frage wurden zur Analyse der Relevanz von „Reha vor Rente“ sowie zur Schaffung einer Untersuchungsgrundlage für die sich anschließende Datenanalyse die Themen-Bereiche „soziale Ungleichheit“, „medizinische Reha“ sowie „Amortisationsmodell“ genauer untersucht und dargestellt. In einer 20%tigen Stichprobe des Scientific Use File „Versichertenrentenzugang – Erwerbsminderung und Diagnosen 2001 bis 2020“ des Forschungsdatenzentrums der DRV wurden in Abhängigkeit soziodemographischer Merkmale durch Festlegung von Ein- und Ausschlusskriterien vier Studienpopulationen an Erwerbsminderungsrentner:innen gebildet und zur „Inanspruchnahme einer medizinischen Reha in den fünf Jahren vor Leistungsfall“ analysiert.

Die Ergebnisse haben gezeigt, dass der Bewilligungsstand der EM-Renten im Betrachtungszeitraum der Jahre 2001 bis 2020 auf konstant hohem Niveau liegt. Dabei erhalten im Durchschnitt 57% der EM-Rentner:innen in den 5 Jahren vor ihrer Rente keine medizinische Rehabilitation. Bei den Berentungs-Diagnose-Kategorien zeigte sich, dass in der Kategorie der „psychischen und Verhaltensstörungen“ der Anteil auf 42% anstieg, hingegen sankt der Anteil in der Kategorie „Muskel- und Skeletterkrankungen“ auf 12%. Die Ergebnisse der bivariaten Regression zeigen, dass es deutliche Unterschiede für die Inanspruchnahme einer medizinischen Rehabilitation bei EM-Renten-Beziehenden bei den soziodemographischen Merkmalen „Einkommen in den 3 Jahren vor Leistungsfall“ und „Rentenzahlbetrag“ gibt. EM-Rentner:innen mit geringen Einkommen und geringen Renten erhalten mit einer über 2%tigen Wahrscheinlichkeit keine medizinische Rehabilitation vor ihrer Rente. Diese Tatsache ist durchgehend auch im Betrachtungszeitraum zu erkennen. Die Darstellung des Amortisationsmodells nach Einkommens- und Renten-Quartilen zeigte, dass versicherte Personen mit geringen Einkommen und Verdiensten zur Amortisierung der Rehabilitationskosten einer längeren Erwerbstätigkeit nach Inanspruchnahme der Reha-Maßnahme nachkommen müssen. Die Spannweite zwischen der untersten und obersten Einkommensgruppe beträgt 16 Monate.

Insgesamt lässt sich damit sagen, dass versicherte Personen mit geringen Renten und Erwerbseinkommen sowie jene mit Erkrankungen im Bereich der psychischen und Verhaltensstörungen seltener eine medizinische Rehabilitation vor der Bewilligung einer Erwerbsminderungsrente erhalten. Zudem legen die einkommensabhängigen Beitragszahlungen der versicherten Personen die Dauer der Amortisation einer durchgeführten

Rehabilitation nach dem „Amortisationsmodell der medizinischen Rehabilitation“ fest. Für knapp die Hälfte der EM-Rentner:innen trifft der Grundsatz „Reha vor Rente“ zu, vor ihrer EM-Rente eine medizinische Rehabilitation erhalten zu haben. Soziale Ungleichheiten in Bezug der Inanspruchnahmen einer medizinischer Rehabilitationen bei Erwerbsminderungsrentner:innen zeigen sich im Bereich der Einkommens- und Rentenunterschiede als auch der Unterschiede bei den Renten-Gewährungsdiagnosen.

Aufgrund der Analysen konnte gezeigt werden, dass das Amortisationsmodell der medizinischen Reha der Deutschen Rentenversicherung ein möglicher Erklärungsansatz für die soziale Ungleichheit des Grundsatzes „Reha vor Rente“ ist.

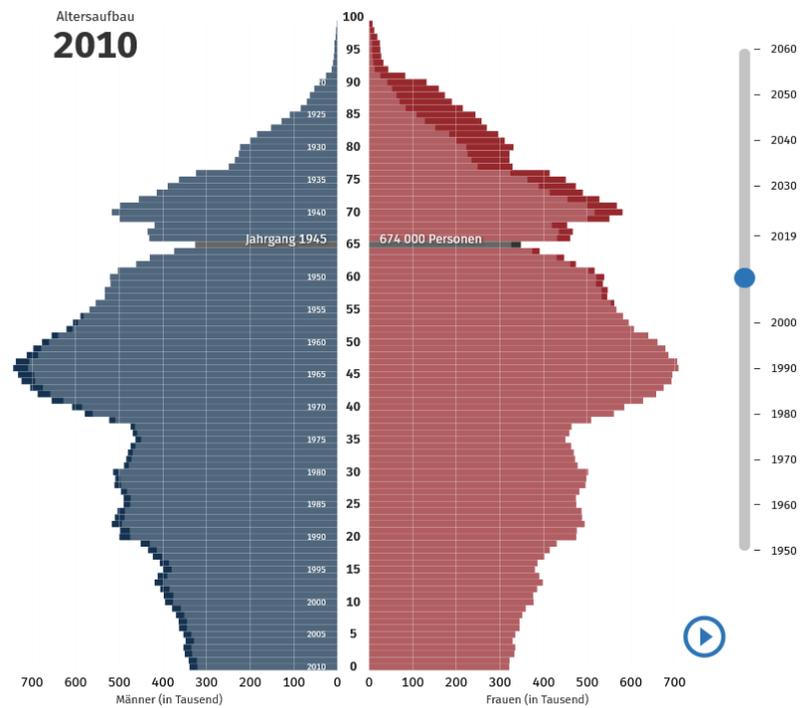
8 Kernaussagen

1. Die Deutsche Rentenversicherung ist für die soziale Sicherung der Bürger:innen und für die Volkswirtschaft der BRD von enormer Bedeutung.
2. Der Anteil an Rentner:innen wird sich bis zum Jahr 2029 aufgrund des demographischen Wandels verdoppeln was zu Rentenmehrausgaben führen wird.
3. Die Finanzierung der DRV erfolgt nach dem Generationenvertrag und dem Umlageverfahren durch die Beiträge der versicherten Personen.
4. Versicherte Personen sollen unter dem Grundsatz „Teilhabeleistung vor Rente“ so lange wie möglich durch die Ausübung einer Erwerbstätigkeit aktive Beitragszahlende für die DRV bleiben um kostenintensive EM-Renten zu vermeiden.
5. Die medizinische Rehabilitation der DRV trägt dazu bei vorhandene Beeinträchtigungen in der Erwerbsfähigkeit zu beseitigen oder ein zu frühes Ausscheiden aus dem Erwerbsleben zu verhindern.
6. Die Zahlen der Bewilligungen für medizinische Rehabilitationen und EM-Renten sind seit 20 Jahren auf konstantem Niveau.
7. In den EM-Renten-Gewährungs-Diagnosen verzeichnen die psychischen und Verhaltensstörungen einen linearen Anstieg.
8. Die Kosten für die Leistungen zur Teilhabe betragen ein Drittel im Vergleich zu den Erwerbsminderungs-Rentenzahlungen.
9. 57% der EM-Rentner:innen erhalten im 5-Jahres-Zeitraum vor der Rente keine medizinische Rehabilitation.
10. Das Amortisationsmodell der medizinischen Reha der DRV ist eine Kosten-Nutzen-Darstellung, ob sich eine medizinische Reha finanziell rentiert.
11. Die Amortisationsdauer einer medizinischen Reha ist vom Einkommen der versicherten Personen abhängig.
12. Die Inanspruchnahme einer medizinischen Reha in den fünf Jahren vor einer EM-Rente ist von soziodemographischen Faktoren wie dem Einkommen und der Rentenhöhe abhängig.

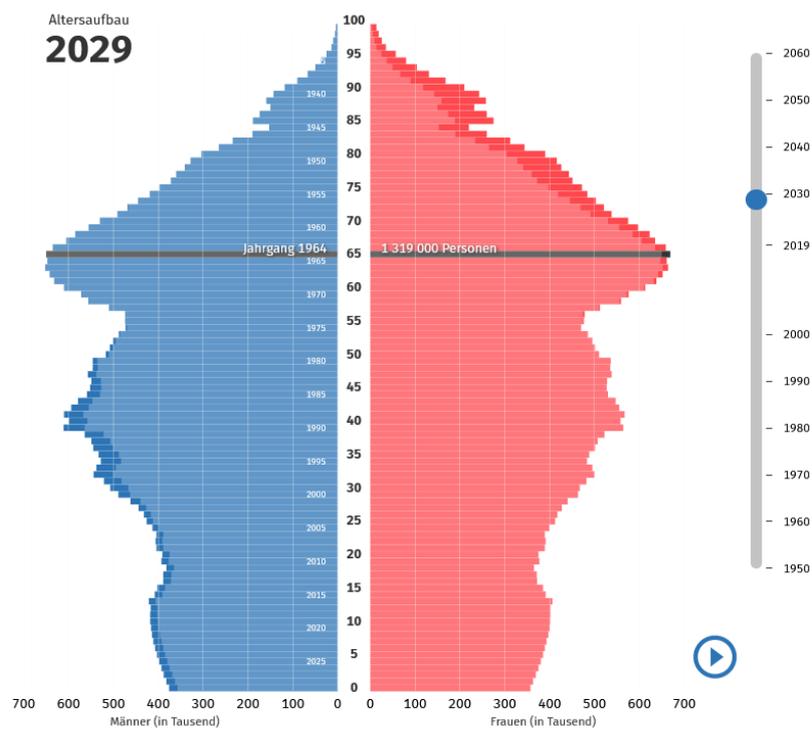
Anhangverzeichnis

	Seite
<u>Anhang A</u>	IX-X
A – Abbildung 1: Altersaufbau und Bevölkerungsentwicklung BRD - Stand 2010 (<i>destatis 2022a</i>)	
A – Abbildung 2: Altersaufbau und Bevölkerungsentwicklung BRD - Stand 2029 (<i>destatis 2022b</i>)	
A – Tabelle 1: Anträge und Bewilligungen medizinischer Rehabilitationen und Erwerbsminderungsrenten (2011 bis 2020) – Eigene Darstellung in Anlehnung der Zahlen der DRV (<i>Deutsche Rentenversicherung 2021</i>)	
<u>Anhang B</u>	XI
B – Abbildung 1: Gleitzone nregelung der DRV (<i>Liebig 2022; DRV 2022a</i>)	
B – Abbildung 2: Entwicklung der Inflation in der BRD (2009 bis 2019) – eigene Darstellung	
<u>Anhang C</u>	XII
C – Tabelle 1: Entwicklung der Erwerbsminderungs-Berentungen in den Rentengewährungs-Diagnose-Kategorien (2001 bis 2020) – eigene Darstellung	
<u>Anhang D</u>	XIII – XVIII
D – Tabelle 1: Inanspruchnahme einer medizinischen Rehabilitationsmaßnahme in Abhängigkeit von soziodemographischen Merkmalen (n: 447669 - Studienpopulation 1a), Ergebnisse der logistischen Regression	
D – Tabelle 2: Inanspruchnahme einer medizinischen Rehabilitationsmaßnahme in Abhängigkeit von soziodemographischen Merkmalen (n: 213.558 - Studienpopulation 1b), Ergebnisse der logistischen Regression	
D – Tabelle 3: Inanspruchnahme einer medizinischen Rehabilitationsmaßnahme in Abhängigkeit von soziodemographischen Merkmalen (n: 575.984 - Studienpopulation 1c), Ergebnisse der logistischen Regression	
<u>Anhang E</u>	XIX
Glossar	

Anhang A



A – Abbildung 1: Altersaufbau und Bevölkerungsentwicklung BRD - Stand 2010 (destatis 2022a)



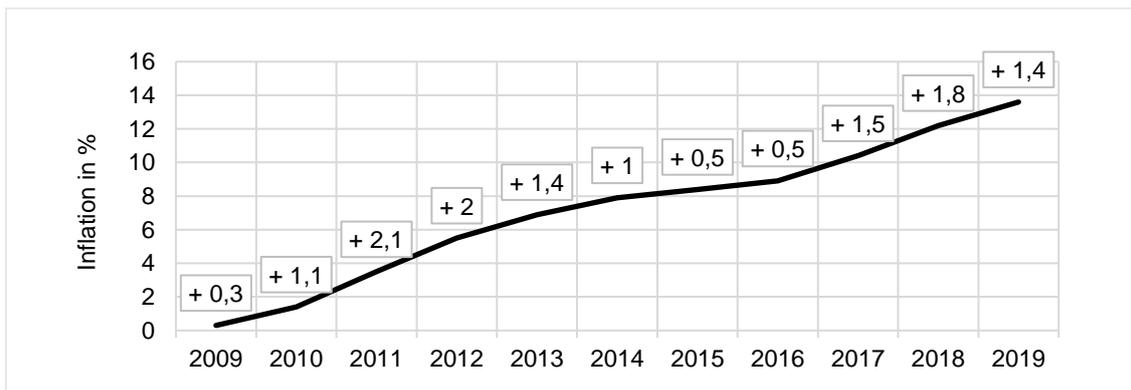
A – Abbildung 2: Altersaufbau und Bevölkerungsentwicklung BRD - Stand 2029 (destatis 2022b)

Jahr	Medizinische Rehabilitationen		Erwerbsminderungsrenten	
	Anträge	Bewilligungen	Anträge	Bewilligungen
2011	1.690.818	1.087.785	360.246	180.238
2012	1.692.801	1.097.538	358.839	178.683
2013	1.670.139	1.085.577	356.482	176.682
2014	1.724.277	1.135.087	345.210	170.784
2015	1.659.740	1.096.127	355.813	174.328
2016	1.641.199	1.106.448	358.291	173.996
2017	1.604.987	1.109.014	350.547	165.638
2018	1.610.054	1.131.270	342.294	167.978
2019	1.625.158	1.142.273	369.499	161.534
2020	1.394.608	1.011.417	350.844	175.808
gesamt	16.313.781	11.002.536	3.548.065	1.725.669

A – Tabelle 1: Anträge und Bewilligungen medizinischer Rehabilitationen und Erwerbsminderungsrenten (2011 bis 2020) – Eigene Darstellung in Anlehnung der Zahlen der DRV (Deutsche Rentenversicherung 2021)



B – Abbildung 1: Gleitzone-Regelung der DRV (Liebig 2022; DRV 2022a)



B – Abbildung 2: Entwicklung der Inflation in der BRD (2009 bis 2019) – eigene Darstellung (Statista 2022b)

Rentengewährungs-Diagnose	Berichtsjahr																				
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Summe
Psychische und Verhaltensstörungen	10256	9903	10111	10616	10660	10320	10750	11597	12933	14024	14714	14971	14927	14636	14881	14891	14264	14280	13508	14627	256869
Herz-Kreislauf	25,67	28,33	29,48	31,82	32,98	33,24	34,05	36,08	37,87	38,93	41,32	42,39	42,75	43,35	43,18	43,27	43,48	42,96	42,19	41,99	37,71
Neubildungen	4824	4292	4240	3859	3523	3407	3378	3346	3451	3592	3349	3381	3428	3189	3241	3096	3001	3108	2969	3233	69907
	12,08	12,28	12,36	11,57	10,90	10,97	10,70	10,41	10,11	9,97	9,40	9,57	9,82	9,45	9,40	9,00	9,15	9,35	9,27	9,28	10,26
Muskel-Skelett-Erkrankungen	5002	4901	5055	4981	4711	4705	4729	4548	4733	4855	4538	4438	4317	4158	4427	4538	4237	4459	4552	5151	93035
sonstige Diagnosen	12,52	14,02	14,74	14,93	14,58	15,15	14,98	14,15	13,86	13,48	12,74	12,57	12,37	12,32	12,84	13,19	12,92	13,41	14,22	14,79	13,66
	9520	7736	7068	6288	5913	5228	5224	5132	5183	5262	5089	4857	4656	4422	4240	4115	4066	3932	3786	4088	105805
Summe	23,83	22,13	20,61	18,85	18,30	16,84	16,55	15,97	15,18	14,61	14,29	13,75	13,34	13,10	12,30	11,96	12,39	11,83	11,83	11,74	15,53
	10346	8126	7821	7622	7511	7390	7490	7522	7850	8291	7921	7667	7585	7354	7676	7771	7237	7461	7200	7732	155573
	25,90	23,25	22,81	22,84	23,24	23,80	23,72	23,40	22,99	23,02	22,24	21,71	21,73	21,78	22,27	22,58	22,06	22,45	22,49	22,20	22,84
	39948	34958	34295	33366	32318	31050	31571	32145	34150	36024	35611	35314	34913	33759	34465	34411	32805	33240	32015	34831	681189

C – Tabelle 1: Entwicklung der Erwerbsminderungs-Berentungen in den Rentengewährungs-Diagnose-Kategorien (2001 bis 2020) – eigene Darstellung

Anhang D

D – Tabelle 1: Inanspruchnahme einer medizinischen Rehabilitationsmaßnahme in Abhängigkeit von soziodemographischen Merkmalen (n: 447669 - Studienpopulation 1a), Ergebnisse der logistischen Regression

Merkmal		n	%	Keine med. Reha-Maßnahme in 5 Jahren vor EM-Rentengewährung			
				N	%	OR	95%-KI
alle		447.669	100,0	288.871	64,5	-	-
Alter [Jahren]	< 44	87.516	19,5	65.975	75,4	2,01	[1,98;2,04]
	45-59	284.179	63,5	171.595	60,4	Referenz	
	> 60	75.974	17,0	51.301	67,5	1,36	[1,34;1,39]
Geschlecht	weiblich	211.087	47,2	131.912	62,5	Referenz	
	männlich	236.582	52,8	156.959	66,3	1,18	[1,17;1,20]
Anzahl Kinder	keine	293.853	65,6	197.559	67,2	Referenz	
	>= 1	153.816	34,4	91.312	59,4	0,71	[0,70;0,72]
Familienstand	alleine lebend ¹	208.772	46,6	146.196	70,0	1,58	[1,56;1,60]
	nicht alleine lebend ²	238.897	53,4	142.675	59,7	Referenz	
Staatsangehörigkeit	Deutsch	388.302	86,7	244.832	63,1	Referenz	
	Ausland	59.367	13,3	44.039	74,2	1,68	[1,65;1,72]
Wohnort	Alte Bundesländer	341.582	76,3	218.428	64,0	Referenz	
	Neue Bundesländer	93.935	21,0	58.632	62,4	0,94	[0,92;0,95]
	Ausland	12.152	2,7	11.811	97,2	19,5	[17,5;21,8]
Bildung	k. A. / unbekannt	223.683	50,0	160.099	71,6	2,03	[2,01;2,06]
	niedrig	55.163	12,3	35.095	63,6	1,41	[1,38;1,44]
	mittel	159.671	35,7	88.361	55,3	Referenz	
	hoch	9.152	2,0	5.316	58,1	1,12	[1,07;1,17]
Anforderungsniveau	k. A. / unbekannt	87.660	19,6	67.541	77	2,6	[2,53;2,63]
	Helfer- u. Anlern-tätigkeiten	76.947	17,2	48.743	63,4	1,33	[1,31;1,35]
	Fachlich ausgerichtete Tätigkeiten	164.044	36,6	92.746	56,5	Referenz	
	Komplexe Spezialisten-tätigkeiten	14.655	3,3	8.003	54,6	0,93	[0,89;0,96]
	Hoch komplexe Tätigkeiten	8.118	1,8	4.532	55,8	0,97	[0,93;1,02]
	KLDB1988 nicht zuordenbar	96.245	21,5	67.306	69,9	1,79	[1,76;1,82]
Arbeitsmarktlage/ Berufsschutz	Arbeitsmarkt nicht geprüft / nicht relevant	379.952	84,9	251.862	66,3	1,71	[1,68;1,75]
	Arbeitsmarkt ist oder gilt als verschlossen	47.108	10,5	25.174	53,4	Referenz	
	Berufsschutz nach § 240 SGB VI oder nach §§ 242a bzw. 243 SGB VI	20.609	4,6	11.835	57,4	1,18	[1,14;1,22]

D – Tabelle 1: Inanspruchnahme einer medizinischen Rehabilitationsmaßnahme in Abhängigkeit von soziodemographischen Merkmalen (n: 447669 - Studienpopulation 1a), Ergebnisse der logistischen Regression, Fortsetzung

Merkmal	n	%	Keine med. Reha-Maßnahme in 5 Jahren vor EM-Rentengewährung				
			N	%	OR	95%-KI	
alle	447.669	100,0	288.871	64,5	-	-	
Rentengewährungsdiagnose	psych. u. Verhaltensstörungen	178.724	39,9	114.468	64,1	0,68	[0,67;0,70]
	Herz-Kreislauf	39.673	8,9	24.460	61,7	0,62	[0,60;0,63]
	Neubildungen	48.137	10,8	32.715	68,0	0,81	[0,80;0,83]
	Muskel-Skelett-Erkrankungen	72.180	16,1	38.480	53,3	0,44	[0,43;0,45]
	sonstige Diagnosen	108.955	24,3	78.748	72,3	Referenz	
Einkommen ³ in den 3 Jahren vor dem Leistungsfall	1. Quartil	148.777	33,2	115.828	77,9	2,42	[2,38;2,47]
	2. Quartil	114.703	25,6	69.443	60,5	1,06	[1,04;1,08]
	3. Quartil	100.418	22,4	54.058	53,8	0,81	[0,79;0,82]
	4. Quartil	83.771	18,7	49.542	59,1	Referenz	
Anrechnungszeiten wegen Arbeitslosigkeit [Monate]	0	223.437	49,9	141.975	63,5	Referenz	
	1-5	49.416	11,0	28.910	58,5	0,81	[0,79;0,83]
	6-11	36.033	8,0	21.501	59,7	0,85	[0,83;0,87]
	12-23	41.459	9,3	25.745	62,1	0,94	[0,92;0,96]
	24-47	39.812	8,9	26.887	67,5	1,19	[1,17;1,22]
	48-71	21.407	4,8	15.941	74,5	1,67	[1,62;1,73]
	>= 72	21.399	4,8	17.127	80,0	2,30	[2,22;2,38]
	k.A.	14.706	3,3	10.785	73,3	1,58	[1,52;1,64]
Anrechnungszeiten wegen Krankheit [Monate]	0	369.382	82,5	239.754	64,9	Referenz	
	1-5	49.250	11,0	29.369	59,6	0,80	[0,78;0,81]
	6-11	8.925	2,0	5.527	61,9	0,88	[0,84;0,92]
	12-23	4.270	1,0	2.715	63,6	0,94	[0,89;1,01]
	24-35	783	0,2	476	60,8	0,84	[0,73;0,97]
	>= 36	353	0,1	245	69,4	1,23	[0,98;1,54]
	k.A.	14.706	3,3	10.785	73,3	1,49	[1,43;1,54]
Rentenzahlbetrag ⁴	1. Quartil	129.292	28,9	94.353	73,0	2,40	[2,36;2,45]
	2. Quartil	116.466	26,0	75.929	65,2	1,67	[1,64;1,70]
	3. Quartil	111.168	24,8	70.578	63,5	1,55	[1,52;1,58]
	4. Quartil	90.743	20,3	48.011	52,9	Referenz	
1: Nicht verheiratet/ verwitwet / keine eingetragenen Lebenspartnerschaft							
2: Verheiratet / wiederverheiratet / in eingetragener Lebenspartnerschaft							
3: <u>Einkommens-Quartile pro Jahr:</u>							
1. Quartil <= 8.920 €							
2. Quartil > 8.920 € bis <= 35.041 €							
3. Quartil > 35.041 € bis <= 71.555 €							
4. Quartil > 71.555 € bis <= 225.845 €							
4: <u>Rentenzahlbetrags-Quartile pro Monat:</u>							
1. Quartil <= 430 €							
2. Quartil > 430 € bis <= 647 €							
3. Quartil > 647 € bis <= 860 €							
4. Quartil > 860 € bis <= 2.207 €							

D – Tabelle 2: Inanspruchnahme einer medizinischen Rehabilitationsmaßnahme in Abhängigkeit von soziodemographischen Merkmalen (n: 213.558 - Studienpopulation 1b), Ergebnisse der logistischen Regression

Merkmal		n	%	Keine med. Reha-Maßnahme in 5 Jahren vor EM-Rentengewährung			
				N	%	OR	95%-KI
alle		213.558	100,0	85.243	39,9	-	-
Alter [Jahren]	< 44	32.884	15,4	13.805	42,0	1,26	[1,23;1,29]
	45-59	133.441	62,5	48.765	36,5	Referenz	
	> 60	47.233	22,1	22.673	48,0	1,60	[1,57;1,64]
Geschlecht	weiblich	102.453	48,0	35.832	35,0	Referenz	
	männlich	111.105	52,0	49.411	44,5	1,49	[1,46;1,52]
Anzahl Kinder	keine	135.742	63,6	58.852	43,4	Referenz	
	>= 1	77.816	36,4	26.391	33,9	0,67	[0,66;0,68]
Familienstand	alleine lebend ¹	83.347	39,0	35.606	42,7	1,21	[1,19;1,23]
	nicht alleine lebend ²	130.211	61,0	49.637	38,1	Referenz	
Staatsangehörigkeit	Deutsch	195.682	91,6	76.618	39,2	Referenz	
	Ausland	17.876	8,4	8.625	48,3	1,45	[1,41;1,50]
Wohnort	Alte Bundesländer	171.923	80,5	68.862	40,1	Referenz	
	Neue Bundesländer	41.243	19,3	16.171	39,2	0,97	[0,94;0,99]
	Ausland	392	0,2	210	53,6	1,73	[1,42;2,11]
Bildung	k. A. / unbekannt	73.086	34,2	30.347	41,5	1,17	[1,15;1,19]
	niedrig	24.043	11,3	10.917	45,4	1,37	[1,33;1,41]
	mittel	109.127	51,1	41.289	37,8	Referenz	
	hoch	7.302	3,4	2.690	36,8	0,96	[0,91;1,01]
Anforderungsniveau	k. A. / unbekannt	19.729	9,2	6.280	31,8	0,70	[0,64;0,72]
	Helfer- u. Anlerntätigkeiten	33.095	15,5	15.084	45,6	1,25	[1,22;1,28]
	Fachlich ausgerichtete Tätigkeiten	108.989	51,0	43.757	40,2	Referenz	
	Komplexe Spezialistentätigkeiten	12.420	5,8	4.674	37,6	0,90	[0,87;0,94]
	Hoch komplexe Tätigkeiten	7.062	3,3	2.850	40,4	1,01	[0,96;1,06]
	KLDB1988 nicht zuordenbar	32.263	15,1	12.598	39,1	0,96	[0,93;0,98]
Arbeitsmarktlage/ Berufsschutz	Arbeitsmarkt nicht geprüft / nicht relevant	181.626	85,0	75.469	41,6	2,16	[2,09;2,24]
	Arbeitsmarkt ist oder gilt als verschlossen	19.986	9,4	4.946	24,8	Referenz	
	Berufsschutz nach § 240 SGB VI oder nach §§ 242a bzw. 243 SGB VI	11.946	5,6	4.828	40,4	2,06	[1,97;2,17]

D – Tabelle 2: Inanspruchnahme einer medizinischen Rehabilitationsmaßnahme in Abhängigkeit von soziodemographischen Merkmalen (n: 213.558 - Studienpopulation 1b), Ergebnisse der logistischen Regression, Fortsetzung

Merkmal	n	%	Keine med. Reha-Maßnahme in 5 Jahren vor EM-Rentengewährung				
			N	%	OR	95%-KI	
alle	213.558	100,0	85.243	39,9	-	-	
Rentengewährungsdiagnose	psych. u. Verhaltensstörungen	68.885	32,3	26.737	38,8	0,90	[0,87;0,92]
	Herz-Kreislauf Neubildungen	28.705	13,4	11.074	38,6	0,89	[0,86;0,92]
	Muskel-Skelett-Erkrankungen	43.502	20,4	20.448	47,0	1,25	[1,22;1,29]
	sonstige Diagnosen	29.924	14,0	9.349	31,2	0,64	[0,62;0,66]
		42.542	19,9	17.635	41,5	Referenz	
Einkommen ³ in den 3 Jahren vor dem Leistungsfall	1. Quartil	24.635	11,5	10.546	42,8	2,74	[2,70;2,78]
	2. Quartil	42.510	19,9	17.509	41,2	1,26	[1,25;1,28]
	3. Quartil	65.831	30,8	25.407	38,6	0,94	[0,92;0,95]
	4. Quartil	80.582	37,7	31.781	39,4	Referenz	
Anrechnungszeiten wegen Arbeitslosigkeit [Monate]	0	126.247	59,1	50.150	39,7	Referenz	
	1-5	27.284	12,8	10.875	39,9	1,01	[0,98;1,03]
	6-11	17.812	8,3	7.008	39,3	0,98	[0,95;1,02]
	12-23	17.146	8,0	6.831	39,8	1,01	[0,97;1,04]
	24-47	12.395	5,8	5.160	41,6	1,08	[1,04;1,12]
	48-71	4.845	2,3	2.237	46,2	1,30	[1,23;1,38]
	>= 72	3.524	1,7	1.705	48,4	1,42	[1,33;1,52]
k.A.	4.305	2,0	1.277	29,7	0,64	[0,60;0,68]	
Anrechnungszeiten wegen Krankheit [Monate]	0	181.510	85,0	73.971	40,8	Referenz	
	1-5	22.015	10,3	7.971	36,2	0,83	[0,80;0,85]
	6-11	3.658	1,7	1.328	36,3	0,83	[0,77;0,89]
	12-23	1.682	0,8	553	32,9	0,71	[0,64;0,79]
	24-35	286	0,1	112	39,2	0,94	[0,74;1,19]
	>= 36	102	0,0	31	30,4	0,64	[0,42;0,97]
k.A.	4.305	2,0	1.277	29,7	0,61	[0,57;0,66]	
Rentenzahlbetrag ⁴	1. Quartil	36.345	17,0	15.660	43,1	1,22	[1,19;1,25]
	2. Quartil	49.057	23,0	19.791	40,3	1,09	[1,06;1,11]
	3. Quartil	53.995	25,3	21.360	39,6	1,05	[1,03;1,08]
	4. Quartil	74.161	34,7	28.432	38,3	Referenz	

1: Nicht verheiratet/ verwitwet / keine eingetragenen Lebenspartnerschaft

2: Verheiratet / wiederverheiratet / in eingetragener Lebenspartnerschaft

3: Einkommens-Quartile pro Jahr:

1. Quartil <= 8.920 €
2. Quartil > 8.920 € bis <= 35.041 €
3. Quartil > 35.041 € bis <= 71.555 €
4. Quartil > 71.555 € bis <= 225.845 €

4: Rentenzahlbetrags-Quartile pro Monat:

1. Quartil <= 430 €
2. Quartil > 430 € bis <= 647 €
3. Quartil > 647 € bis <= 860 €
4. Quartil > 860 € bis <= 2.207 €

D – Tabelle 3: Inanspruchnahme einer medizinischen Rehabilitationsmaßnahme in Abhängigkeit von sozio-demographischen Merkmalen (n: 575.984 - Studienpopulation 1c), Ergebnisse der logistischen Regression

Merkmal	n	Keine med. Reha-Maßnahme in 5 Jahren vor EM-Rentengewährung		OR	95%-KI	
		% N	%			
alle	575.984	100	288.871	50,2	-	
Alter [Jahren]	< 44	106.595	18,5	65.975	61,9	1,87 [1,84;1,89]
	45-59	368.855	64,0	171.595	46,5	Referenz
	> 60	100.534	17,5	51.301	51,0	1,20 [1,18;1,22]
Geschlecht	weiblich	277.708	48,2	131.912	47,5	Referenz
	männlich	298.276	51,8	156.959	52,6	1,23 [1,22;1,24]
Anzahl Kinder	keine	370.743	64,4	197.559	53,3	Referenz
	>= 1	205.241	35,6	91.312	44,5	0,7 [0,70;0,71]
Familienstand	alleine lebend ¹	256.513	44,5	146.196	57,0	1,64 [1,63;1,66]
	nicht alleine lebend ²	319.471	55,5	142.675	44,7	Referenz
Staatsangehörigkeit	Deutsch	507.366	88,1	244.832	48,3	Referenz
	Ausland	68.618	11,9	44.039	64,2	1,92 [1,89;1,95]
Wohnort	Alte Bundesländer	444.643	77,2	218.428	49,1	Referenz
	Neue Bundesländer	119.007	20,7	58.632	49,3	1,01 [0,99;1,02]
	Ausland	12.334	2,1	11.811	95,8	23,4 [21,4;25,5]
Bildung	k. A. / unbekannt	266.422	46,3	160.099	60,1	2,37 [2,34;2,40]
	niedrig	68.289	11,9	35.095	51,4	1,67 [1,64;1,69]
	mittel	227.509	39,5	88.361	38,8	Referenz
	hoch	13.764	2,4	5.316	38,6	0,99 [0,96;1,03]
Anforderungsniveau	k. A. / unbekannt	101.109	17,6	67.541	66,8	2,96 [2,92;3,01]
	Helfer- u. Anlerntätigkeiten	94.958	16,5	48.743	51,3	1,55 [1,53;1,58]
	Fachlich ausgerichtete Tätigkeiten	229.276	39,8	92.746	40,5	Referenz
	Komplexe Spezialisten-tätigkeiten	22.401	3,9	8.003	35,7	0,82 [0,80;0,84]
	Hoch komplexe Tätigkeiten	12.330	2,1	4.532	36,8	0,86 [0,82;0,89]
	KLDB1988 nicht zuordenbar	115.910	20,1	67.306	58,1	2,04 [2,01;2,07]
	Arbeitsmarktlage/ Berufsschutz	Arbeitsmarkt nicht geprüft / nicht relevant	486.109	84,4	251.862	51,8
Arbeitsmarkt ist oder gilt als verschlossen	62.148	10,8	25.174	40,5	Referenz	
Berufsschutz nach § 240 SGB VI oder nach §§ 242a bzw. 243 SGB VI	27.727	4,8	11.835	42,7	1,09 [1,06;1,13]	

D – Tabelle 3: Inanspruchnahme einer medizinischen Rehabilitationsmaßnahme in Abhängigkeit von soziodemographischen Merkmalen (n: 575.984 - Studienpopulation 1c), Ergebnisse der logistischen Regression, Fortsetzung

Merkmal	n	% N	Keine med. Reha-Maßnahme in 5 Jahren vor EM-Rentengewährung				
			%	OR	95%-KI		
alle	575.984	100	288.871	50,2	-	-	
Rentengewährungsdiagnose	psych. u. Verhaltensstörungen	220.872	38,3	114.468	51,8	0,75	[0,74;0,76]
	Herz-Kreislauf	57.304	9,9	24.460	42,7	0,52	[0,51;0,53]
	Neubildungen	71.191	12,4	32.715	46,0	0,60	[0,58;0,61]
	Muskel-Skelett-Erkrankungen	92.755	16,1	38.480	41,5	0,50	[0,49;0,51]
	sonstige Diagnosen	133.862	23,2	78.748	58,8	Referenz	
Einkommen ³ in den 3 Jahren vor dem Leistungsfall	1. Quartil	162.866	28,3	115.828	71,1	4,13	[4,06;4,19]
	2. Quartil	139.704	24,3	69.443	49,7	1,66	[1,63;1,68]
	3. Quartil	140.842	24,5	54.058	38,4	1,04	[1,03;1,06]
	4. Quartil	132.572	23,0	49.542	37,4	Referenz	
Anrechnungszeiten wegen Arbeitslosigkeit [Monate]	0	299.534	52,0	141.975	47,4	Referenz	
	1-5	65.825	11,4	28.910	43,9	0,87	[0,85;0,88]
	6-11	46.837	8,1	21.501	45,9	0,94	[0,92;0,96]
	12-23	51.774	9,0	25.745	49,7	1,10	[1,08;1,12]
	24-47	47.047	8,2	26.887	57,2	1,48	[1,45;1,51]
	48-71	24.015	4,2	15.941	66,4	2,19	[2,13;2,25]
	>= 72	23.218	4,0	17.127	73,8	3,12	[3,03;3,22]
k.A.	17.734	3,1	10.785	60,8	1,72	[1,67;1,78]	
Anrechnungszeiten wegen Krankheit [Monate]	0	476.921	82,8	239.754	50,3	Referenz	
	1-5	63.294	11,0	29.369	46,4	0,86	[0,84;0,87]
	6-11	11.255	2,0	5.527	49,1	0,95	[0,92;0,99]
	12-23	5.399	0,9	2.715	50,3	1,00	[0,95;1,06]
	24-35	957	0,2	476	49,7	0,98	[0,86;1,11]
	>= 36	102	0,0	245	57,8	1,35	[1,12;1,64]
	k.A.	17.734	3,1	10.785	60,8	1,54	[1,49;1,58]
Rentenzahlbetrag ⁴	1. Quartil	149.977	26,0	94.353	62,9	3,13	[3,08;3,17]
	2. Quartil	145.732	25,3	75.929	52,1	2,00	[1,97;2,04]
	3. Quartil	143.803	25,0	70.578	49,1	1,78	[1,75;1,80]
	4. Quartil	136.472	23,7	48.011	35,2	Referenz	

1: Nicht verheiratet/ verwitwet / keine eingetragenen Lebenspartnerschaft

2: Verheiratet / wiederverheiratet / in eingetragener Lebenspartnerschaft

3: Einkommens-Quartile pro Jahr:

1. Quartil <= 8.920 €
2. Quartil > 8.920 € bis <= 35.041 €
3. Quartil > 35.041 € bis <= 71.555 €
4. Quartil > 71.555 € bis <= 225.845 €

4: Rentenzahlbetrags-Quartile pro Monat:

1. Quartil <= 430 €
2. Quartil > 430 € bis <= 647 €
3. Quartil > 647 € bis <= 860 €
4. Quartil > 860 € bis <= 2.207 €

Glossar

Beitragsfreie Zeiten	Versicherungsfremde Zeiten ohne Beitragszahlungen, (Ersatz-, Anrechnungs-, Zurechnungszeiten) (DRV 2022f)
Beitragszeiten	Rentenrechtliche Zeiten mit Pflicht- und freiwilligen Beiträgen und solche, für die die Beiträge als gezahlt gelten (Zeiten für Kindererziehung) (DRV 2022g).
Berücksichtigungszeiten	Zeit der Erziehung eines Kindes bis zum vollendeten 10. Lebensjahr (DRV 2022b).
Entgeltpunkt	Jährlicher Vergleich des persönlichen Verdiensts mit dem Durchschnittsverdienst aller Versicherten. 1 Entgeltpunkt entspricht dabei dem Durchschnitt. (DRV 2022c)
Gleitzone	Übergangsbereich für die Berechnung der Rentenbeiträge bei Einkommen zwischen 450,01 bis 1.300,00 Euro (DRV 2022h).
Rentenartfaktor	Feststehender Faktor, der in Abhängigkeit der Rentenart und dem damit verbundenen Sicherungsziel zu einer Altersrente steht (DRV 2022i).
Rentenformel	Berechnet die monatliche Rentenhöhe. Diese wird gebildet aus dem Produkt der Entgeltpunkte (EP), dem Zugangsfaktor (ZF), dem aktuellen Rentenwert (RW) und dem Rentenartfaktor (RaF); $Rente = EP \times ZF \times RW \times RaF$ (DRV 2022l).
Rentenrechtliche Zeiten	Die im Versicherungskonto erfassten Zeiten, die für eine Anspruchsberechtigung notwendig sind sowie deren Auswirkung auf die Höhe der Rente. Dazu zählen die Beitragszeiten, die beitragsfreien Zeiten und die Berücksichtigungszeiten (DRV 2022j).
Rentenwert	Gegenwert, der einem Entgeltpunkt entspricht. Jährliche Festlegung durch die Bundesregierung entsprechend der wirtschaftlichen Situation - beträgt aktuell 34,19 Euro für West- und 33,47 Euro für Ostdeutschland (DRV 2022e).
Wartezeit	Ist die Mindestversicherungszeit bei der RV, die für die Inanspruchnahme von Leistungen aus der DRV erfüllt sein muss. Die Wartezeiten sind von der Leistung abhängig. Für die Erfüllung der Wartezeit werden verschiedene rentenrechtliche Zeiten angerechnet (DRV 2022k).
Zugangsfaktor	Berücksichtigt Zu- und Abschläge bei der Rentenberechnung. Der Wert beträgt 1,0, wenn keine Zuschläge (z. Bsp. durch die Nicht-Inanspruchnahme der Regelaltersrente i. H. v. 0,005 pro Monat) oder Abschläge (z. Bsp. durch einen vorzeitigen Rentenbeginn i. H. v. 0,003 pro Monat) vorhanden sind (DRV 2022d).

Literaturverzeichnis

Aichberger, Friedrich (Hg.) (1976->): Sozialgesetzbuch. Mit Nebengesetzen, Ausführungs- und Verfahrensvorschriften ; Textausgabe mit Anmerkungen und Sachverzeichnis. 154. Aufl. München: C.H. Beck.

Augurzky, Boris; Reichert, Arndt R.; Scheuer, Markus (2011): Materialien. Essen: RWI (Faktenbuch Medizinische Rehabilitation, 2011). Online verfügbar unter https://www.bdpk.de/fileadmin/user_upload/BDPK/Service/Studien/2011_2014/066_Faktenbuch_Reha.pdf, zuletzt geprüft am 20.06.2022.

Backhaus, Klaus (2011): Multivariate Analysemethoden. Eine anwendungsorientierte Einführung. 13., überarb. Aufl. Berlin: Springer (Springer-Lehrbuch).

Bundesministerium der Justiz (Hg.) (2022a): Art 1 GG. Online verfügbar unter https://www.gesetze-im-internet.de/gg/art_1.html, zuletzt aktualisiert am 30.04.2022, zuletzt geprüft am 30.04.2022.

Bundesministerium der Justiz (Hg.) (2022b): SGB 6 - Gesetzliche Rentenversicherung. Inhaltsverzeichnis. Online verfügbar unter https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_6/, zuletzt aktualisiert am 30.04.2022, zuletzt geprüft am 30.04.2022.

Bundesministerium der Justiz (Hg.) (2022c): Art 20 GG. Online verfügbar unter https://www.gesetze-im-internet.de/gg/art_20.html, zuletzt aktualisiert am 01.05.2022, zuletzt geprüft am 01.05.2022.

Bundesministerium der Justiz (Hg.) (2022d): SGB 1. Online verfügbar unter http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_1/index.html, zuletzt aktualisiert am 01.05.2022, zuletzt geprüft am 01.05.2022.

Bundesministerium der Justiz (2022e): § 10 SGB 6 - Einzelnorm. Online verfügbar unter https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_6/__10.html, zuletzt aktualisiert am 20.06.2022, zuletzt geprüft am 20.06.2022.

Bundesministerium der Justiz (2022f): § 11 SGB 6 - Einzelnorm. Online verfügbar unter https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_6/__11.html, zuletzt aktualisiert am 20.06.2022, zuletzt geprüft am 20.06.2022.

Bundesministerium der Justiz (2022g): § 12 SGB 6 - Einzelnorm. Online verfügbar unter https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_6/__12.html, zuletzt aktualisiert am 20.06.2022, zuletzt geprüft am 20.06.2022.

Bundesministerium der Justiz (2022h): § 13 SGB 6 - Einzelnorm. Online verfügbar unter https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_6/__13.html, zuletzt aktualisiert am 20.06.2022, zuletzt geprüft am 20.06.2022.

Bundeszentrale für politische Bildung (2021a): Sozialstaat. In: *Bundeszentrale für politische Bildung*, 23.06.2021. Online verfügbar unter <https://www.bpb.de/kurz-knapp/lexika/pocket-politik/16561/sozialstaat/>, zuletzt geprüft am 21.06.2022.

Bundeszentrale für politische Bildung (2021b): Sozialstaat. In: *Bundeszentrale für politische Bildung*, 23.06.2021. Online verfügbar unter <https://www.bpb.de/kurz-knapp/lexika/pocket-politik/16561/sozialstaat/>, zuletzt geprüft am 20.06.2022.

Bundeszentrale für politische Bildung (2021c): Sozialstruktur. In: *Bundeszentrale für politische Bildung*, 14.10.2021. Online verfügbar unter <https://www.bpb.de/kurz-knapp/lexika/politiklexikon/18249/sozialstruktur/>, zuletzt geprüft am 21.06.2022.

Butterwegge, Christoph (2020): Ungleichheit. 1. Auflage. Köln: PapyRossa Verlag (Basiswissen Politik / Geschichte / Ökonomie).

destatis (2020a): Statistisches Bundesamt Deutschland - GENESIS-Online: Ergebnis 12211-0201. BRD-Bevölkerungsanteil nach Beziehungsstatus, Geschlecht und Migrationshintergrund. Online verfügbar unter <https://www-genesis.destatis.de/genesis/online?operation=abrufabelleBearbeiten&levelindex=2&levelid=1655793992818&auswahloperation=abrufabelleAuspraegungAuswaehlen&auswahlverzeichnis=ordnungsstruktur&auswahlziel=werteabruf&code=12211-0201&auswahltext=&werteabruf=starten#abreadcrumb>, zuletzt aktualisiert am 21.06.2022, zuletzt geprüft am 21.06.2022.

destatis (2020b): Statistisches Bundesamt Deutschland - GENESIS-Online: Ergebnis 13111-0002. BRD – Stand der Berufsausbildung nach Geschlecht in sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungen. Online verfügbar unter <https://www-genesis.destatis.de/genesis/online?operation=abrufabelleBearbeiten&levelindex=2&levelid=1655795055030&auswahloperation=abrufabelleAuspraegungAuswaehlen&auswahlverzeichnis=ordnungsstruktur&auswahlziel=werteabruf&code=13111-0002&auswahltext=&werteabruf=starten#abreadcrumb>, zuletzt aktualisiert am 21.06.2022, zuletzt geprüft am 21.06.2022.

destatis (Hg.) (2022a): Bevölkerungspyramide: Altersstruktur Deutschlands von 1950 - 2060. Jahr 2010. Online verfügbar unter <https://service.destatis.de/bevoelkerungspyramide/index.html#!y=2010&v=2&b=1945>, zuletzt aktualisiert am 17.01.2022, zuletzt geprüft am 01.05.2022.

destatis (Hg.) (2022b): Bevölkerungspyramide: Altersstruktur Deutschlands von 1950 - 2060. Jahr 2029. Online verfügbar unter <https://service.destatis.de/bevoelkerungspyramide/index.html#!y=2029&v=2&b=1964>, zuletzt aktualisiert am 17.01.2022, zuletzt geprüft am 01.05.2022.

Deutsche Rentenversicherung (2021): Statistiken und Berichte. Statistikpublikationen, "Rentenversicherung in Zeitreihen", Kp. 2 S. 42; Kp. 3 S. 92; Kp. 7 S. 210; Kp. 8 S. 214. Hg. v. DRV Bund. Online verfügbar unter https://www.deutsche-rentenversicherung.de/DRV/DE/Experten/Zahlen-und-Fakten/Statistiken-und-Berichte/statistiken-und-berichte_node.html, zuletzt aktualisiert am 02.03.2022, zuletzt geprüft am 01.05.2022.

Deutsche Rentenversicherung Bund: erwerbsminderungsrenten_zeitablauf_2021. Online verfügbar unter https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Statistiken-und-Berichte/statistikpublikationen/erwerbsminderungsrenten_zeitablauf_2021.pdf?__blob=publicationFile&v=1, zuletzt geprüft am 20.06.2022.

Deutsche Rentenversicherung Bund: rehaatlas_2020_download, S. 9. Online verfügbar unter https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Statistiken-und-Berichte/Rehaatlas/2020/rehaatlas_2020_download.pdf?__blob=publicationFile&v=1, zuletzt geprüft am 21.06.2022.

Deutsche Rentenversicherung Bund: rehaatlas_2021_download. Online verfügbar unter https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Statistiken-und-Berichte/Rehaatlas/2021/rehaatlas_2021_download.pdf;jsessionid=C9C961878D7C0BCCEBC1E18841E38F1F5.delivery1-2-replication?__blob=publicationFile&v=4, zuletzt geprüft am 20.06.2022.

Deutsche Rentenversicherung Bund: rehabericht_2010, S. 68. Online verfügbar unter https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Statistiken-und-Berichte/Berichte/rehabericht_2010.pdf?__blob=publicationFile&v=1, zuletzt geprüft am 20.06.2022.

Deutsche Rentenversicherung Bund: rehabericht_2012, S. 72. Online verfügbar unter <https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Statistiken->

und-Berichte/Berichte/rehabericht_2012.pdf?__blob=publicationFile&v=1, zuletzt geprüft am 21.06.2022.

Deutsche Rentenversicherung Bund: rehabericht_2013, S. 74. Online verfügbar unter https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Statistiken-und-Berichte/Berichte/rehabericht_2013.pdf?__blob=publicationFile&v=1, zuletzt geprüft am 21.06.2022.

Deutsche Rentenversicherung Bund: rehabericht_2018. Online verfügbar unter https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Statistiken-und-Berichte/Berichte/rehabericht_2018.pdf?__blob=publicationFile&v=1, zuletzt geprüft am 21.06.2022.

Deutsche Rentenversicherung Bund: rehabericht_2019, S. 79. Online verfügbar unter https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Statistiken-und-Berichte/Berichte/rehabericht_2019.pdf?__blob=publicationFile&v=1, zuletzt geprüft am 21.06.2022.

Deutsche Rentenversicherung Bund (2020a): Das Renten-ABC, S. 35. Online verfügbar unter https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Broschueren/national/das_renten_abc.pdf?__blob=publicationFile&v=1, zuletzt geprüft am 20.06.2022.

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hg.) (2020b): Das Renten-ABC, S. 45 (108). Online verfügbar unter https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Broschueren/national/das_renten_abc.html, zuletzt aktualisiert am 25.11.2021, zuletzt geprüft am 01.05.2022.

Deutsche Rentenversicherung Bund (2020c): Mit Rehabilitation wieder fit für den Job, 12 ff. Online verfügbar unter https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Broschueren/national/mit_reha_fit_fuer_den_job.pdf?__blob=publicationFile&v=1, zuletzt geprüft am 20.06.2022.

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hg.) (2020d): Mit Rehabilitation wieder fit für den Job (300). Online verfügbar unter https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Broschueren/national/mit_reha_fit_fuer_den_job.html, zuletzt aktualisiert am 30.04.2022, zuletzt geprüft am 20.06.2022.

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hg.) (2020e): Mit Rehabilitation wieder fit für den Job, S. 4 (300). Online verfügbar unter https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Broschueren/national/mit_reha_fit_fuer_den_job.html, zuletzt aktualisiert am 07.10.2021, zuletzt geprüft am 01.05.2022.

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hg.) (2020f): Mit Rehabilitation wieder fit für den Job, S. 5 (300). Online verfügbar unter https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Broschueren/national/mit_reha_fit_fuer_den_job.html, zuletzt aktualisiert am 30.04.2022, zuletzt geprüft am 20.06.2022.

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hg.) (2021a): Medizinische Rehabilitation: Wie sie Ihnen hilft (301). Online verfügbar unter https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Broschueren/national/med_reha_wie_sie_ihnen_hilft.html, zuletzt aktualisiert am 30.04.2022, zuletzt geprüft am 20.06.2022.

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hg.) (2021b): Medizinische Rehabilitation: Wie sie Ihnen hilft, S. 14. Online verfügbar unter https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Broschueren/national/med_reha_wie_sie_ihnen_hilft.html, zuletzt aktualisiert am 30.04.2022, zuletzt geprüft am 20.06.2022.

Deutsche Rentenversicherung Bund (2021c): Mit Rehabilitation wieder fit für den Job, 4 ff. Online verfügbar unter https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Broschueren/national/mit_reha_fit_fuer_den_job.pdf?__blob=publicationFile&v=1, zuletzt geprüft am 20.06.2022.

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hg.) (2021d): Reha-Bericht 2021; S. 25. Online verfügbar unter https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Statistiken-und-Berichte/Berichte/rehabericht_2021.html, zuletzt aktualisiert am 13.01.2022, zuletzt geprüft am 30.04.2022.

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hg.) (2021e): Rentenatlas 2021, S. 4, S. 6. Online verfügbar unter https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Statistiken-und-Berichte/Rentenatlas/2021/rentenatlas_2021_download.html, zuletzt aktualisiert am 02.11.2021, zuletzt geprüft am 30.04.2022.

Deutsche Rentenversicherung Bund (2021f): Unsere Sozialversicherung, S. 64. Online verfügbar unter https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Broschueren/national/unsere_sozialversicherung.pdf?__blob=publicationFile&v=1, zuletzt geprüft am 20.06.2022.

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hg.) (2021g): Unsere Sozialversicherung, S 42 f. Online verfügbar unter https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Broschueren/national/unsere_sozialversicherung.html, zuletzt aktualisiert am 30.04.2022, zuletzt geprüft am 20.06.2022.

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hg.) (2021h): Unsere Sozialversicherung, S. 12. Online verfügbar unter https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Broschueren/national/unsere_sozialversicherung.html, zuletzt aktualisiert am 10.08.2021, zuletzt geprüft am 30.04.2022.

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hg.) (2021i): Unsere Sozialversicherung, S. 13 ff. Online verfügbar unter https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Broschueren/national/unsere_sozialversicherung.html, zuletzt aktualisiert am 30.04.2022, zuletzt geprüft am 20.06.2022.

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hg.) (2021j): Unsere Sozialversicherung, S. 2, S. 16 f. Online verfügbar unter https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Broschueren/national/unsere_sozialversicherung.html, zuletzt aktualisiert am 30.04.2022, zuletzt geprüft am 20.06.2022.

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hg.) (2021k): Unsere Sozialversicherung, S. 41. Online verfügbar unter https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Broschueren/national/unsere_sozialversicherung.html, zuletzt aktualisiert am 10.08.2021, zuletzt geprüft am 30.04.2022.

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hg.) (2021l): Unsere Sozialversicherung, S. 48 f. Online verfügbar unter https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Broschueren/national/unsere_sozialversicherung.html, zuletzt aktualisiert am 30.04.2022, zuletzt geprüft am 20.06.2022.

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hg.) (2021m): Unsere Sozialversicherung, S. 49 f. Online verfügbar unter https://www.deutsche-rentenversicherung.de/Shared-Docs/Downloads/DE/Broschueren/national/unsere_sozialversicherung.html, zuletzt aktualisiert am 30.04.2022, zuletzt geprüft am 20.06.2022.

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hg.) (2021n): Unsere Sozialversicherung, S. 5 ff. Online verfügbar unter https://www.deutsche-rentenversicherung.de/Shared-Docs/Downloads/DE/Broschueren/national/unsere_sozialversicherung.html, zuletzt aktualisiert am 10.08.2021, zuletzt geprüft am 30.04.2022.

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hg.) (2021o): Unsere Sozialversicherung, S. 51 f. Online verfügbar unter https://www.deutsche-rentenversicherung.de/Shared-Docs/Downloads/DE/Broschueren/national/unsere_sozialversicherung.html, zuletzt aktualisiert am 30.04.2022, zuletzt geprüft am 20.06.2022.

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hg.) (2021p): Unsere Sozialversicherung, S. 57. Online verfügbar unter https://www.deutsche-rentenversicherung.de/Shared-Docs/Downloads/DE/Broschueren/national/unsere_sozialversicherung.html, zuletzt aktualisiert am 30.04.2022, zuletzt geprüft am 20.06.2022.

Deutsche Rentenversicherung Bund (2021q): Unsere Sozialversicherung, S. 58, S. 58. Online verfügbar unter https://www.deutsche-rentenversicherung.de/Shared-Docs/Downloads/DE/Broschueren/national/unsere_sozialversicherung.pdf?__blob=publicationFile&v=1, zuletzt geprüft am 20.06.2022.

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hg.) (2021r): Unsere Sozialversicherung, S. 6 ff. Online verfügbar unter https://www.deutsche-rentenversicherung.de/Shared-Docs/Downloads/DE/Broschueren/national/unsere_sozialversicherung.html, zuletzt aktualisiert am 30.04.2022, zuletzt geprüft am 20.06.2022.

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hg.) (2021s): Unsere Sozialversicherung, S. 9, S. 28 (103). Online verfügbar unter https://www.deutsche-rentenversicherung.de/Shared-Docs/Downloads/DE/Broschueren/national/unsere_sozialversicherung.html, zuletzt aktualisiert am 30.04.2022, zuletzt geprüft am 20.06.2022.

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hg.) (2021t): Unsere Sozialversicherung; S. 5, S. 16 f. Wissenswertes speziell für junge Leute. Online verfügbar unter https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Broschueren/national/unsere_sozialversicherung.html, zuletzt aktualisiert am 30.04.2022, zuletzt geprüft am 20.06.2022.

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hg.) (2021u): Von Altersgrenze bis Zeitrente – das Rentenlexikon (103). Online verfügbar unter https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Broschueren/national/von_altersgrenze_bis_zeitrente_rentenlexikon.html, zuletzt aktualisiert am 30.04.2022, zuletzt geprüft am 20.06.2022.

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hg.) (2021v): Von Altersgrenze bis Zeitrente – das Rentenlexikon, S 102 ff. (103). Online verfügbar unter https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Broschueren/national/von_altersgrenze_bis_zeitrente_rentenlexikon.html, zuletzt aktualisiert am 30.04.2022, zuletzt geprüft am 20.06.2022.

Deutsche Rentenversicherung Bund (2021w): Von Altersgrenze bis Zeitrente - das Rentenlexikon, S. 109 (103), S. 109. Online verfügbar unter https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Broschueren/national/von_altersgrenze_bis_zeitrente_rentenlexikon.pdf?__blob=publicationFile&v=1, zuletzt geprüft am 20.06.2022.

Deutsche Rentenversicherung Bund (2021x): Von Altersgrenze bis Zeitrente – das Rentenlexikon, S. 30 f. (103). Online verfügbar unter https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Broschueren/national/von_altersgrenze_bis_zeitrente_rentenlexikon.html, zuletzt aktualisiert am 30.04.2022, zuletzt geprüft am 20.06.2022.

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hg.) (2021y): Von Altersgrenze bis Zeitrente – das Rentenlexikon, S. 70 (103). Online verfügbar unter https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Broschueren/national/von_altersgrenze_bis_zeitrente_rentenlexikon.html, zuletzt aktualisiert am 30.04.2022, zuletzt geprüft am 20.06.2022.

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hg.) (2021z): Von Altersgrenze bis Zeitrente – das Rentenlexikon, S. 99 (103). Online verfügbar unter https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Broschueren/national/von_altersgrenze_bis_zeitrente_rentenlexikon.html, zuletzt aktualisiert am 30.04.2022, zuletzt geprüft am 20.06.2022.

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hg.) (2021aa): Rentenversicherung in Zahlen 2021; S. 29-31. Online verfügbar unter https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Statistiken-und-Berichte/statistikpublikationen/rv_in_zahlen_2021.html, zuletzt aktualisiert am 07.09.2021, zuletzt geprüft am 30.04.2022.

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hg.) (2022a): Statistiken und Berichte. Statistikpublikationen. Ergebnisse auf einen Blick 2022. Online verfügbar unter https://www.deutsche-rentenversicherung.de/DRV/DE/Experten/Zahlen-und-Fakten/Statistiken-und-Berichte/statistiken_und_berichte.html, zuletzt aktualisiert am 02.03.2022, zuletzt geprüft am 26.04.2022.

Deutsche Rentenversicherung Bund (2022b): Lexikon | Beitragsbemessungsgrenze. Online verfügbar unter <https://www.deutsche-rentenversicherung.de/DRV/DE/Experten/Arbeitgeber-und-Steuerberater/summa-summarum/Lexikon/B/beitragsbemessungsgrenze.html>, zuletzt aktualisiert am 30.04.2022, zuletzt geprüft am 20.06.2022.

Deutsche Rentenversicherung Bund (2022c): Reha-Bericht 2019. Online verfügbar unter https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Statistiken-und-Berichte/Berichte/rehabericht_2019.html, zuletzt aktualisiert am 30.04.2022, zuletzt geprüft am 20.06.2022.

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hg.) (2022d): Rentenlexikon | Beitragssatz. Online verfügbar unter <https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Glossareintraege/DE/B/beitragssatz.html>, zuletzt aktualisiert am 30.04.2022, zuletzt geprüft am 20.06.2022.

Deutscher Ärzteverlag GmbH, Redaktion Deutsches Ärzteblatt (2013): Psychische Erkrankungen: Hohes Aufkommen, niedrige Behandlungsrate. Online verfügbar unter <https://www.aerzteblatt.de/archiv/134511/Psychische-Erkrankungen-Hohes-Aufkommen-niedrige-Behandlungsrate>, zuletzt aktualisiert am 16.06.2022, zuletzt geprüft am 16.06.2022.

Dr. Dieter Göbel: Zehn Jahre nach der Organisationsreform – Rückblick und Umsetzungsergebnisse (aus RVaktuell 4 · 2015), S. 82. Online verfügbar unter https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Zeitschriften/RVaktuell/2015/Artikel/heft_4.pdf;jsessionid=087A9367562C9419A569E090737AD791.delivery2-2-replication?__blob=publicationFile&v=2, zuletzt geprüft am 20.06.2022.

DRV (2022a): Gleitzone | Gleitzone/Übergangsbereich. Online verfügbar unter https://www.deutsche-rentenversicherung.de/DRV/DE/Experten/Arbeitgeber-und-Steuerberater/Gleitzone-Uebergangsbereich/uebergangsbereich_gleitzone.html, zuletzt aktualisiert am 10.01.2022, zuletzt geprüft am 07.05.2022.

DRV (2022b): Homepage | Berücksichtigungszeiten. Online verfügbar unter <https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Glossareintraege/DE/B/beruecksichtigungszeiten.html>, zuletzt aktualisiert am 30.04.2022, zuletzt geprüft am 09.06.2022.

DRV (2022c): Homepage | Entgeltpunkte. Online verfügbar unter <https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Glossareintraege/DE/E/entgeltpunkte.html>, zuletzt aktualisiert am 30.04.2022, zuletzt geprüft am 09.06.2022.

DRV (2022d): Homepage | Fachinfo 4/2019. Online verfügbar unter https://www.deutsche-rentenversicherung.de/DRV/DE/Experten/Traeger/Rheinland/Fachinformationen/Rundschreiben/2019/4_2019.html, zuletzt aktualisiert am 30.04.2022, zuletzt geprüft am 09.06.2022.

DRV (2022e): Rentenlexikon | Aktueller Rentenwert. Online verfügbar unter https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Glossareintraege/DE/A/aktueller_rentenwert.html, zuletzt aktualisiert am 30.04.2022, zuletzt geprüft am 09.06.2022.

DRV (2022f): Rentenlexikon | Beitragsfreie Zeiten. Online verfügbar unter https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Glossareintraege/DE/B/beitragsfreie_zeiten.html, zuletzt aktualisiert am 30.04.2022, zuletzt geprüft am 09.06.2022.

DRV (2022g): Rentenlexikon | Beitragszeiten. Online verfügbar unter <https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Glossareintraege/DE/B/beitragszeiten.html>, zuletzt aktualisiert am 30.04.2022, zuletzt geprüft am 09.06.2022.

DRV (2022h): Rentenlexikon | Gleitzone. Online verfügbar unter <https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Glossareintraege/DE/G/gleitzone.html>, zuletzt aktualisiert am 30.04.2022, zuletzt geprüft am 09.06.2022.

DRV (2022i): Rentenlexikon | Rentenartfaktor. Online verfügbar unter <https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Glossareintraege/DE/R/rentenartfaktor.html>, zuletzt aktualisiert am 30.04.2022, zuletzt geprüft am 09.06.2022.

DRV (2022j): Rentenlexikon | Rentenrechtliche Zeiten. Online verfügbar unter https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Glossareintraege/DE/R/rentenrechtliche_zeiten.html, zuletzt aktualisiert am 30.04.2022, zuletzt geprüft am 09.06.2022.

DRV (2022k): Rentenlexikon | Wartezeit. Online verfügbar unter <https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Glossareintraege/DE/W/wartezeit.html>, zuletzt aktualisiert am 30.04.2022, zuletzt geprüft am 09.06.2022.

DRV (2022l): Wie wird meine Rente berechnet. Online verfügbar unter https://www.deutsche-rentenversicherung.de/DRV/DE/Rente/Allgemeine-Informationen/Wie-wird-meine-Rente-berechnet/wie-wird-meine-rente-berechnet_node.html, zuletzt aktualisiert am 30.04.2022, zuletzt geprüft am 09.06.2022.

Eikötter, Mirko (2017): Inklusion und Arbeit. Zwischen Rechts- und Ermessensanspruch: Rechte und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben von Menschen mit Behinderungen nach Inkrafttreten der UN-Behindertenrechtskonvention in Deutschland. 1. Auflage. Weinheim, Basel: Beltz Juventa (Inklusive Bildung).

Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland (2021). 17. Auflage. Baden-Baden: Nomos.

Hajzeraj, Aurela (2019): Bildungsungleichheit. Wie die Kapitalausstattung den Bildungserfolg beeinflusst. 1. Auflage, digitale Originalausgabe. München: GRIN Verlag. Online verfügbar unter <https://www.grin.com/document/504485>.

Hartmut Hüfken - DRV Rheinland-Pfalz (2011): Rehe-Budget: Finanzielle Rahmenbedingungen des Reha-Systems. Symposium Reha 2020, Kp. 2, S. 13 ff.; PowerPoint-Präsentation. Online verfügbar unter https://www.uniklinik-freiburg.de/fileadmin/media-pool/08_institute/qm-sozmed/RFV/Symposium/Symposium2011/Reha2020_Huefken.pdf, zuletzt geprüft am 30.04.2022.

Hradil, Stefan (2012): Soziale Ungleichheit in Deutschland. Softcover reprint of the original 7th edition 1999. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften (Uni-Taschenbücher, 1809).

Liebig, André (2022): Gleitzone - Übergangsbereich. Online verfügbar unter <https://www.lohn-info.de/gleitzone.html>, zuletzt aktualisiert am 12.04.2022, zuletzt geprüft am 01.05.2022.

RD Rudi Mollenhauer (2006): Rente mit 67 – Pro und Kontra. In: *Deutscher Bundestag - wissenschaftliche Dienste*. Online verfügbar unter <https://www.bundestag.de/resource/blob/510246/03ebd9409a65899d4ec11104bcfa20f2/rente-mit-67---pro-und-kontra-data.pdf>, zuletzt geprüft am 20.06.2022.

Schneider, Markus (1989): Die Kosten-Wirksamkeit der Rehabilitation von Herzinfarktpatienten. In: *Deutsche Rentenversicherung* (8-9), S. 487–493.

Schröer, A.; Sochert, R.; Voß, K.-D. (2006): Die Entwicklung der betrieblichen Gesundheitsförderung, S. 80. In: *Präv Gesundheitsf* 1 (1), S. 78–82. DOI: 10.1007/s11553-005-0004-y.

Schwinn, Thomas (2007): Soziale Ungleichheit: Transcript Verlag.

Simon, Michael (2008): Das Gesundheitssystem in Deutschland. 2., vollst. überarb. Aufl. Bern: Huber.

Statista (2022a): Einkommen von Frauen und Männern in Deutschland 2021 | Statista. Online verfügbar unter <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/290399/umfrage/umfrage-in-deutschland-zum-einkommen-von-frauen-und-maennern/>, zuletzt aktualisiert am 21.06.2022, zuletzt geprüft am 21.06.2022.

Statista (2022b): Inflationsrate bis 2021 | Statista. Online verfügbar unter <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/1046/umfrage/inflationsrate-veraenderung-des-verbraucherpreisindex-zum-vorjahr/>, zuletzt aktualisiert am 21.06.2022, zuletzt geprüft am 21.06.2022.

Swart, Enno; Ihle, Peter; Gothe, Holger; Matusiewicz, David (Hg.) (2014): Routinedaten im Gesundheitswesen. Handbuch Sekundärdatenanalyse: Grundlagen, Methoden und Perspektiven. 2., vollst. überarb. und erw. Aufl. Bern: Huber (Programmbereich Gesundheit).

Rechtsquellenverzeichnis

GG (Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland 2021)). 17. Auflage. Baden-Baden: Nomos.

SGB (Aichberger 1976->): Sozialgesetzbuch, München: C.H. Beck.

Eidesstattliche Versicherung

Ich versichere hiermit an Eides Statt, dass ich die vorgelegte Diplomarbeit selbständig verfasst, nur die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt sowie alle Stellen der Arbeit, die wörtlich oder sinngemäß aus anderen Quellen übernommen wurden, als solche kenntlich gemacht habe und die Diplomarbeit in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner Prüfungsbehörde vorgelegt wurde.

Die gedruckte und digitalisierte Version der Diplomarbeit sind identisch.

Mönchengladbach, den 21. Juni 2022

K. Ubrich