

(Keine) Reha vor Rente: Analyse der Zugänge zur Erwerbsminderungsrente 2005 – 2009

In Deutschland gilt der eingängige Grundsatz „Reha vor Rente“. Das vorzeitige Ausscheiden aus dem Erwerbsleben aufgrund von Krankheit oder Behinderung soll durch Leistungen zur Teilhabe vermieden oder zumindest hinausgezögert werden. Wir sind anhand von Routinedaten der Deutschen Rentenversicherung der Frage nachgegangen, in welchem Maße dieses sozialpolitische Instrument tatsächlich genutzt wird. Die Ergebnisse zeigen, dass eine Erwerbsminderungsrente in vielen Fällen ohne vorangegangene Rehabilitationsleistung erfolgt.¹

OSKAR MITTAG, CHRISTINA REESE, CORNELIA MEFFERT

1. Problemhintergrund

Einschränkungen aufgrund von Krankheit oder Behinderung haben gravierende Konsequenzen für die Betroffenen (z. B. Verlust des Arbeitsplatzes, Armutrisiko), den Arbeitsmarkt (z. B. Verlust von Arbeitskräften) und die Gesellschaft (z. B. entgangene Beiträge zur Sozialversicherung, vorzeitige Rentenzahlungen). Durch geeignete sozialpolitische Instrumentarien soll daher erreicht werden, die gesundheitlichen Beeinträchtigungen zu überwinden bzw. abzumildern (z. B. durch Leistungen zur Rehabilitation), den Arbeitsplatz zu erhalten (z. B. durch betriebliches Eingliederungsmanagement) oder die Folgen der eingeschränkten Erwerbsfähigkeit zu kompensieren (z. B. durch Gewährung einer Erwerbsminderungsrente). Ein wichtiger Grundsatz der gesetzlichen Rentenversicherung, die in Deutschland die Folgen von Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit zu tragen hat, lautet, dass Leistungen zur Teilhabe Vorrang vor Rentenleistungen haben, die ansonsten erst zu einem späteren Zeitpunkt (z. B. als Altersrente) zu erbringen wären (§ 9 Abs. 1 S. 2 SGB VI; § 8 Abs. 1 SGB IX). Umgangssprachlich hat sich dafür das eingängige Schlagwort „Reha vor Rente“ eingebürgert.

Der Anteil von Versicherten, die aufgrund von Krankheit oder Behinderung vorzeitig aus dem Erwerbsleben ausscheiden, ist hoch. Als die gesetzliche Rentenversicherung 1889 in Deutschland eingeführt wurde, stellte die „Invalidenrente“ den Regelfall dar, während das Erreichen

einer Altersrente mit dem gesetzlichen Rentenalter von damals 70 Jahren die Ausnahme bildete (Bäcker et al. 2011). Noch bis in die 1960er Jahre hinein überstieg die Zahl der Erwerbsunfähigkeitsrenten die der Altersrenten, und bis heute liegt der Anteil der Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit in Deutschland bei über 20 % aller Versichertenrentenzugänge (DRV 2012a). Das durchschnittliche Zugangsalter hat sich bei den Erwerbsminderungsrenten dabei seit Beginn der 1970er Jahre von 58 (Westdeutschland) auf 50 Jahre vermindert (ebd.).

In den letzten zwei Jahrzehnten hat es in Deutschland eine Reihe von Reformen gegeben, die u. a. darauf abzielten, die Zugänge zur Erwerbsminderungsrente zu reduzieren (z. B. Abschaffung der Berufsunfähigkeitsrenten, Einführung von Abschlägen). Das SGB (Sozialgesetzbuch) IX hat, wenn auch vielfach schleppend, zu Veränderungen im Reha-Antragsverfahren geführt (z. B. Verkürzung der Be-

1 Wir danken der Hans-Böckler-Stiftung, die das Projekt „Sozialmedizinische Begutachtung, Leistungen zur Teilhabe und Berentungsgeschehen bei Erwerbsminderung aufgrund von Krankheit oder Behinderung“ (Projektnummer: S-2012-532-4B) gefördert hat. Außerdem danken wir der Deutschen Rentenversicherung Bund, die uns die Scientific Use Files zur Verfügung gestellt hat. Frau Tatjana Mika vom Forschungsdatenzentrum der Deutschen Rentenversicherung Bund danken wir für die schnelle und immer kompetente Beantwortung der Fragen zu den Datenfiles.

arbeitszeiten). Und mit der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR) und den Bemühungen der Rentenversicherungsträger um betriebsnahe Prävention hat der Erhalt der Erwerbsfähigkeit schließlich aktuell wieder größere Bedeutung bekommen (vgl. Meffert et al. 2013). Trotzdem ist der Anteil der Erwerbsminderungsrenten an allen Rentenzugängen nach wie vor hoch. Beunruhigend ist auch, dass nur etwa 40 % der Zugänge in die Erwerbsminderungsrente aus sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungen erfolgen; 40 % der Neuzugänge haben im Jahr vor dem Leistungsfall Arbeitslosengeld oder Grundversicherung (ALG II) bezogen, weitere 10 % kamen aus einem anderweitigen Versicherungsverhältnis und nochmals weitere 10 % bezogen zuvor keine Leistung (vgl. DRV 2012a).

Im Folgenden soll der Frage nachgegangen werden, in welchem Maße das sozialpolitische Instrument „Reha vor Rente“ in Deutschland genutzt wird. Wie hoch ist der Anteil von Versicherten, die vor der Gewährung einer Erwerbsminderungsrente eine Teilhabeleistung (medizinische Rehabilitation, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben) erhalten haben? Sind dabei in den untersuchten Jahrgängen Veränderungen zu beobachten? Welche Versicherten werden ohne vorausgegangenen Rehabilitationsversuch vorzeitig aus Gesundheitsgründen berentet? Wurde überhaupt ein Rehaantrag gestellt, der dann eventuell vom Rentenversicherer abgelehnt oder aber ohne vorherige Rehabilitationsmaßnahme in einen Rentenantrag umgedeutet wurde?

2. Stand der Forschung und eigene Fragestellung

Ältere Untersuchungen anhand von Routinedaten der Deutschen Rentenversicherung haben gezeigt, dass in den 1990er Jahren zwischen einem Drittel und der Hälfte der Erwerbsminderungsrentner in Deutschland zuvor keine Reha Maßnahme erhalten hatten (Behrens et al. 2003; Dreyer-Tümmel et al. 2005). Bivariate Analysen zeigten, dass die folgenden Gruppen ein höheres Risiko hatten, keine Rehabilitationsmaßnahme vor der Gewährung einer Erwerbsminderungsrente zu erhalten: Männer und Frauen, die wegen psychischer Störungen berentet wurden, jüngere (< 45 Jahre) sowie auch ältere Versicherte (Männer ≥ 59 und Frauen ≥ 57 Jahre) sowie Versicherte mit geringen Rentenbeiträgen; dagegen wurden bei Erwerbsminderungsrentnern mit Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems überproportional häufig Rehabilitationsmaßnahmen im Vorfeld der Berentung gefunden (Dreyer-Tümmel et al. 2005). Eine kleine Pilotstudie mit Interviews von zehn Versicherten förderte Gründe für die Nichtanspruchnahme von Rehabilitationsleistungen zutage, darunter die Nutzung alternativer Angebote, Krankheitsverdrängung und Resignation, aber auch infauste, d. h. sehr ungünstige Prognosen, oder die Aufforderung durch andere Sozialleistungsträger zur direkten Beantragung einer Erwerbsunfähig-

keitsrente (Zimmermann et al. 2003). Genauere Hinweise auf Gründe der Unterversorgung soll ein großes Forschungsprojekt „Frühberentete ohne Rehabilitation“ aus dem Forschungsverbund Rehabilitationswissenschaften Sachsen-Anhalt/Thüringen geben (Zimmermann et al. 2004), aus dem noch keine umfassend publizierten Ergebnisse vorliegen.

Eine aktuelle Studie aus dem Forschungsnetzwerk Alterssicherung ergab anhand der Befragung einer Zufallsstichprobe von knapp 10.000 Erwerbsminderungsrentnern des Rentenzugangs 2008, dass auch zu dieser Zeit 42 % der Männer und 38 % der Frauen, die (neu) eine Erwerbsminderungsrente bezogen, in den letzten fünf Jahren vor dem Leistungsfall keine medizinische Rehabilitationsmaßnahme absolviert hatten (Märting/Zollmann 2013). In dieser Studie, die sich mit der sozialen Lage von Erwerbsminderungsrentnern beschäftigte, wurden auch die Gründe für die Nichtanspruchnahme einer Rehabilitation erfragt. Beinahe 80 % der Befragten ohne Rehabilitationsmaßnahme hatten keinen Rehaantrag gestellt. Für drei Viertel davon kam eine Rehabilitation nach eigenen Angaben nicht infrage, weil die Krankheit plötzlich auftrat bzw. sich drastisch verschlechterte und keine Besserung zu erwarten war, ein Fünftel führte betriebliche Gründe oder Sorgen um den Arbeitsplatz an, und fast ein Drittel gab an, die Möglichkeit einer Rehabilitationsmaßnahme sei ihnen nicht bekannt gewesen (Mehrfachangaben waren möglich). In 15 % der Fälle ohne Rehabilitation wurde ein gestellter Rehaantrag vom Rehaträger abgelehnt, und in 6 % der Fälle wurde eine gewährte Reha Maßnahme vom Versicherten nicht angetreten (ebd.).

Ziel der vorliegenden Studie war, anhand von Routinedaten der Deutschen Rentenversicherung bei Erstzugängen zur Erwerbsminderungsrente das Geschehen im zeitlichen Vorfeld zu untersuchen. Insbesondere sollte die Entwicklung der Umsetzung des Grundsatzes „Reha vor Rente“ in zeitnahen Jahrgängen analysiert werden; anhand von multivariaten Analysen sollten Prädiktoren für fehlende Teilhabeleistungen im Vorfeld des Leistungsfalls ermittelt werden.

3. Datenbasis und Methoden

Grundlage der Untersuchung bildeten die Scientific Use Files (SUFs) „Erwerbsminderung und Diagnosen“ der Deutschen Rentenversicherung für die Jahre 2005 bis 2009.² Diese SUFs enthalten jeweils eine zu 20 % anonymisierte Zufallsstichprobe aller Zugänge zu Erwerbsminderungsrenten aus dem jeweiligen Berichtsjahr in Deutschland. Die Datensätze umfassen demografische Merkmale (Alter, Geschlecht, Familienstand, Staatsangehörigkeit, Wohnort in West- oder Ostdeutschland, Schul- und Berufsausbildung, Tätigkeit nach

² FDZ-RV-SUFRTZN05-09XVSTEM.

dem Berufsschlüssel der Bundesanstalt für Arbeit), Rententyp (Zeitrente), Zahl der medizinischen Rehabilitations- oder Berufsförderungsleistungen (Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben) in den letzten fünf Jahren, Umdeutung eines Rehaantrages in einen Rentenanspruch, Berentungsgrund (Diagnosen nach ICD-10-GM), Jahresarbeitsverdienste in den letzten drei Jahren vor dem Leistungsfall sowie Merkmale für die Rentenberechnung (z. B. Entgeltpunkte, Beitragszeiten, Rentenzahlbetrag). Die SUFs werden vom Forschungszentrum der Deutschen Rentenversicherung auf Antrag und nach abgeschlossenem Nutzervertrag für wissenschaftliche Auswertungen kostenfrei zur Verfügung gestellt.

Zunächst wurden Um- und Neucodierungen in den Datensätzen vorgenommen. Die differenzierten ICD-10-Diagnosen (Berentungsgrund) wurden zu Diagnosegrundgruppen (Kapiteln) zusammengefasst. Als Proxy-Variablen für den sozialen Status wurden die Merkmale der Schul- und Berufsausbildung analog zu dem Vorgehen von Hagen et al. (2011) zu einem *niedrigen* (Haupt- oder Realschulabschluss ohne Berufsausbildung), *mittleren* (Haupt- oder Realschulabschluss mit Berufsausbildung oder Abitur) oder *hohen* (Fachhochschul- oder Hochschulabschluss) Qualifikationsniveau zusammengefasst.³ Außerdem wurden die in spätere Regressionsanalysen eingehenden kategorialen Variablen, wenn nötig, dummycodiert.

Art und Umfang der Leistungen in den letzten fünf Jahren vor dem Erstzugang zur Erwerbsminderungsrente wurden zunächst nach Berichtsjahren getrennt ausgewertet. Da sich dabei herausstellte, dass die anteiligen Zahlen sich kaum unterschieden (vgl. Abschnitt 4), wurden die Datensätze zusammengeführt und gemeinsam ausgewertet. Für alle weiteren Analysen wurden die folgenden Versichertengruppen ausgeschlossen:

- Versicherte, die ihren Wohnsitz im Ausland haben (2,4 %)
- Versicherte, die innerhalb der letzten fünf Jahre eine berufsfördernde Leistung oder eine Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben erhalten hatten (2,4 %)
- Versicherte, die einen Rehaantrag gestellt hatten, der aber vom Versicherungsträger (entweder nach einer erfolglosen Rehabilitation oder von vornherein wegen fehlender Erfolgsaussicht) in einen Antrag auf Erwerbsminderungsrente umgedeutet worden war (27,5 %)
- Versicherte, die in einer Werkstatt für behinderte Menschen arbeiten und die nach einer Wartezeit von 20 Jahren eine Erwerbsminderungsrente erhalten (4,1 %).

Die verbleibende Stichprobe bildete die Gesamtgruppe für die folgenden Analysen. Berechnet wurden logistische Regressionsanalysen für die Gesamtgruppe sowie getrennt nach Geschlecht mit der abhängigen Variable „Reha vs. keine Reha“. Als Prädiktorvariablen wurden Alter, Geschlecht, Familienstand, Qualifikationsniveau, Wohnort (West- vs. Ostdeutschland), Beitragszeiten und die häufigsten

Berentungsgründe (psychische oder muskuloskeletale Erkrankungen) einbezogen.

4. Ergebnisse

Insgesamt umfassen die SUFs 164.212 Erwerbsminderungsfälle für die Berichtsjahre 2005 bis 2009, darunter 161.227 Erstzugänge (98,2 %). Die wesentlichen demografischen Merkmale, Leistungen zur Teilhabe in den letzten fünf Jahren vor dem Leistungsfall, Umdeutungen von Rehaanträgen sowie Angaben zu Beitragszeiten und zum Rentenzahlbetrag finden sich in *Tabelle 1*.

Über die fünf Berichtsjahre hinweg zeigen sich in fast allen Merkmalen nur marginale Veränderungen der relativen Anteile. Etwa 44 % der Versicherten, die im jeweiligen Berichtsjahr eine Erwerbsminderungsrente erhielten, haben in den fünf vorhergehenden Jahren mindestens eine medizinische Reha Maßnahme absolviert, in 27 % der Fälle wurde zwar ein Rehaantrag gestellt, der aber seitens des Rehaträgers in einen Antrag auf Rente wegen Erwerbsminderung umgedeutet wurde, etwas über 2 % erhielten eine Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben, und bei 4 % der Erwerbsminderungsfälle handelte es sich um Versicherte, die in einer Werkstatt für behinderte Menschen arbeiten und die nach der Erfüllung der Wartezeit von 20 Jahren „automatisch“ eine Erwerbsminderungsrente beziehen.

Das durchschnittliche Alter beim Neuzugang zur Erwerbsminderungsrente liegt konstant bei 51 Jahren (Range⁴: 25 – 63 Jahre), 55 % der Neuzugänge sind männlich, fast 80 % leben in den alten Bundesländern, und über 90 % haben einen Haupt- oder Realschulabschluss zumeist mit einer abgeschlossenen Berufsausbildung. Bei den Berentungsgründen überwiegen psychische Erkrankungen (35 %) mit steigender und muskuloskeletale Erkrankungen (17 %) mit sinkender Tendenz.

Der Bruttojahresverdienst im Jahr vor dem Leistungsfall betrug durchschnittlich etwa 13.300 € (Range: 0 – 55.000 €), die vollwertigen Beitragszeiten betragen 280 Monate (Range: 0 – 540 Monate), und der durchschnittliche Rentenzahlbetrag lag bei 610 € (Range: 0 – 1.585 €) mit sinkender Tendenz im Berichtszeitraum. ▶

3 Hierbei haben wir festgestellt, dass in den Originaldatensätzen für alle Versicherte mit dem (trunkierten) Tätigkeitsschlüssel (TTSC1) 555 (= „Behinderte“) bei der Schul- und Berufsausbildung (TTSC3) fälschlicherweise eine 5 (= „Fachhochschule“) codiert wurde. Das führt natürlich bei Auswertungen, die einen Qualifikationsindex einschließen, zu falschen Ergebnissen. Nutzer der SUFs sollten dies beachten und, wie hier geschehen, bei der Ausbildung „unbekannt“ codieren.

4 Spannweite zwischen Minimum und Maximum.

TABELLE 1

Versichertenkohorten 2005 bis 2009 nach Demografie, Leistungen zur Teilhabe, Berentungsgrund und Rentenmerkmalen

Merkmal	2005 (N = 32.345)	2006 (N = 31.024)	2007 (N = 31.531)	2008 (N = 32.123)	2009 (N = 34.204)
Alter in Jahren Ø (Standardabweichung)	50,85 (8,32)	50,97 (8,17)	50,86 (8,25)	51,04 (8,12)	51,15 (8,27)
Geschlecht					
männlich	17.904 (55,4 %)	17.206 (55,5 %)	17.377 (55,1 %)	17.305 (53,9 %)	18.124 (53,0 %)
weiblich	14.441 (44,6 %)	13.818 (44,5 %)	14.154 (44,9 %)	14.818 (46,1 %)	16.080 (47,0 %)
Wohnort					
Westdeutschland	24.682 (76,3 %)	23.706 (76,5 %)	23.809 (75,6 %)	24.592 (76,6 %)	26.048 (76,2 %)
Ostdeutschland	6.830 (21,1 %)	6.474 (20,9 %)	6.901 (21,9 %)	6.766 (21,1 %)	7.465 (21,8 %)
Ausland	822 (2,5 %)	815 (2,6 %)	769 (2,4 %)	751 (2,3 %)	684 (2,0 %)
Bildungsstand					
Haupt- /Realschule ohne Berufsausbildung	4.536 (23,3 %)	4.285 (23,1 %)	4.479 (23,4 %)	4.581 (23,7 %)	4.710 (23,2 %)
Haupt-/Realschule mit Berufsausbildung	13.718 (70,5 %)	12.995 (70,1 %)	13.433 (70,2 %)	13.473 (69,7 %)	14.186 (69,9 %)
Abitur ohne Berufsausbildung	103 (0,5 %)	97 (0,5 %)	101 (0,5 %)	108 (0,6 %)	124 (0,6 %)
Abitur mit Berufsausbildung	385 (2,0 %)	396 (2,1 %)	421 (2,2 %)	416 (2,2 %)	450 (2,2 %)
Fachhochschule*	311 (1,6 %)	316 (1,7 %)	322 (1,7 %)	340 (1,8 %)	370 (1,8 %)
Hochschule/Universität	409 (2,1 %)	445 (2,4 %)	385 (2,0 %)	416 (2,2 %)	433 (2,1 %)
unbekannt	6.952	7.474	7.816	8.239	9.041
keine Angabe	5.931	5.016	4.574	4.550	4.890
Qualifikationsniveau (Index)					
niedrig	4.536 (23,3%)	4.285 (23,1 %)	4.479 (23,4 %)	4.581 (23,7 %)	4.710 (23,2 %)
mittel	14.206 (73,0 %)	13.488 (72,8 %)	13.955 (72,9 %)	13.997 (72,4 %)	14.760 (72,8 %)
hoch	720 (3,7 %)	761 (4,1 %)	707 (3,7 %)	756 (3,9 %)	803 (4,0 %)
unbekannt oder fehlend	12.883	12.490	12.390	12.789	13.931
Medizinische RehaMaßnahmen					
keine	17.839 (55,2 %)	17.054 (55,0 %)	17.507 (55,5 %)	18.004 (56,0 %)	19.246 (56,3 %)
1 Leistung	11.403 (35,3 %)	10.133 (32,7 %)	10.012 (31,8 %)	10.048 (31,3 %)	10.404 (30,4 %)
2 Leistungen	2.277 (7,0 %)	2.924 (9,4 %)	3.019 (9,6 %)	3.010 (9,4 %)	3.334 (9,7 %)
3 Leistungen	556 (1,7 %)	680 (2,2 %)	736 (2,3 %)	773 (2,4 %)	876 (2,6 %)
4 Leistungen	176 (0,5 %)	169 (0,5 %)	173 (0,5 %)	203 (0,6 %)	239 (0,7 %)
5 und mehr Leistungen	94 (0,3 %)	64 (0,2 %)	84 (0,3 %)	85 (0,3 %)	105 (0,3 %)
Berufsförderungsleistungen/Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben					
nein	31.550 (97,5 %)	30.280 (97,5 %)	30.748 (97,5 %)	31.351 (97,6 %)	33.374 (97,6 %)
ja	795 (2,5 %)	744 (2,4 %)	783 (2,5 %)	772 (2,4 %)	830 (2,4 %)
Umgedeuteter Rehaantrag					
nein	22.876 (70,7 %)	22.690 (73,1 %)	23.154 (73,4 %)	23.608 (71,9 %)	24.590 (71,9 %)
ja	9.469 (29,3 %)	8.334 (26,9 %)	8.377 (26,6 %)	8.515 (26,5 %)	9.614 (28,1 %)
Rente für Versicherte in Werkstätten für behinderte Menschen	1.253 (3,9 %)	1.274 (4,1 %)	1.347 (4,3 %)	1.375 (4,3 %)	1.386 (4,1 %)
Berentungsgrund					
Psyche	10.199 (32,4 %)	9.879 (32,7 %)	10.523 (34,4 %)	11.004 (35,2 %)	12.612 (37,8 %)
Muskel-Skelett-Krankheiten	5.864 (18,6 %)	5.245 (17,4%)	5.093 (16,6 %)	5.082 (16,3 %)	5.181 (15,5 %)
Bruttojahresverdienst vor Rentenfall in € Ø (Standardabweichung)	13.165 (12.987)	13.990 (13.204)	13.657 (13.122)	13.053 (13.227)	12.527 (13.400)
Vollwertige Beitragszeiten in Monaten Ø (Standardabweichung)	281 (122)	281 (123)	281 (122)	279 (122)	283 (123)
Rentenzahlbetrag in € Ø (Standardabweichung)	628 (283)	624 (282)	611 (278)	601 (279)	601 (123)

* Versicherte, die in einer Werkstatt für behinderte Menschen arbeiten und für die fälschlicherweise in den Originaldatensätzen sämtlich „Fachhochschule“ als Ausbildungsabschluss codiert wurde, sind hier unter der Kategorie „unbekannt“ subsumiert.

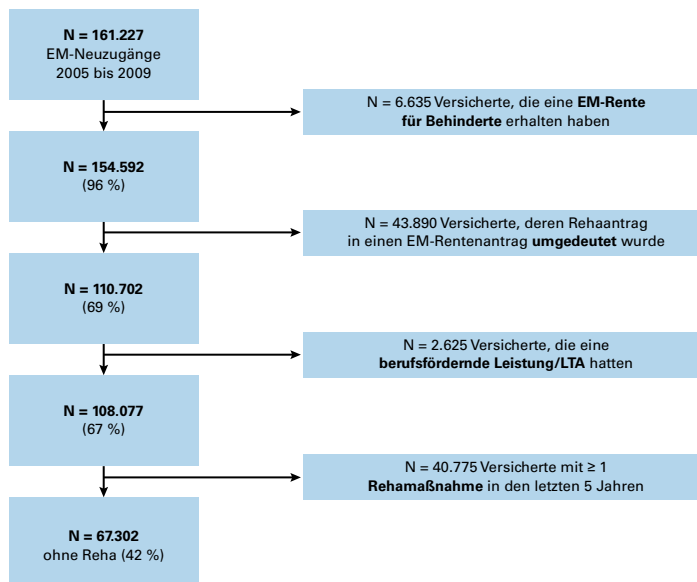
Quelle: FDZ-RV-SUFRTZN05-09XVSTEM; Berechnungen der Autoren.

Die Umsetzung des Prinzips „Reha vor Rente“ über alle fünf Berichtsjahre ist in *Abbildung 1* in Form eines Flussdiagramms (Kaskade) dargestellt. Zunächst wurden hier diejenigen Fälle abgezogen, bei denen nach 20 Jahren Tätigkeit in einer Einrichtung für behinderte Menschen eine Erwerbsminderungsrente gezahlt wurde (4 %) bzw. bei denen ein Rehaantrag (ggf. nach erfolgter Rehabilitation) seitens des Versicherungsträgers in einen EM-Rentantrag umgedeutet wurde (27 %); in beiden Fällen gehen wir (idealisiert) davon aus, dass keine Indikation für eine Rehamassnahme bestand. Zieht man nun noch alle Versicherten ab, die mindestens eine Teilhabeleistung (berufsfördernde Leistung bzw. Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben, Rehamassnahme) erhalten haben (27 %), so bleiben 42 %, bei denen eine Rehamassnahme möglicherweise infrage gekommen wäre, die aber in den letzten fünf Jahren vor dem Leistungsfall keine entsprechende Leistung erhalten haben, zumindest nicht in Trägerschaft der gesetzlichen Rentenversicherung.

Die Ergebnisse der Regressionsanalysen finden sich in den *Tabellen 2* und *3*. Danach ist die Wahrscheinlichkeit, ohne vorherige medizinische Rehabilitationsmassnahme berentet zu werden, bei Männern, Personen mit niedrigem Qualifikationsniveau und Versicherten mit Wohnsitz in Ostdeutschland deutlich erhöht (zwischen 19 und 24 %). Auch höheres Alter und geringere Beitragszeiten spielen eine Rolle (in beiden Fällen erhöht sich die Wahrscheinlichkeit um ca. 1 % pro Jahr). Die getrennten Analysen für Männer und Frauen zeigen, dass der Wohnort (Ostdeutschland) und das höhere Alter bei den Männern größeren Einfluss haben als bei den Frauen, wo ein niedriges Qualifikationsniveau die größere Rolle spielt. Unabhängig vom Geschlecht ist die Wahrscheinlichkeit, ohne vorherige Rehabilitationsmassnahme

ABB. 1

Aufgliederung* der Neuzugänge zur Erwerbsminderungsrente 2005 – 2009



*nach Teilhabeleistungen in den letzten fünf Jahren vor dem Versicherungsfall bzw. nach Rentenart.

Quelle: FDZ-RV-SUFRTZN05-09XVSTEM; Darstellung und Berechnungen der Autoren.

WSI Mitteilungen

berentet zu werden, niedriger, wenn psychische oder muskuloskeletale Erkrankungen als Berentungsgrund angegeben werden (20 % bei den psychischen und fast 50 % bei den muskuloskeletalen Erkrankungen). ▶

TABELLE 2

Wahrscheinlichkeit, ohne vorherige medizinische Rehabilitationsmassnahme wegen Erwerbsminderung berentet zu werden*

Prädiktor	Codierung	p	Odds Ratio (OR) (95%-Konfidenzintervall)	
Bildungsstand	niedrig	< .001	1,21	(1,10 – 1,33)
	mittel	= .409	1,04	(0,95 – 1,15)
	hoch**		1	
Wohnort	0 = Westdeutschland 1 = Ostdeutschland	< .001	1,19	(1,14 – 1,24)
Alter	in Jahren	= .005	1,01	(1,00 – 1,01)
Geschlecht	0 = m 1 = w	< .001	0,76	(0,73 – 0,78)
Beitragszeiten	in Monaten	< .001	0,99	(0,99 – 0,99)
Berentungsgrund	Psyche**	< .001	0,80	(0,77 – 0,83)
	Muskel-Skelett-Krankheiten**	< .001	0,54	(0,52 – 0,57)

* Ergebnisse der logistischen Regressionsanalyse für die aggregierten Daten aus den Berichtsjahren 2005 bis 2009.
** 0 = Referenzkategorie (jeweils alle anderen Diagnosen).

Quelle: FDZ-RV-SUFRTZN05-09XVSTEM, Berechnungen der Autoren.

WSI Mitteilungen

TABELLE 3

Geschlechtsspezifische Wahrscheinlichkeit, ohne vorherige medizinische Rehabilitationsmaßnahme wegen Erwerbsminderung berentet zu werden*

Prädiktor	Codierung	p	Odds Ratio (OR)	
			Männer	Frauen
Bildungsstand	niedrig mittel hoch**	.016 / .002 .796 / .096	1,18 0,98 1	1,27 1,13 1
Wohnort	0 = Westdeutschland 1 = Ostdeutschland	< .001/.018	1,30	1,07
Alter	in Jahren	< .001/.754	1,01	1,0
Geschlecht	0 = m 1 = w	-	-	-
Beitragszeiten	in Monaten	< .001	0,99	0,99
Berentungsgrund	Psyche**	< .001	0,87	0,73
	Muskel-Skelett-Krankheiten**	< .001	0,55	0,54

* Ergebnisse der nach Geschlecht getrennten logistischen Regressionsanalysen für die aggregierten Daten aus den Berichtsjahren 2005 bis 2009.

** 0 = Referenzkategorie (jeweils alle anderen Diagnosen).

Quelle: FDZ-RV-SUFRTZN05-09XVSTEM, Berechnungen der Autoren.

WSI Mitteilungen

ebenfalls auf Routinedaten der Deutschen Rentenversicherung als Datenbasis zurückgegriffen. Sie fanden, dass Versicherte mit niedriger beruflicher Qualifikation, mit Wohnort in Ostdeutschland und Männer ein erhöhtes Risiko haben, vorzeitig wegen Krankheit oder Behinderung aus dem Erwerbsleben auszuschneiden. Unsere Ergebnisse zeigen, dass die gleichen Gruppen auch besonders gefährdet sind, ohne vorherige Rehabilitationsmaßnahme in Erwerbsminderungsrente zu gehen. Sie sind damit doppelt benachteiligt. Dass dies gerade die geringer qualifizierten Versicherten betrifft, ist auch deswegen bedenklich, weil bei dieser Gruppe aufgrund der geringeren Erwerbsminderungsrenten ohnehin ein besonders hohes Armutsrisiko besteht (vgl. Martin et al. 2012).

Nun hat der Grundsatz „Reha vor Rente“ eine hohe spontane und damit verführerische Plausibilität. Das Prinzip, ein vorzeitiges Ausscheiden aus dem Erwerbsleben mit allen damit verbundenen (negativen) Konsequenzen für Betroffene und die Solidargemeinschaft durch geeignete Teilhabeleistungen (Rehabilitation) nach Möglichkeit zu vermeiden oder zumindest hinauszuschieben, leuchtet zunächst unmittelbar ein. Auch in unserer Fragestellung ist die Wirksamkeit von Rehamaßnahmen idealisierend unterstellt. Trotzdem (oder gerade deswegen!) muss die Frage gestellt werden, ob dieser Grundsatz wirklich in dieser apodiktischen Fassung gerechtfertigt ist. Sind Rehabilitationsmaßnahmen wirklich in allen Fällen notwendig und geeignet, um das Ziel des Verbleibs im Erwerbsleben zu erreichen? Die Ergebnisse von Martin und Zollmann (2013) legen nahe, dass in vielen Erwerbsminderungsfällen plötzlich auftretende Erkrankungen, oft mit schwerem und voraussehbar infaustem Verlauf, zur Berentung ohne vorherige Rehabilitationsmaßnahmen geführt haben. Rehabilitation wäre hier keine angezeigte Maßnahme. Auch in anderen Fällen wissen wir nicht, ob eine solche Maßnahme geholfen hätte, die vorzeitige Berentung zu verhindern oder zumindest hinauszuzögern. Belastbare Evidenz für die (langfristige) Wirksamkeit von Rehabilitation, so wie sie in Deutschland umgesetzt wird, ist kaum vorhanden (vgl. Mittag 2011).

Erfahrungen aus anderen Ländern, vor allem aus den Niederlanden, zeigen, dass früh einsetzende, aktive Beratungs- und Fördermaßnahmen, die auf die Problemlagen im Einzelfall abgestimmt sind und den Betrieb konsequent einbeziehen, in Verbindung mit starken gesetzlich geregelten Anreizen für alle Akteure zu einer deutlichen Senkung der Neuzugänge zu Erwerbsminderungsleistungen führen (z. B. Hoefsmit et al. 2012; van Sonsbeek/Gradus 2011). Ob eine

5. Diskussion

Wir haben in den untersuchten fünf Berichtsjahren einen konstanten Anteil von etwas mehr als 40 % unter den dafür infrage kommenden⁵ Neuzugängen zur Erwerbsminderungsrente gefunden, die zuvor keine medizinische Rehabilitationsleistung oder andere Teilhabeleistung seitens der Rentenversicherung erhalten haben. Das entspricht weitgehend den Ergebnissen, die Martin/Zollmann (2013) vorgelegt haben, und es zeigt auch, dass sich zumindest hinsichtlich der anteiligen Zahlen gegenüber den 1990er Jahren wenig geändert hat (vgl. z. B. Behrens et al. 2003). Diese Konstanz über die Zeit verwundert, denn seitdem hat es eine ganze Reihe von Veränderungen gegeben, die Einfluss auf das Berentungsgeschehen bei Erwerbsminderung haben sollten (Reform der Erwerbsminderungsrenten, Einführung des SGB IX, schrittweise Erhöhung des gesetzlichen Rentenalters, Stärkung der medizinisch-beruflichen Rehabilitation und der Prävention). Es scheint, dass diese Veränderungen wenig Einfluss auf das Geschehen im Vorfeld der Gewährung von Erwerbsminderungsleistungen gehabt haben, zumindest soweit es den Grundsatz „Reha vor Rente“ betrifft.

Hagen et al. (2011) haben soziale Unterschiede beim Zugang in Erwerbsminderungsrenten untersucht und dabei

5 Wir gehen davon aus, dass bei Versicherten, deren Rehaantrag umgedeutet wurde, keine Indikation für eine (weitere) Rehamaßnahme bestand; ebenso bei Versicherten, die in einer Werkstatt für behinderte Menschen arbeiten und die nach Erfüllung der Wartezeit quasi „automatisch“ eine Erwerbsminderungsrente erhalten und (zumeist) trotzdem weiter erwerbstätig bleiben.

einmalige (meist wohnort- und damit betriebsferne) Maßnahme von in der Regel drei Wochen Dauer, wie sie in Deutschland üblich ist, das zu leisten vermag, wäre zu belegen. Ohne den überzeugenden Nachweis der Wirksamkeit ist aber die mit dem Grundsatz „Reha vor Rente“ begründete Vorrangstellung der Rehabilitation nur schlecht zu verteidigen. Hier ist weitere Forschung dringend erforderlich.

Unserer Analyse liegt eine große, repräsentative Datenbasis zugrunde, die reliable Ergebnisse erwarten lässt. Trotzdem unterliegt sie einer Reihe von Limitationen. Rehabilitationsmaßnahmen und Erwerbsminderungsrenten anderer Träger (vor allem Unfallversicherung) sind in den Datenfiles nicht enthalten; das betrifft immerhin 16 % der Rehaanträge, die an die Deutsche Rentenversicherung gestellt werden und von dieser dann an den zuständigen Träger weitergeleitet werden (DRV 2012b). Der Zusammenhang zwischen den Rehabilitationsmaßnahmen innerhalb der letzten fünf Jahre vor dem Leistungsfall und dem Berentungsgrund ist ungewiss; es kann sich in beiden Fällen um ganz unterschiedliche Krankheiten oder Behinderungen handeln. Die Datensätze enthalten einen teilweise erheblichen Anteil fehlender Werte (z. B. bei der Schul- und Berufsausbildung); das belastet insbesondere die multivariaten Analysen. Schließlich wissen wir auch nichts über möglicherweise unerkannte Fehlcodierungen oder andere Einschränkung der Datenqualität. Dies zusammengenommen sorgt trotz der hohen Fallzahlen für ein erhebliches „Rauschen“ in den Auswertungen.

Hinzu kommt, dass interessante Parameter für weitere Auswertungen im untersuchten Datensatz fehlen. So wäre es z. B. ungemein spannend, den Zusammenhang zwischen dem Status vor der Gewährung der Erwerbsminderungsrente und eventuellen Rehabilitationsmaßnahmen zu untersuchen.⁶ Macht es einen Unterschied, ob ein Versicherter zuvor sozialversicherungspflichtig, arbeitslos oder Bezieher von Grundsicherung war? Wie häufig sind Rehamaßnahmen bei Versicherten, die vor dem Erwerbsminderungsfall Krankengeld bezogen haben und damit in den Bereich des § 51 SGB V fallen? Aus internationalen Studien wissen wir, dass Leistungen wegen Erwerbsminderung in vielen Fällen eine Art letzten Ausweg („benefit of last resort“; OECD 2010, S. 9) für Menschen bilden, die arbeitslos oder schlecht qualifiziert sind bzw. sich anderen Schwierigkeiten auf dem Arbeitsmarkt ausgesetzt sehen (OECD 2010). Auch in Deutschland, wo etwa 40 % der Neuzugänge zur Erwerbsminderungsrente aus Arbeitslosigkeit oder dem Bezug von Grundsicherung erfolgen (DRV 2012a), entsteht durchaus der Eindruck, dass es sich oft auch um eine Ausweichoption vor dem Bezug anderer Transferleistungen handelt, die nicht nur auf Wunsch der Betroffenen gewählt wird (vgl. hierzu Brauer et al. 2009), sondern durchaus auch im Interesse des jeweils zuständigen Sozialleistungsträgers liegen könnte (vgl. auch Zimmermann et al. 2003). ■

6 Solche weitergehenden Analysen wären auf dem Wege eines kontrollierten Fernrechner-Zugangs oder auf einem Gastarbeitsplatz direkt beim Forschungsdatenzentrum der Deutschen Rentenversicherung möglich.

LITERATUR

- Bäcker, G./Kistler, E./Stapf-Finé, H.** (2011): Erwerbsminderungsrente: Reformnotwendigkeit und Reformoptionen, Bonn
- Behrens, J./Dreyer-Tümmel, A./Langer, G./Hanns, S./Zimmermann, M.** (2003): Frühberentete ohne Rehabilitation – „Gender“, individuelle Erwerbsverläufe, Regionen, Diagnosegruppen und erinnerte Beweggründe als Erklärungsgrößen? Eine verlaufsbezogene Analyse mit Befragungs- und Prozessdaten von LVA und BfA, in: DRV Bund (Hrsg.): 12. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium, Berlin, S. 119–121
- Brauer, J./Mittag, O./Raspe, H.** (2009): Warum stellen Versicherte trotz erhaltene erwerbsbezogenen Leistungsvermögen einen Antrag auf Rente wegen Erwerbsminderung? Eine qualitative Studie an Patienten nach kardialen Ereignissen, in: Das Gesundheitswesen 71 (12), S. 799–808
- Deutsche Rentenversicherung (DRV)** (2012a): Rentenversicherung in Zeitreihen, Berlin
- Deutsche Rentenversicherung (DRV)** (2012b): Reha-Bericht Update 2012, Berlin
- Dreyer-Tümmel, A./Langer, G./Zimmermann, M./Behrens, J.** (2005): Frühberentete ohne Rehabilitation: Diagnosegruppen, individuelle Erwerbsverläufe und Alter als geschlechtsspezifische Erklärungsgrößen?, in: DRV Bund (Hrsg.): 14. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium, Berlin, S. 142–144
- Hagen, C./Himmelreicher, R. K./Kemptner, D./Lampert, T.** (2011): Soziale Ungleichheit und Risiken der Erwerbsminderung, in: WSI Mitteilungen 64 (7), S. 336-344; http://www.boeckler.de/wsimit_2011_07_hagen.pdf
- Hoefsmits, N./Houkes, I./Nijhuis, F. J. N.** (2012): Intervention characteristics that facilitate return to work after sickness absence: a systematic literature review, in: Journal of Occupational Rehabilitation 22 (4), S. 462–477
- Märtin, S./Zollmann, P.** (2013): Keine Reha vor Rente? Ergebnisse des Projekts „Sozioökonomische Situation von Personen mit Erwerbsminderung“, in: DRV Bund (Hrsg.): 22. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium, Berlin, S. 109–111
- Märtin S./Zollmann P./Buschmann-Steinhage R.** (2012): Sozioökonomische Situation von Personen mit Erwerbsminderung. Projektbericht I, Berlin
- Meffert, C./Mittag, O./Jäckel, W. H.** (2013): Betriebsnahe Präventionsprogramme in der Deutschen Rentenversicherung, in: Die Rehabilitation 52 (06), S. 391 – 398
- Mittag, O.** (2011): Evidenzbasierung der medizinischen Rehabilitation (in Deutschland), in: Public Health Forum 19 (4), S. 4e1–4e3
- Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD)** (2010): Sickness, disability and work: Breaking the barriers. A synthesis of findings across OECD countries, Paris
- van Sonsbeek, J. M./Gradus, R.** (2011): Estimating the effects of recent disability reforms in the Netherlands, Tinbergen Institute Discussion Paper 11–121/3, Amsterdam
- Zimmermann, M./Langer, G./Dreyer-Tümmel, A./Behrens J.** (2004): Frühberentete ohne Rehabilitation – eine Gerechtigkeitslücke? Welche Versicherten werden bei Antrag auf Erwerbsunfähigkeit zur Antragstellung auf medizinische Rehabilitation aufgefordert?, in: Das Gesundheitswesen 66 (8/9), 120-DOI: 10.1055/s-2004-833858
- Zimmermann, M./Langer, G./Hanns, S./Behrens, J./Dreyer-Tümmel, A./Bathe, A.** (2003): Frühberentete ohne Rehabilitation – Motive und Gründe der Nichtinanspruchnahme von medizinischen Maßnahmen der Rehabilitation, in: DRV Bund (Hrsg.): 12. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium, Berlin, S. 121–123

AUTOREN

OSKAR MITTAG, Prof. Dr., arbeitet im Institut für Qualitätsmanagement und Sozialmedizin (AQMS) des Universitätsklinikums Freiburg. Arbeitsschwerpunkte: Sozialmedizin, Rehabilitationsforschung.

@ oskar.mittag@uniklinik-freiburg.de

CHRISTINA REESE, Dr., arbeitet in der AQMS des Universitätsklinikums Freiburg. Arbeitsschwerpunkte: Rehabilitationsforschung.

@ christina.reese@uniklinik-freiburg.de

CORNELIA MEFFERT, Dr., arbeitet in der AQMS des Universitätsklinikums Freiburg. Arbeitsschwerpunkte: Medizinische Soziologie.

@ cornelia.meffert@uniklinik-freiburg.de