
Erwerbsminderungsrente in Deutschland – Ein unterschätztes Risiko(?)

CHRISTINE HAGEN UND RALF K. HIMMELREICHER*

Christine Hagen, Deutsches Zentrum für Altersfragen (DZA), E-Mail: christine.hagen@dza.de
Ralf K. Himmelreicher, Freie Universität Berlin, Institut für Soziologie, E-Mail: ralf@himmelreicher.de

Zusammenfassung: Der Bezug von Erwerbsminderungsrente ist ein unterschätztes Risiko – es trifft in Deutschland mit mehr als jedem fünften Arbeitnehmer mehr Menschen als man denkt. Die empirischen Befunde, die auf verschiedenen Analyseebenen ansetzen, verdeutlichen: Im sechsten Lebensjahrzehnt ist das Risiko wegen chronischer Erkrankungen den Arbeitsmarkt vorzeitig zu verlassen besonders hoch. Eine Verlängerung der Lebensarbeitszeit ist bei diesen Menschen nicht möglich. Ostdeutsche Männer weisen bereits im fünften Lebensjahrzehnt ein höheres Erwerbsminderungsrisiko aufgrund somatischer Erkrankungen auf. Wieder zunehmende absolute Zahlen bei den Erwerbsminderungsrenten gehen jedoch vor allem auf Zugänge von (westdeutschen) Frauen wegen psychischer Erkrankungen zurück. Insgesamt nehmen psychische Erkrankungen bei Frauen und Männern zu, jedoch im Vergleich zu somatischen Erkrankungen tendenziell einige Jahre früher im Lebenslauf. Psychische Erkrankungen werden in allen Regionen in Deutschland bei zunehmend mehr Personen diagnostiziert; sie führen auch bei höher Qualifizierten häufig zum dauerhaften Ausschluss aus dem Erwerbsleben. Damit in Verbindung steht nicht zuletzt wegen regelmäßig fehlender Kompensationsmöglichkeiten der überwiegend geringen Erwerbsminderungsrenten durch private Berufsunfähigkeitsversicherungen ein erhöhtes Armutsrisiko. Aus sozialpolitischer Sicht finden die genannten Aspekte im „Rentenpaket“ der neuen Bundesregierung zu wenig Berücksichtigung.

→ JEL Classification: I38, J32, R11

→ Keywords: Reduction in earning capacity, social inequality, regional disparities, mental disorders and somatic illnesses

* Wir bedanken uns bei den beiden anonymen Gutachtern dieser Zeitschrift sowie den Teilnehmenden der Tagung „Subjektives Wohlbefinden in der Forschung der Lebensqualität. Ergebnisse vor dem Hintergrund einer neu belebten Diskussion“ der Sektion Soziale Indikatoren der Deutschen Gesellschaft für Soziologie am 19.9.2013 im Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung für Hinweise und Anregungen.

Summary: In Germany the risk of reduced earning capacity through chronic illness is high. More than every fifth employee is affected. The highest risk exists from the age of 55 until 60 years old. However, East German men also have higher invalidity risks due to somatic diseases in younger years. The total rise in recipients of invalidity benefits in the last years is driven by mental illness. Especially female employees are concerned. Compared to chronic somatic problems, mental illnesses strike some years earlier in the life course. Mental diseases are rising in all German regions, and affecting higher educated employees as well. The earning capacity is reduced lifelong. This results in high income poverty risks, because of low invalidity benefits and a poor distribution of private invalidity pensions. Health status is decisive for active participation in the labour market. These aspects are not addressed adequately in the current pension policy program "Rentenpaket" of the new German Federal Government.

I Einleitung

Wesentliche Voraussetzung zur Erreichung des Ziels einer Erhöhung des Erwerbsaustritts- und des Rentenzugangsalters ist die Gesundheit der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer. Parallel zur Diskussion um die Verlängerung der Lebensarbeitszeit hat das Thema Erwerbsminderung (EM) in den letzten Jahren zunehmende Bedeutung erlangt (Hauser 2012, Kemptner 2014, Krause et al. 2013), insbesondere wegen einer medial wie wissenschaftlich konstaterbaren Zunahme von vor allem psychischen Erkrankungen etwa bei Fehlzeiten wie auch in Bezug auf Zugänge in EM-Rente. Dies zeigt sich auch an den rentenpolitischen Maßnahmen im Koalitionsvertrag (CDU, CSU und SPD 2013) der aktuellen Bundesregierung, die inzwischen im Rahmen des „Gesetzes über Leistungsverbesserungen in der gesetzlichen Rentenversicherung (RV-Leistungsverbesserungsgesetz)“ (Deutscher Bundestag 2014) beschlossen wurden. Danach wird zum einen besonders langjährig Versicherten eine vorgezogene Ruhestandoption eingeräumt, weil sie so lange versichert waren (Deutscher Bundestag 2014, Rasner 2014). Zum anderen sollen jene, deren Erwerbsbiografie durch chronische Erkrankungen frühzeitig beendet wurde, durch höhere materielle Zuwendungen begünstigt werden. Der vorliegende Beitrag legt seinen Fokus auf chronisch erkrankte Personen, deren Antrag auf EM-Rente von der gesetzlichen Rentenversicherung (gRV) bewilligt wurde.

„Es trifft mehr Menschen, als man denkt: Laut Statistik muss jeder vierte(!) Arbeitnehmer aus gesundheitlichen Gründen vorzeitig seinen Beruf aufgeben oder ganz aus dem Arbeitsleben ausscheiden“ (Deutsche Rentenversicherung Bund 2014a, Hervorhebungen im Original).

Ende 2011 bezogen in Deutschland etwa 1,63 Millionen Menschen unter 65 Jahren eine Rente aus der gRV wegen verminderter Erwerbsfähigkeit. Insgesamt, unter zusätzlicher Berücksichtigung von 65-jährigen und älteren ehemaligen EM-Rentnerinnen und -Rentnern, wird von schätzungsweise vier Millionen Menschen ausgegangen, die eine EM-Rente der gRV beziehen oder bezogen haben. Ab Erreichen der Regelaltersgrenze werden in der gRV EM-Renten in Altersrenten umgewandelt und können nicht länger als solche identifiziert werden. Nach defensiven Schätzungen unter Berücksichtigung der kürzeren Lebenserwartung von EM- im Vergleich zu originären Altersrentnerinnen und -rentnern dürften Ende 2011 rund 2,37 Millionen Rentnerinnen und Rentner leben, deren ehemalige EM-Renten in Altersrenten umgewandelt worden sind (Kaldybajewa und Kruse 2012: 207). Seit Mitte der 2000er Jahre werden jährlich etwa 350 000 Anträge auf Feststellung einer EM-Rente gestellt, wovon knapp sechs von zehn Anträgen bewil-

ligt werden (Deutsche Rentenversicherung Bund 2014b). Die Ablehnungsquote bei Anträgen auf EM-Rente oszilliert seit Beginn der 2000er Jahre bei etwa 42 Prozent.

„Nach übereinstimmender Einschätzung von Experten ist die Bewilligungspraxis – vor allem auch im internationalen Vergleich – relativ restriktiv“ (Bäcker und Kistler 2012).

EM-Renten erlangen aufgrund ihrer Verbreitung und Folgen eine große gesundheits- und sozialpolitische sowie ökonomische Bedeutung. Lediglich psychisch und physisch gesunde Beschäftigte können länger produktiv tätig sein und könnten somit einen Fachkräftemangel kompensieren. Im RV-Leistungsverbesserungsgesetz liegt das Hauptaugenmerk auf dem hohen Armutsrisiko von EM-Rentenbeziehenden, die von aktuellen Analysen belegt werden (Märtin und Zollmann 2013, Zollmann und Märtin 2013). In den letzten zehn Jahren sind die Rentenzahlbeträge bei EM-Renten nominal im Durchschnitt um rund zehn Prozent zurückgegangen. Die durchschnittlichen Rentenzahlbeträge bei EM-Renten betragen im Rentenzugang 2013 (nach Abzug des Kranken- und Pflegeversicherungsbeitrags der Rentnerinnen und Rentner, netto vor Steuern) bei Männern in Westdeutschland 652 Euro (Ostdeutschland 589 Euro) und bei Frauen in Westdeutschland 576 Euro (Ostdeutschland 627 Euro) (Deutsche Rentenversicherung Bund 2014b). Ursachen für sinkende EM-Renten sind insbesondere eine zunehmende Inanspruchnahme von EM-Renten von Frauen mit im Vergleich zu Männern oftmals niedrigeren Anwartschaften, einem teilweise sinkenden Zugangsalter, mehr Zugängen aus Arbeitslosigkeit in EM-Rente, häufigere Zugänge von gering Qualifizierten mit geringen Anwartschaften sowie einer Erweiterung des in der gRV pflichtversicherten Personenkreises durch erwerbsfähige Beziehende von Arbeitslosengeld (ALG) II (Kaldybajewa und Kruse 2012).

Neben einem steigenden Armutsrisiko haben sich zudem die Ursachen für den Bezug einer EM-Rente in den letzten Jahrzehnten verändert. Zumeist geht dem Antrag einer EM-Rente eine lange Krankheitsgeschichte voraus, die häufig von Mehrfacherkrankungen, wie zum Beispiel psychosomatische Erkrankungen mit Beschwerden am Bewegungsapparat, gekennzeichnet ist. Obgleich auch heute noch das Risiko dominiert, aufgrund von chronischen körperlichen Erkrankungen den Arbeitsmarkt vorzeitig zu verlassen, haben die psychischen Erkrankungen als Grund für die Bewilligung von EM-Renten absolut sowie relativ zugenommen. Im EM-Rentenzugang 2013 haben psychische Störungen einen Anteil von knapp 43 Prozent an allen EM-Rentenzugängen (Deutsche Rentenversicherung Bund 2014b).

Hinsichtlich der Ursachen chronischer Erkrankungen, die eine EM-Rente begründen, besteht jedoch noch erheblicher Forschungsbedarf. Für Präventionsansätze sowie Maßnahmen zur Minderung krankheitsbedingter Frühberentung ist eine diagnosespezifische Analyse der individuellen, sozialen und regionalen Unterschiede von EM-Rentenbeziehenden hilfreich.

Der Beitrag geht anhand empirischer Analysen folgenden Fragen nach: (1) Wie haben sich psychische und somatische Erkrankungen beim Zugang in EM-Rente bei verschiedenen Gruppen entwickelt? (2) Inwiefern drückt sich soziale Ungleichheit in der Inanspruchnahme von EM-Renten in der Erwerbsbiografie aus? (3) Welche Rolle spielt die Region für das Risiko eine EM-Rente zu beziehen? Und schließlich: (4) Gibt es Unterschiede zwischen den Personen, die mit somatischen und psychischen Erkrankungen berentet wurden?

Zunächst werden im vorliegenden Beitrag die sozialrechtlichen Rahmenbedingungen beschrieben, die zum Bezug einer EM-Rente berechtigen. Im Abschnitt Datenbasis und Methode werden

die vier verschiedenen Datensätze vorgestellt, die den Analysen zu Grunde liegen. Im Hauptteil wird der Fokus auf die empirischen Befunde gelegt. Zum Schluss werden zentrale Ergebnisse zusammengefasst und diskutiert.

2 Institutionelle Rahmenbedingungen

Zu Beginn des Jahres 2001 trat das Gesetz zur Reform der Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit (EM-ReformG) in Kraft: Damit wurden die bisherigen Renten wegen Berufs- und Erwerbsunfähigkeit für Neufälle abgelöst (Paragraf 43 Sozialgesetzbuch (SGB) VI). Für vor dem 2.1.1961 Geborene wurden Berufsunfähigkeits- und Erwerbsunfähigkeitsrenten nach bisherigen Konditionen in teilweise und volle EM-Renten umgewandelt (Paragraf 240 SGB VI).

Im Rahmen der EM-Rente sind die gRV-Versicherten gegen das Risiko einer verminderten Teilhabe am Arbeitsmarkt aus gesundheitlichen Gründen versichert. Anspruch auf eine EM-Rente hat, wer innerhalb der letzten fünf Jahre vor dem Eintritt der Erwerbsminderung wenigstens drei Jahre Pflichtbeiträge durch Erwerbstätigkeit abgeführt hat; zudem muss die Wartezeit von fünf Jahren erfüllt sein. Der Zeitraum von fünf Jahren vor Eintritt der Erwerbsminderung kann sich durch Anrechnungszeiten (Zeiten der Arbeitsunfähigkeit wegen Krankheit, wegen Schwangerschaft, Mutterschaft oder Arbeitslosigkeit), Berücksichtigungszeiten (Zeit der Erziehung eines Kindes bis zu dessen zehntem Lebensjahr) oder Zeiten einer schulischen Ausbildung nach Vollendung des 17. Lebensjahres et cetera verlängern (Paragraf 43 SGB VI Absatz 4). In den Jahren 2005 bis 2010 zählten auch Zeiten des Bezuges von ALG II als Pflichtbeiträge. Vor der Bewilligung einer EM-Rente wird geprüft, ob die Erwerbsfähigkeit durch Rehabilitationsmaßnahmen wieder hergestellt werden könnte. Sind die Heilungsprognosen durch Rehabilitationsmaßnahmen negativ und die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen erfüllt, kann ein Anspruch auf die Lohnersatzleistung EM-Rente geltend gemacht werden. Eine volle EM-Rente erhält, wessen Arbeitsfähigkeit im Begutachtungsprozess auf weniger als drei Stunden täglich eingeschätzt wird. Wird die Arbeitsfähigkeit zwischen drei und unter sechs Stunden taxiert, kann ein Anspruch auf eine teilweise EM-Rente bestehen. Die teilweise EM-Rente kann auf eine volle aufgestockt werden, wenn regionale Arbeitsmärkte keine Möglichkeiten zur Teilzeitbeschäftigung enthalten (Paragraf 43 SGB VI).

Die Höhe der EM-Rente bemisst sich an den durchschnittlichen relativen Entgelten bis zum Zeitpunkt der EM. Diese werden im Rahmen von Zurechnungszeiten bis zur Vollendung des 60. Lebensjahres (ab 1.7.2014: 62. Lebensjahres) so fortgeschrieben, als ob die Versicherten wie im bisherigen Versicherungsverlauf weiter beschäftigt gewesen wären. Bei Bezug einer EM-Rente vor dem 65. Lebensjahr werden zudem Abschläge fällig, die bei vorzeitiger Inanspruchnahme 0,3 Prozent pro Monat bis maximal 10,8 Prozent betragen (Paragraf 77 SGB VI).

3 Datenbasis und Methode

Die Analysen basieren auf drei verschiedenen Datentypen. Erstens werden Entwicklungen im Zeitverlauf auf Datenbasis von aggregierten (Makro-)Daten aus den Jahrgängen 1995 bis einschließlich 2012 der EM-Rentenzugangstatistik präsentiert. Zweitens ermöglicht eine Mikro-

analyse, basierend auf Individualdaten der Rentenzugangstatistik und der aktiv Versicherten von 2011 unter Einbeziehung von drittens kontextuellen Mesofaktoren, den Einfluss spezifischer regionaler wie individueller Einflussfaktoren abzuschätzen.

Im Rahmen der Mikroanalyse werden prozessproduzierte Daten der gRV, die vom Forschungsdatenzentrum der Rentenversicherung (FDZ-RV) für wissenschaftliche Forschungsvorhaben zur Verfügung gestellt werden, verwendet. Dies sind die Vollerhebungen der Datensätze „Zugang Erwerbsminderung/Diagnosen 2011 (RTZN11XVSTEM)“ sowie die „aktiv Versicherten 2011 (AKVS11XVSB)“, letzterer enthält Informationen über die Gesamtzahl der unter EM-Risiko stehenden Population. Zu den Codeplänen der beiden Datensätze sowie weiteren Spezifika siehe www.FDZ-RV.de. Weitere Hinweise zur Aufbereitung der Datensätze sind in Hagen et al. (2011) genannt. Nicht unter EM-Risiko stehende Versicherte, wie im Berichtsjahr bereits (Teil-)Rente Beziehende, Verstorbene oder Personen mit Beschäftigungszeiten nach dem Altersteilzeitgesetz wurden ausgeschlossen. Die Untersuchungspopulation ist wegen des regionalen Zuschnitts auf in Deutschland lebende Personen (Inlandskonzept) im Alter von 30 bis einschließlich 64 Jahren begrenzt. Im Datensatz RTZN11XVSTEM werden ausschließlich Personen berücksichtigt, die erstmals eine EM-Rente beziehen. Von der Analyse ausgeschlossen werden EM-Renten für Bergleute wegen Vollerhebung des 50. Lebensjahres sowie EM-Renten an Personen mit Vorerkrankungen, wie behinderte Menschen oder Beziehende von Rehabilitationsleistungen.

Psychische und somatische Erkrankungen werden durch die „Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD-10-Klassifikation, German version)“ chronischer Erkrankungen ausgewiesen. Wobei die rentenbegründende Hauptdiagnose „psychische Erkrankungen und Verhaltensstörungen“ das gesamte Kapitel V einschließt, von „Demenz (F00)“ bis hin zu „Psychische Störung ohne nähere Angabe (F99)“. Alle anderen Krankheiten werden als somatische Erkrankung klassifiziert; Fälle mit nicht erfasster Hauptdiagnose wurden ausgeschlossen.

Im Hinblick auf die Validität der Datenquelle (RTZN11XVSTEM) sind insbesondere zwei Typen von Selektionseffekten zu beachten. Der erste steht in Zusammenhang mit dem versicherten Personenkreis: Versichert sind vor allem sozialversicherungspflichtig beschäftigte Personen, die die oben genannten Voraussetzungen zum Bezug einer EM-Rente erfüllen können. Nicht versichert ist das Gros der Selbstständigen einschließlich der in berufsständischen Versorgungswerken Versicherten, beispielsweise Ärzte und Apotheker, auch sofern sie als Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer tätig sind. Ferner haben Beamtinnen und Beamte sowie Versicherte ohne mehrjährige Beitragszeiten keinen Anspruch auf eine EM-Rente; damit können für diese Personen keine Aussagen zu ihren EM-Renten beziehungsweise ihrem EM-Risiko formuliert werden. Hinzuweisen ist in diesem Zusammenhang auf einen besonderen Personenkreis: Dies sind die ehemaligen Sozialhilfe Beziehenden im erwerbsfähigen Alter, die seit 2005 und bis Ende 2010 Grundsicherung für Arbeitssuchende (ALG II) bezogen und damit Pflichtbeitragszeiten in der gRV erworben haben (Mika et al. 2014).

Ein weiterer Typ von Selektionseffekten steht in Zusammenhang mit den individuellen und kontextuellen Möglichkeiten des Umgangs mit chronischen Erkrankungen und dem EM-Risiko, wie etwa in Bezug auf Absentismus versus Präsentismus. Das bedeutet, dass individuelle Werte kombiniert mit sozialen und betrieblichen Normen, die die Neigung zur Abwesenheit oder Anwesenheit am Arbeitsplatz beeinflussen können, sehr unterschiedlich ausfallen. Zudem können betriebliche Sanktionsmaßnahmen als Reaktion auf Frequenzen und Dauer der Arbeitsunfähig-

keit ebenfalls unterschiedlich sein. Ferner ist von Selektionseffekten beim Zugang in EM-Rente auszugehen, wegen sozialer Ungleichheit im Hinblick auf krankheitsbedingte Anpassungen von Arbeitsbedingungen und Arbeitszeiten, wegen ungleich verteilter „Health Literacy“, privater Versicherungen gegen das Invaliditäts- oder Berufunfähigkeitsrisiko und sozial unterschiedlichem Gesundheitsverhalten, um nur einige wenige Aspekte zu benennen (Märtin et al. 2014, Seyfried und Weller 2014, Siegrist 2013). Bekannt ist, dass Möglichkeiten zur Verbesserung der eigenen Gesundheit beziehungsweise Reduzierung des individuellen EM-Risikos insbesondere von höher Qualifizierten in leitenden Positionen mit entsprechender Handlungsautonomie genutzt werden können (Horch et al. 2001). Unter Beachtung dieser Selektionseffekte ist der Bezug einer EM-Rente ein valider Indikator für chronische Erkrankungen (Hagen et al. 2011).

Regionale Kontexte werden durch sechs ausgewählte Merkmale aus den INKAR-Daten 2012 des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) für 96 verschiedene Raumordnungsregionen abgebildet. Das BBSR im Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung (BBR) ist eine Ressortforschungseinrichtung im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Umwelt, Naturschutz, Bau und Reaktorsicherheit (BMUB). Es berät die Bundesregierung bei entsprechenden Aufgaben (BBSR 2014). Ein Instrument zur Raumbearbeitung, das Indikatoren und Karten zur Raum- und Stadtentwicklung (INKAR) zur Verfügung stellt, ist die INKAR-Datenbank. Sie enthält regionalstatistische Informationen zu vielen Themen wie Bildung, Soziales, Demografie, Gesundheit, Wirtschaft, Wohnen und Umwelt für Deutschland und Europa.

In unserer Analyse wird der regionale Wohlstandskontext anhand des Merkmals (1) Bruttoinlandsprodukt je Einwohner in Euro beschrieben. Die Attraktivität einer Region bildet der (2) Wanderungssaldo, das heißt die Bilanz aus regionaler Zu- und Abwanderung je 1 000 Einwohner, ab. Der regionale Arbeitsmarktkontext für ältere Beschäftigte im Alter von 55 bis einschließlich 64 Jahren wird mittels der (3) Beschäftigten- und (4) Arbeitslosigkeitsquote pro 100 Einwohner im entsprechenden Alter indiziert. Den regionalen Versorgungskontext bilden die beiden Merkmale (5) niedergelassene Ärzte und (6) Psychotherapeuten je 100 000 Einwohner ab. Um Größeneffekte der Regionen, insbesondere deren Arbeits- wie Versorgungsmärkte kontrollieren zu können, wird zusätzlich (7) das Merkmal Anzahl der aktiv versicherten Personen je Raumordnungsregion aus dem Datensatz AKVS11XVSB integriert. Jedes dieser sieben Merkmale wird der Größe nach zwischen 1 und 96 geordnet und aufsummiert. Schließlich erfolgt eine Zuordnung der regionalen Kontexte in vier Wohlstandsquartile.

4 Empirische Befunde

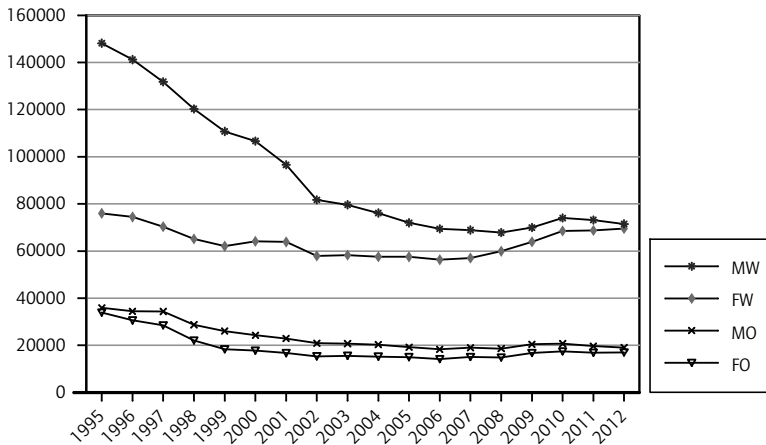
Bei den Neuzugängen in EM-Rente ist zwischen 1995 und 2006 ein Rückgang von rund 46 Prozent (von 294 000 auf etwas mehr als 158 000) zu verzeichnen (Abbildung 1). Seit 2006 ist jedoch wieder ein Anstieg zu beobachten: 2012 waren es 177 000 Personen, die aufgrund chronischer Erkrankungen vorzeitig ihre Erwerbsbiografie beendeten und erstmals eine EM-Rente bezogen haben.

Die erfreuliche Reduzierung der chronischen Krankheiten bis 2006 ist vor allem auf sinkende Zugänge bei westdeutschen Männern mit Muskel-Skelett-Erkrankungen zurückzuführen (Müller et al. 2013). Verursacht wurde die Zunahme bei den EM-Renten ab Mitte der 2000er Jahre insbesondere durch steigende absolute Zahlen von EM-Renten wegen psychischer Erkrankun-

Abbildung 1

Entwicklung der Anzahl der Zugänge in EM-Rente¹, differenziert nach Geschlecht und Region

In Personen



¹ Bei Renten mit Rentenbeginn bis zum 31.12.2000 „Renten wegen Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit“.

Legende: ; MW – Männer West, FW – Frauen; West MO – Männer Ost, FO – Frauen Ost.

Quelle: Deutsche Rentenversicherung Bund, Rentenzugangsstatistik 1995–2012, eigene Berechnungen.

gen bei Frauen, vor allem in Westdeutschland (Hagen und Himmelreicher 2014). Ab Ende der 2000er Jahre wieder zunehmende Zahlen bei den bewilligten EM-Renten sind auch darauf zurückzuführen, dass zwischen 2005 und 2010 Zeiten des Bezuges von ALG II (an zum Teil vormalige Sozialhilfebeziehende im erwerbsfähigen Alter) als Pflichtbeiträge zählte und damit den Kreis der EM-Anspruchsberechtigten erhöhte. Die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für den Bezug einer EM-Rente durch den ausschließlichen Bezug von ALG II („Hartz IV“) erfüllten 23 Prozent der Zugänge in EM im Jahr 2010 (Deutsche Rentenversicherung Bund 2013b).

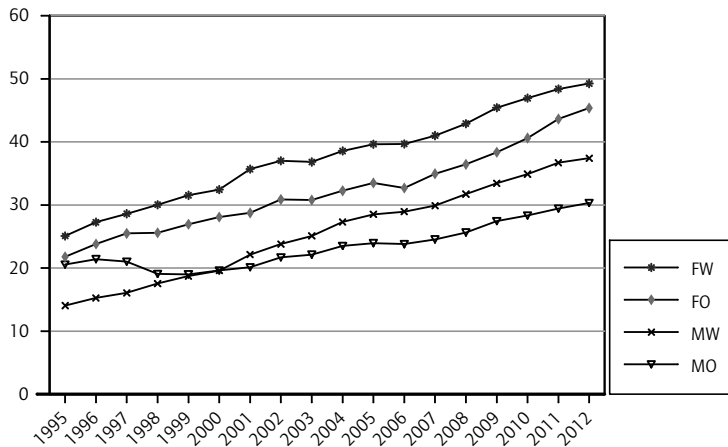
„Auch in anderen Aspekten unterscheiden sich die EM-Rentnerinnen und -Rentner nach Bezug von Arbeitslosengeld II von den anderen EM-Rentenbeziehern: Knapp 50 Prozent leiden an psychischen Erkrankungen, davon zu einem Viertel an Suchterkrankungen – im Vergleich zu knapp 40 Prozent mit psychischen Erkrankungen und darunter 6 Prozent Suchterkrankungen bei den anderen EM-Rentenzugängen. Sie haben [...] einen deutlich niedrigeren Rentenbetrag von durchschnittlich nur 458 Euro pro Monat, andere EM-Rentner haben [...] 707 Euro. Darüber hinaus waren nur knapp 20 Prozent in den letzten fünf Jahren vor Rentenbeginn erwerbstätig, mit einer durchschnittlichen Anzahl von 1,2 Monaten mit Pflichtbeiträgen aus Erwerbstätigkeit. Bei den anderen EM-Rentnerinnen und -Rentnern waren 87 Prozent erwerbstätig, mit im Schnitt 34,3 Monaten Pflichtbeiträgen aus Erwerbstätigkeit“ (Deutsche Rentenversicherung Bund 2013b: 85).

Ab 2011 und in den Folgejahren dürfte der Anteil dieses Personenkreises im EM-Rentenzugang sinken, weil der Bezug von ALG II dann keine Pflichtbeiträge in der gRV begründet.

Abbildung 2

Entwicklung der Anteile von EM-Rente¹ wegen psychischer Erkrankungen an allen EM-Zugängen, differenziert nach Geschlecht und Region

In Prozent



1 Bei Renten mit Rentenbeginn bis zum 31.12.2000 „Renten wegen Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit“.

Legende: FW – Frauen West; FO – Frauen Ost; MW – Männer West; MO – Männer Ost.

Quelle: Deutsche Rentenversicherung Bund, Rentenzugangstatistik 1995-2012, eigene Berechnungen.

Abbildung 2 zeigt, dass steigende Anteile von EM-Renten wegen psychischer Erkrankungen sowohl bei Frauen und Männern in Ost- und Westdeutschland vorzufinden sind, jedoch bei den Frauen – vor allem in den alten Bundesländern – auf einem höheren Niveau liegen. Diese Entwicklung führt dazu, dass 2012 von den Personen, die erstmals eine EM-Rente bezogen haben, nahezu jede zweite Frau und etwa jeder dritte Mann diese wegen diagnostizierter psychischer Erkrankung als Berentungsursache bewilligt bekamen. Vor allem bei Frauen in Westdeutschland ist zu beachten, dass wegen der Zunahme der Frauenerwerbstätigkeit eine größer werdende Anzahl der Frauen die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen zum Bezug einer EM-Rente erfüllt; dies ist insbesondere der Nachweis von drei Jahren Pflichtbeitragszeiten innerhalb der letzten fünf Jahre vor dem Antrag einer EM-Rente. Es kann festgehalten werden, dass die Diagnosegruppe psychische Erkrankungen – mit der Depression als der häufigsten – an Bedeutung gewinnt, Erkrankungen des Bewegungsapparates (Muskel- und Skeletterkrankungen) hingegen abnehmen.

Vor dem Hintergrund der beobachteten Trends hinsichtlich der EM-Rentenzugänge im Zeitverlauf werden in Tabelle 1 zentrale Fallzahlen ausgewiesen. In den Zeilen EMr ist ein gruppenspezifisches Erwerbsminderungsrisiko (EMr) angegeben, berechnet als Anteil der Neuzugänge in EM-Rente bezogen auf die jeweilige Risikopopulation der aktiv Versicherten. Für das Jahr 2011 zeigt sich ein höheres EM-Risiko in Ost- als in Westdeutschland und zudem jeweils ein höheres EM-Risiko bei Männern als bei Frauen.

Differenziert man das EM-Risiko nach der für die Rentenbewilligung ausschlaggebenden Hauptdiagnose zeigt sich, dass das hohe EM-Risiko der ostdeutschen Männer überwiegend auf somati-

Tabelle 1

Zentrale Fallzahlen von inländischen 30- bis 64-jährigen Versicherten und Zugängen in EM-Rente nach Diagnosegruppen sowie EM-Risiko (EMr)¹
2011

	Westdeutschland		Ostdeutschland		Insgesamt
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	
Aktiv Versicherte	11 442 723	11 484 341	2 978 511	2 911 181	28 816 756
EM-Rente in Personen insgesamt	60 711 5,306	56 758 4,942	19 993 6,712	17 582 6,039	155 044 5,380
davon wegen ...					
psychischer Erkrankungen	21 996 1,922	27 454 2,391	6 036 2,027	7 992 2,745	63 478 2,203
somatischer Erkrankungen	38 715 3,384	29 304 2,551	13 957 4,685	9 590 3,294	91 566 3,177
Relative Anteile psychischer Erkrankungen in Prozent	36,2	48,4	30,2	45,5	40,9

¹ EM-Risiko (EMr) = Zugänge in EM-Rente / aktiv Versicherte x 1 000.
Quelle: FDZ-RV - RTZN11XVSTEM, AKVS11XVSB, eigene Berechnungen.

sche Erkrankungen und lediglich zu 30,2 Prozent auf psychische Ursachen zurückzuführen ist. Und umgekehrt lässt sich das vergleichsweise geringe EM-Risiko von westdeutschen Frauen in nahezu der Hälfte aller Zugänge auf psychische Erkrankungen zurückführen. Bei psychischen Erkrankungen weisen Frauen trotz ihres generell geringeren Risikos chronisch zu erkranken ein höheres EM-Risiko auf als Männer. Und umgekehrt ist das Risiko wegen somatischer Erkrankungen das Erwerbsleben zu beenden bei Männern, insbesondere in Ostdeutschland, besonders hoch.

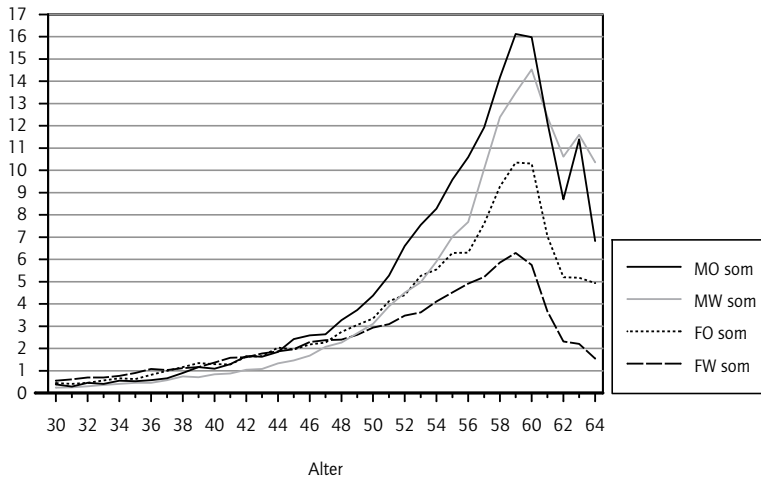
Die beiden Abbildungen 3 und 4 zeigen das EM-Risiko für somatische und für psychische Erkrankungen differenziert nach dem Alter der Versicherten. Beide nach Erkrankungen differenzierten jeweiligen altersspezifischen EM-Risiken addiert, ergeben das EM-Risiko insgesamt.

Bei den somatischen Erkrankungen zeigt sich bei Frauen und Männern sowie in Ost- und Westdeutschland mit zunehmendem Alter bis etwa zum 60. Lebensjahr jeweils ein leicht exponentiell steigendes EM-Risiko, das dann bis zum Alter von 64 Jahren tendenziell zurückgeht. Die nach dem 60. Lebensjahr wieder abflachenden EM-Risiko-Verläufe sind darauf zurückzuführen, dass manche Versicherte versuchen, ihre Berentung in Richtung Altersrente (ab 62 Jahren) ohne Gesundheitsprüfung und „Krankheitsstigma“ zu verschieben, eventuell flankiert durch den Bezug von Arbeitslosengeld. Für eine Diskussion der verschiedenen Wege, die in Richtung eines finanziell attraktiven Vorruhestands führen, verweisen wir auf Schmähl (2003), Börsch-Supan (2011) sowie in Zusammenhang mit dem Haushaltskontext Radl und Himmelreicher (2014). Das höchste EM-Risiko liegt bei etwa 16 von 1 000 Versicherten im Alter von 59 und 60 Jahren bei ostdeutschen Männern. Das bedeutet, dass im Alter von 60 und 61 Jahren zusammengenommen etwa jeder 30. Beschäftigte wegen chronischer somatischer Erkrankungen seine Erwerbs-

Abbildung 3

EM-Risiko pro 1 000 Versicherten wegen somatischer Erkrankungen (som) nach Geschlecht, Region und Alter in Deutschland

2011



MO – Männer Ost; MW – Männer West; FO – Frauen Ost; FW – Frauen West.

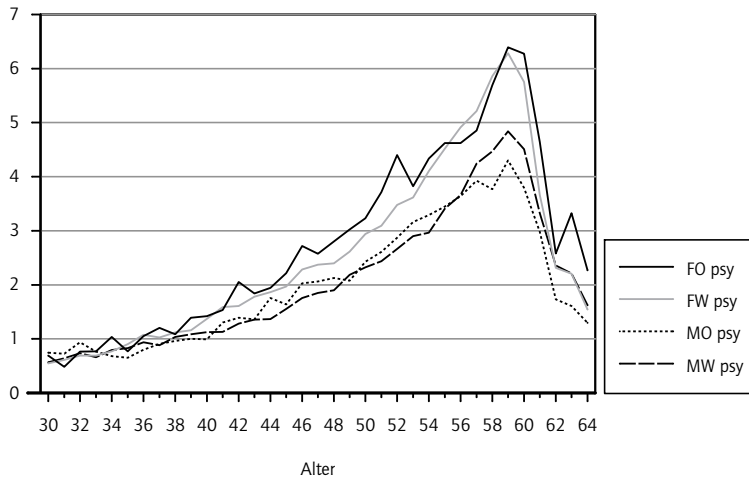
Quelle: FDZ-RV - RTZN11XVSTEM, AKVS11XVSBB, eigene Berechnungen.

tätigkeit beendet. Nahezu über das gesamte Altersspektrum weisen ostdeutsche Männer das höchste EM-Risiko auf. Bemerkenswert ist darüber hinaus, dass bereits ab einem Alter von etwa 45 Jahren bei Männern in Ostdeutschland ein vergleichsweise stark ansteigendes EM-Risiko zu verzeichnen ist. Bei westdeutschen Männern sind vergleichbare Zuwächse des EM-Risikos etwa fünf bis zehn Jahre später ab einem Alter von 55 Jahren festzustellen. Bei Frauen liegt das EM-Risiko auf einem wesentlich niedrigeren Niveau: Das EM-Risiko bei somatischen Erkrankungen von westdeutschen Frauen ist im Vergleich zu ostdeutschen Männern ab einem Alter von 50 Jahren lediglich etwa halb so hoch.

Beim Zugang in EM-Rente wegen psychischer Erkrankungen (Abbildung 4) zeigt sich erwartungsgemäß ein ganz anderes Bild als bei somatischen. Hier sind es die Frauen, die ein vergleichsweise höheres Risiko aufweisen, wegen psychischer Erkrankungen frühzeitig berentet zu werden. Eine Erklärung für den sprunghaften Anstieg des EM-Risikos bei ostdeutschen Frauen im Alter von 52 Jahren haben wir nicht. Die absolute Anzahl der Fälle von ostdeutschen Frauen, die in 2011 im sechsten Lebensjahrzehnt mit psychischer Erkrankung eine neue EM-Rente beziehen, liegt in jedem Einzelalter über 300. Während bei somatischen Erkrankungen exponentiell geformte Alters-EM-Risiko-Profile zu verzeichnen sind, haben jene für psychische Erkrankungen einen eher linearen Verlauf, mit vergleichsweise etwas höherem EM-Risiko bei den unter 40-Jährigen und niedrigerem bei den älteren Versicherten. Vergleichbare Befunde im Hinblick auf die 12-Monats-Prävalenz nach Altersgruppen für diagnostizierte Depressionen beziehungsweise depressive Verstimmungen auf Datenbasis der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell“ (GEDA 2009, 2010) des Robert-Koch-Instituts haben Müters et al. (2013) ermittelt. Ein altersspezifisches

Abbildung 4

EM-Risiko pro 1 000 Versicherten wegen psychischer (psy) Erkrankungen nach Geschlecht, Region und Alter in Deutschland 2011



Legende: FO – Frauen Ost; FW – Frauen West; MO – Männer Ost; MW – Männer West.
Quelle: FDZ-RV – RTZN11XVSTEM, AKVS11XVSBB, eigene Berechnungen.

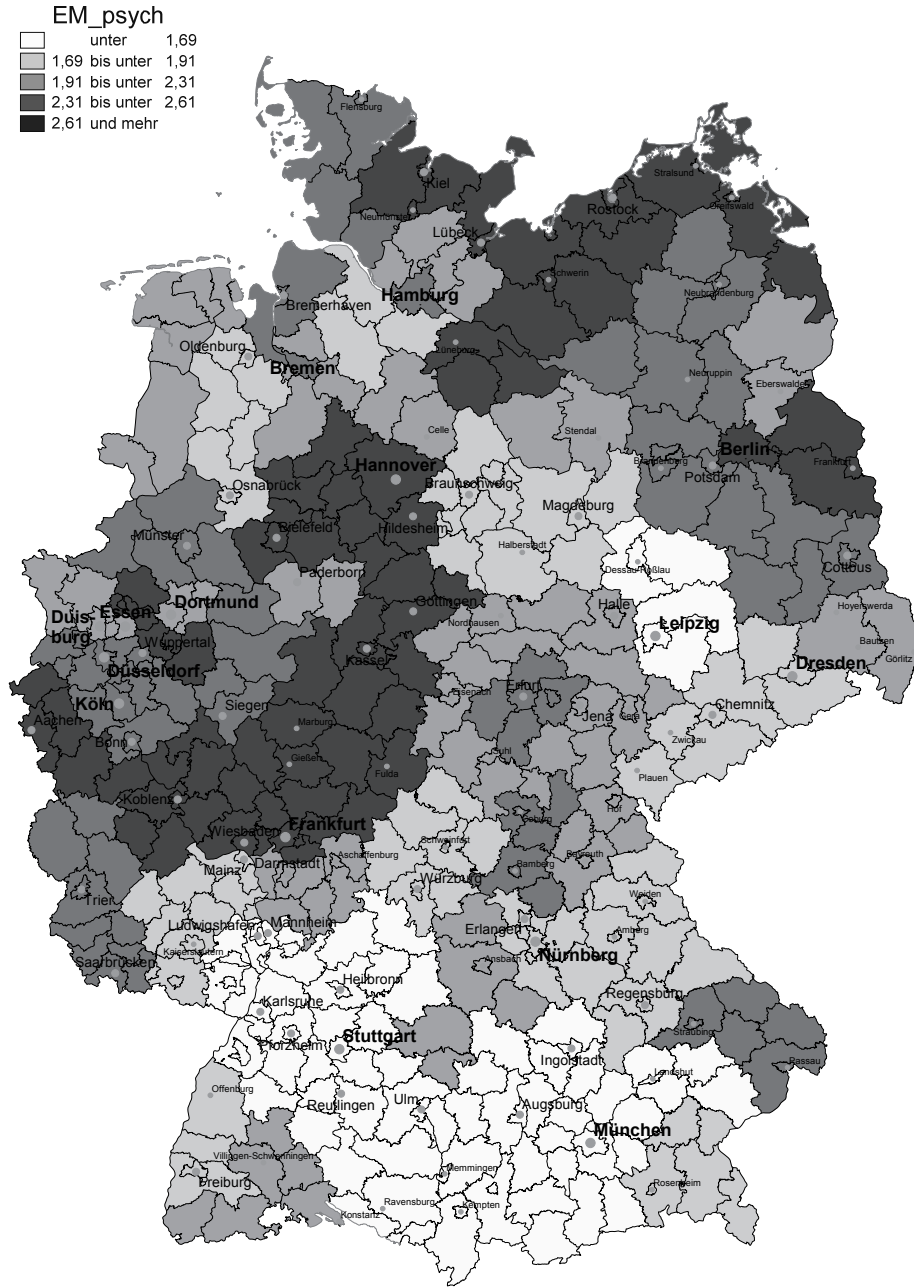
EM-Risiko hängt damit zusammen, dass je nach Alter unterschiedliche Erkrankungen und Chronifizierungsgrade im Vordergrund stehen. So ist bekannt, dass im jüngeren Alter psychiatrische Diagnosen, wie zum Beispiel Schizophrenie, eine größere Bedeutung für den EM-Rentenzugang haben als im höheren Alter. Gerade bei jüngeren werden oftmals akute Erkrankungen mit ungünstigen Heilungsprognosen diagnostiziert (Deutsche Rentenversicherung Bund 2013b: 81 f.). Bemerkenswert ist, dass psychische Erkrankungen, die zu EM führen, in den Lebensläufen der Betroffenen im arithmetischen Mittel rund vier Jahre früher zum EM-Rentenbezug führen als somatische.

Die in den Abbildungen 3 und 4 dargelegten Befunde verweisen darauf, dass es offensichtlich starke alters-, geschlechts- und diagnosespezifische sowie Ost-West-Unterschiede hinsichtlich der EM-Prävalenz gibt. Um regionale Unterschiede, die oftmals sicherlich quer zu der Ost-West-Differenzierung liegen, genauer darzustellen, wurde das jeweilige EM-Risiko für 96 Raumordnungsregionen berechnet und in Abbildung 5 für psychische Erkrankungen grafisch dargestellt. Skizziert wird das EM-Risiko in fünf Risikoklassen, diese liegen zwischen unter 1,69 und über 2,61. Grundsätzlich sind regionale Abweichungen bei psychischen Erkrankungen deutlich geringer als bei somatischen (siehe EM-Risiko pro 1000 Versicherten wegen somatischer Erkrankungen in Tabelle 2; eine diagnoseübergreifende Darstellung der Zugänge in EM-Rente differenziert nach Raumordnungsregionen haben Brüssig (2012: 13) sowie Hagen und Himmelreicher (2014) durchgeführt. Dennoch zeigt Abbildung 5 instruktiv, dass ein hohes wie ein niedriges EM-Risiko wegen psychischer Erkrankungen sowohl in einigen Regionen in West- als auch in Ostdeutschland zu verzeichnen ist. Ein hohes EM-Risiko ist neben einigen Regionen in Mecklenburg-Vorpommern, in und um Berlin auch um Lübeck, Lüneburg und Nordhessen zu konstatieren. Und

Abbildung 5

EM-Risiko pro 1 000 Versicherten wegen psychischer Erkrankungen nach Raumordnungsregionen

2011



Quelle: FDZ-RV - RTZN11XVSTEM, AKV511XVSBB, INKAR 2012, eigene Berechnungen.

umgekehrt ist ein vergleichsweise niedriges EM-Risiko aufgrund psychischer Erkrankungen um Leipzig ebenso vorzufinden wie in weiten Teilen Baden-Württembergs und Bayerns. Somit ist festzuhalten, dass es erhebliche kleinräumige Unterschiede gibt, die lediglich teilweise einem Ost-West-Muster folgen und deshalb eines differenzierteren Analyserasters bedürfen.

Um mögliche Wechselwirkungen zwischen regionalen und soziodemografischen wie qualifikatorischen Merkmalen kontrollieren zu können, werden zunächst vier regionale Wohlstandsgruppen gebildet und dann zusammen mit individuellen Merkmalen in einem logistischen Regressionsmodell hinsichtlich ihrer Stärke geschätzt. Der regionale Kontext wird anhand eines summierten mehrdimensionalen Wohlstandsindex erfasst und in vier Gruppen differenziert, die sich ihrerseits aus je 24 Raumordnungsregionen zusammensetzen. Unterschieden werden dabei „boomende“, „prosperierende“, „prekäre“ und „stark benachteiligte“ Regionen. Der Summenindex repräsentiert folgende sieben regionale Kontextmerkmale, die das Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) im Rahmen der INKAR-Daten (Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR 2012)) zur Verfügung stellt (Tabelle 2):

Die jeweiligen Arbeitsmärkte für ältere Erwerbstätige (gemessen durch Beschäftigten- und Arbeitslosenquote im Alter von 55 bis 65 Jahren pro 100 Einwohner gleichen Alters) sowie die regionale Wohlstandssituation (gemessen als Bruttoinlandsprodukt (BIP) pro Einwohner in 1000 Euro) werden berücksichtigt. Neben materiellen Wohlstands- und Arbeitsmarktindikatoren werden zusätzlich die Attraktivität der Region (gemessen am Wanderungssaldo pro 1000 Einwohner), die Größe des regionalen Arbeitsmarktes (operationalisiert mittels der Anzahl der bei der gesetzlichen Rentenversicherung aktiv versicherten Personen), sowie die ärztliche Versorgungsdichte in das Modell integriert. Die Versorgungsdichte wird durch die Anzahl der niedergelassenen Ärzte und die Anzahl der Psychotherapeuten pro 100 000 Bewohner abgebildet. Für jede der sieben Variablen wurde ein Ranking durchgeführt, bei dem jeder Region ein Wert zwischen 1 bis 96 zugeordnet wird. Diese Werte werden über die sieben Variablen addiert und dann in vier Gruppen (Quartile), die aus je 24 Regionen bestehen, eingeteilt.

Tabelle 2 zeigt die Mittelwerte der regionalen Kontextmerkmale in der Abfolge der Wohlstandsquartile: Je niedriger das Wohlstandsquartil ist, desto stärker ist die Abwanderung, desto kleiner sind die Arbeitsmärkte, umso geringer ist der Anteil älterer Beschäftigter und desto niedriger ist die lokale Ärztedichte und jene der niedergelassenen Psychotherapeutinnen und -therapeuten. Wenig Variation zwischen den regionalen Wohlstandsquartilen zeigt sich hinsichtlich des Anteils älterer registrierter arbeitsloser Personen, der in allen vier Quartilen bei rund fünf Prozent liegt. Dies könnte in Zusammenhang mit einer gewissen regional übergreifenden Langzeit- oder Sockelarbeitslosigkeit stehen sowie grundsätzlich mit einer begrenzten Bezugsdauer von Arbeitslosengeld bei Älteren.

Um sich regionale Spezifika vorstellen zu können, wurde in Tabelle 2 versucht, diese anhand weniger Attribute zu beschreiben; die Nennung einiger Beispielregionen ermöglicht konkrete regionale Zuordnungen.

Unsere These hierbei ist, dass in eher dünn besiedelten Regionen mit angespannter Arbeitsmarktlage – wenige ältere Beschäftigte und hoher Arbeitslosigkeit Älterer – sowie einem niedrigen Wohlstandskontext das Risiko für den Bezug einer EM-Rente höher ausfällt, insbesondere in Zeiten der Wirtschaftskrise (OECD 2013). Angespannte Arbeitsmärkte dürften mit besonders niedrigen Beschäftigungschancen für Ältere und Personen mit chronischen Gesundheitspro-

Tabelle 2

Regionale Kontexte der Wohlstandsquartile in Deutschland 2012

Merkmale der Region	Regionen					Insgesamt
	Boomend	Prosperierend	Prekär	Stark benachteiligt		
Anzahl Raumordnungsregionen ¹	24	24	24	24	24	96
BIP / Einwohner in 1 000 Euro	32,48	26,91	26,32	23,12	23,12	27,02
Wanderungssaldo / 1 000 Einwohner	3,04	1,29	-0,23	-1,48	-1,48	0,65
Anteil Beschäftigte 55 Jahre+ / Einwohner 55-65 Jahre (in Prozent)	43,0	37,8	36,0	34,0	34,0	37,7
Anteil Arbeitslose 55 Jahre+ / Einwohner 55-65 Jahre (in Prozent)	5,0	5,0	4,9	6,1	6,1	5,2
Ärztedichte / 100 000 Einwohner	186,73	163,56	151,85	138,21	138,21	160,90
Psychotherapeutendichte / 100 000 Einwohner	35,69	23,90	16,30	12,18	12,18	22,02
Aktiv Versicherte in 1 000 Personen	535,59	305,52	206,34	152,98	152,98	300,11
Attribute der regionalen Quartile	Wohlabend, attraktiv, großer Arbeitsmarkt, hohe Versorgungsdichte	Situier, Zuwanderung, mittlerer Arbeitsmarkt, ärztlich versorgt	Situier, wenig attraktiv, kleiner Arbeitsmarkt, ärztlich versorgt	Arm, schrumpfend, Arbeitsmarkprobleme, geringe Versorgungsdichte		
Beispielregionen	Berlin, Hamburg, Köln, München, Nürnberg	Cöttingen, Halle/Saale, Havelland/Fläming, Regensburg	Schleswig-Holstein-Nord, Ostfriesland, Magdeburg	Bremerhaven, Oberpfalz-Nord, Uckermark/Barnim		
Aktiv Versicherte (in Personen)	12 854 053	7 332 382	4 952 227	3 671 626	3 671 626	28 810 288
EM-Risiko pro 1 000 Versicherten ² insgesamt	4,94	5,46	5,75	6,28	6,28	5,38
Davon wegen:						
Somatischer Erkrankungen	2,74	3,30	3,54	4,00	4,00	3,18
Psychischer Erkrankungen	2,20	2,16	2,21	2,28	2,28	2,20

¹ Regionale Kontextmerkmale (arithmetische Mittelwerte).

² EM-Risiko = Zugänge in EM-Rente / aktiv Versicherte x 1000.

Quelle: FDZ RV - RTZNITIXSYSTEM, AKVSTIXV5BB, INKAR 2012, eigene Berechnungen.

blemen sowie mit hohem Arbeitslosigkeitsrisiko einhergehen. Wobei insbesondere chronische Krankheiten sowohl Folge als auch Ursache von Arbeitslosigkeit sein können (Kroll und Lampert 2012). Da weniger belastende Tätigkeiten eventuell mit reduzierter Arbeitszeit von erkrankten Personen oftmals nicht gefunden werden können, wird der Bezug von EM-Rente wahrscheinlicher (Börsch-Supan 2011); zumal dann, wenn die EM-Rente höher als ALG-II-Leistungen sind.

Im Hinblick auf somatische Erkrankungen trifft diese These zu. In benachteiligten Regionen ist das Risiko, wegen somatischer Erkrankungen in den Vorruhestand zu gehen, etwa 45 Prozent höher als in boomenden Regionen. Nicht bestätigen lässt sich diese These jedoch in Bezug auf psychische Erkrankungen. Ein EM-Risiko wegen psychischer Erkrankung steht in keinem engeren Zusammenhang mit der regionalen Beschäftigungs- und Wohlstandssituation; dies zeigt sich daran, dass die EM-Prävalenz wegen psychischer Erkrankung über die verschiedenen Wohlstandsquartile hinweg kaum schwankt (Hagen und Himmelreicher 2014). Nahezu unabhängig von der Region liegt das EM-Risiko für psychische Erkrankungen bei etwa 2,2 pro 1000 Versicherten. Dennoch zeigen sich bei psychischen Erkrankungen spezifische Regionen, in denen ein erhöhtes EM-Risiko vorzufinden ist (Abbildung 5 auf Seite 12).

Die bisherigen Analysen haben gezeigt, dass sich Beziehende von EM-Rente nicht allein hinsichtlich Alter, Geschlecht und Diagnoseart unterscheiden, sondern dass es auch spezifische Assoziationen mit den jeweiligen Regionen und ihren Wohlstandsmerkmalen gibt. Um sowohl regionale als auch persönliche Merkmale zur Analyse der Unterschiede zwischen beiden Gruppen angemessen berücksichtigen zu können, wurden logistische Regressionen durchgeführt. Bei gemeinsamer Betrachtung der Einflussfaktoren, kann die Stärke des Einflusses der verschiedenen Merkmale eingeschätzt werden (Tabelle 3). Als individuelle Merkmale beziehungsweise als unabhängige Variablen werden das Geschlecht (Frauen im Vergleich zu Männern), das Alter sowie Versicherte mit nicht-deutscher im Vergleich zu deutscher Staatsangehörigkeit in das Modell integriert. Ferner wird der höchste schulische und berufliche Abschluss berücksichtigt, wobei die Referenzkategorie die höchsten erreichbaren Abschlüsse (Fach-/Hochschulabschluss inklusive Bachelor und Master sowie Promotion) umfassen. Die Kategorie „mit Berufsabschluss“ fungiert als mittlerer Abschluss. Die Kategorie „ohne Berufsabschluss/keine Angabe“ repräsentiert ein niedriges Qualifikationsniveau. Wegen der unterschiedlichen Codierungen der höchsten schulischen und beruflichen Abschlüsse in den Datensätzen „aktiv Versicherte 2011“ (KLDB2010) und EM-Rentenzugang im Jahr 2011 (KLDB1988) wurde diese Vorgehensweise gewählt, die im unteren und mittleren Bildungsbereich vermutlich nicht trennscharf ist, jedoch Vergleiche mit der höchsten Bildungskategorie zulässt. Als weitere unabhängige Variable wurden die regionalen Wohlstandsquartile in die Modelle integriert, wobei die boomenden Regionen die Referenzkategorie darstellt.

Die dargestellten Odds Ratios sind statistische Maßzahlen, die ausdrücken, um welchen Faktor das Risiko (statistisch korrekt: die Chance) für ein Ereignis (hier Bezug von EM-Rente) in einer bestimmten Bevölkerungsgruppe im Vergleich zu einer Referenzgruppe höher beziehungsweise geringer ist. Werte größer als 1 weisen bei einem zunehmenden Wert auf ein erhöhtes Risiko, wegen psychischer und/oder somatischer Erkrankung eine EM-Rente zu beziehen, und umgekehrt.

Die Regressionsmodelle bestätigen die zuvor dargestellten bivariaten Befunde hinsichtlich der Geschlechter- und Altersverteilung. Die erklärte Varianz der jeweiligen Modelle (R-Quadrat) ist bei psychischen Erkrankungen vergleichsweise gering. Dies ist insbesondere auch darauf zurückzuführen, dass bei psychischen Erkrankungen regionale Einflüsse auf das EM-Risiko gering

Tabelle 3

EM-Risiko insgesamt sowie wegen psychischer und somatischer Erkrankungen von inländischen 30- bis 64-jährigen Versicherten nach soziodemografischen, Qualifikations- und regionalen Merkmalen

2011 (logistische Regressionen): Odds Ratios

Variablen	EM-Risiko insgesamt (alle Diagnosen)	Psychische Erkrankungen	Somatische Erkrankungen
Frau (Ref. Mann)	0,925 (0,915–0,934)	1,260 (1,240–1,280)	0,746 (0,736–0,756)
Alter in Jahren	1,095 (1,094–1,096)	1,064 (1,063–1,065)	1,121 (1,120–1,122)
Nichtdeutsche Staatsangehörigkeit (Ref. Deutsche)	1,190 (1,170–1,211)	1,255 (1,224–1,286)	1,129 (1,104–1,156)
Ohne Beruf / keine Angaben	2,924 (2,830–3,021)	2,767 (2,637–2,902)	3,060 (2,927–3,200)
Mit Berufsabschluss (Abitur)	3,135 (3,034–3,239)	2,615 (2,493–2,744)	3,602 (3,445–3,766)
Mit (Fach-)Hochschulabschluss	Ref.	Ref.	Ref.
Stark benachteiligte Region	1,178 (1,161–1,197)	0,988 (0,964–1,013)	1,328 (1,303–1,355)
Prekäre Region	1,099 (1,084–1,115)	0,965 (0,944–0,986)	1,207 (1,185–1,229)
Prosperierende Region	1,053 (1,039–1,066)	0,947 (0,928–0,965)	1,138 (1,120–1,157)
Boomende Region	Ref.	Ref.	Ref.
Nagelkerkers R-Quadrat	0,052	0,025	0,071
Bezieher/Bezieherinnen von EM-Rente	155 044	63 478	91 566
Anzahl der aktiv Versicherten	28 810 288	28 810 288	28 810 288
Insgesamt in Personen	28 965 332	28 873 766	28 901 854

Anmerkungen: 95-Prozent-Konfidenzintervalle in Klammern.

Quelle: FDZ-RV – RTZN11XVSTEM, AKVS11XVSB, eigene Berechnungen.

sind. Da die zugrundeliegende Datenbasis eine Vollerhebung ohne Stochastizität ist, werden keine Signifikanzniveaus ausgewiesen. Angegebene Konfidenzintervalle sollen helfen, die Wirkung der Odds Ratios einschätzen zu können. Unter Kontrolle weiterer Variablen ist das EM-Risiko bei psychischen Erkrankungen bei Frauen höher als bei Männern, und umgekehrt ist das EM-Risiko bei somatischen Erkrankungen bei Männern höher als bei Frauen. Darüber hinaus zeigt sich, dass Personen mit ausländischer Staatsangehörigkeit im Vergleich zu Deutschen insgesamt ein erhöhtes Risiko aufweisen, aufgrund chronischer Krankheiten den Arbeitsmarkt vorzeitig zu verlassen. Das Risiko ist hier bei psychischen Erkrankungen etwas höher als bei somatischen.

Die Qualifikation der Betroffenen übt insgesamt den stärksten Einfluss aus. Auch hier sind es die somatischen Erkrankungen, bei denen die qualifikationsspezifischen Unterschiede besonders hoch ausfallen. Auch unter Berücksichtigung weiterer relevanter Variablen wie Geschlecht, Alter, Migrationshintergrund und Wohnregion tragen Personen mit niedrigem oder mittlerem Qualifikationsniveau ein mindestens dreifach erhöhtes Risiko eine EM-Rente wegen somatischer Erkrankungen zu beziehen als Hochqualifizierte. Etwas kleiner fällt der Unterschied bei psychischen Erkrankungen aus. Zu ähnlichen Befunden kommen Unger und Schulze (2013) in ihrer Studie und weisen darauf hin, dass soziale Unterschiede in der gesunden Lebenserwartung deutlich höher seien als in der Lebenserwartung insgesamt. Vor allem die aus gesundheitlichen

Gründen zunehmend sinkende Arbeitsfähigkeit von gering qualifizierten Männern führe zu einer steigenden sozialen Ungleichheit in der gesunden Lebenserwartung.

Die regionalen Kontextfaktoren kommen – wie die bivariaten Befunde gezeigt haben – bei den EM-Renten wegen somatischer Erkrankungen stärker zum Tragen. Auch unter Kontrolle individueller Merkmale zeigt sich, je niedriger der Wohlstand der Region ist, desto höher ist das Risiko, eine EM-Rente wegen somatischer Erkrankungen zu beziehen. Im Hinblick auf das Risiko, wegen psychischer Erkrankungen in EM-Rente zu gehen, verlieren die regionalen Effekte – sowie auch die Qualifikation – an Bedeutung.

5 Zusammenfassung

Die Ergebnisse bestätigen, dass psychische Erkrankungen in den letzten Jahren im Verrentungsgeschehen an Bedeutung gewonnen haben und die seit 2000 wieder ansteigende Anzahl von Zugängen in EM-Rente vor allem auf Zuwächse bei psychischen Erkrankungen zurückzuführen sind. Während bei Männern – die nach wie vor das höchste EM-Risiko aufweisen – ungefähr ein Drittel der EM-Renten psychische Ursachen hat, begründen psychische Erkrankungen bei Frauen annähernd die Hälfte aller EM-Renten. Diese großen geschlechtsspezifischen Unterschiede hinsichtlich psychischer Erkrankungen beruhen auf einer Vielzahl komplexer Faktoren. In der Forschung werden neben unterschiedlicher Wahrnehmung und Äußerung von Symptomen der Betroffenen sowie Differenzen bei der Diagnostik ebenso biologische Ursachen als auch geschlechtsspezifische Auswirkungen der sozioökonomischen und psychosozialen Lage diskutiert (Müters et al. 2013).

Bei Migranten und vor allem bei Migrantinnen wird zudem von einem erhöhten Risiko der medizinischen Fehl- und Unterversorgung ausgegangen, insbesondere bei chronischen, psychosomatischen und psychischen Krankheiten (Schopf und Naegele 2005). Die unterschiedliche Nutzung des Gesundheitssystems durch Migranten wird insbesondere auf Kommunikationsprobleme (oftmals geringe Sprachkenntnisse sowie geringe Health Literacy) und auf ein anderes Gesundheits- beziehungsweise Krankheitsverständnis (zum Beispiel kulturgebundene Verständigungsprobleme) zurückgeführt (Höhne und Schubert 2007).

Grundsätzlich können die häufiger werdenden psychischen Erkrankungen in einem Zusammenhang mit zunehmenden Belastungen am Arbeitsplatz und beruflichen Zukunftsängsten gesehen werden (OECD 2013, Lohmann-Haislah 2012, Siegrist 2013), jedoch auch durch außerberufliche Belastungen hinsichtlich der sozialen Statusposition, Familie und Partnerschaft sowie durch soziale Netzwerke begründet sein (Lange und Saß 2006, von der Lippe und Rattay 2013, Marcus 2014). Tendenzen zur Individualisierung, Ökonomisierung und Beschleunigung in den beruflichen sowie außerberuflichen Alltagsphären können sich auf die psychische Gesundheit auswirken und zu Einschränkungen in der Alltagsbewältigung führen. Eine ansteigende Verdichtung, Entgrenzung und Prekarisierung der Erwerbsarbeit und damit in Zusammenhang stehende Verunsicherungen bis weit in die Mittelschicht hinein könnte steigende psychische Belastungen erklären; zudem wurde ein Zusammenhang zwischen hoher Arbeitsbelastung und einer Zunahme psychischer Erkrankungen bewiesen (Lohmann-Haislah 2012). Ferner ist bekannt, dass Arbeitslose und oftmals deren Partnerinnen oder Partner besonders häufig unter psychischen Erkrankungen leiden (OECD 2012, Marcus 2014). Darüber hinaus liefert der aktuelle

OECD-Report „Health at a Glance 2013“ Hinweise darauf, dass Wirtschaftskrisen sowie die damit einhergehenden Beschäftigungsrisiken und Existenzängste zu starken psychischen Belastungen führen (OECD 2013). In einer Befragung von Bezieherinnen und Beziehern einer EM-Rente gaben immerhin drei Viertel der Betroffenen an, unter starken bis sehr starken beruflichen Belastungen gelitten zu haben, während bei etwa der Hälfte starke bis sehr starke außerberufliche Belastungen ihre Erwerbsfähigkeit minderten (Märtin et al. 2014: 54).

Allerdings müssen sich mit der Veränderung der zur Berentung führenden Diagnosen nicht notwendigerweise die Krankheiten geändert haben. Auch in der Vergangenheit wurden Erkrankungen des Rückens oder der Muskulatur häufig als psychosomatische Erkrankungen angesehen, wodurch die Zuordnung zu einer bestimmten Diagnose nicht eindeutig war. In der Studie von Märtin et al. (2014: 53) gibt die Mehrheit der befragten EM-Rentnerinnen und -Rentner an, unter zwei und mehr chronischen Erkrankungen zu leiden. Durch Enttabuisierung oder sogar „Popularisierung“ (Abholz und Schmacke 2014: 12) psychischer Erkrankungen verbunden mit der Einführung psychosozialer Grundlagenfächer in die Approbationsordnung von Ärztinnen und Ärzten und gleichzeitig einem starken Anstieg der Verordnung von Antidepressiva, wurde es für Patientinnen und Patienten leichter, sich zu psychischen Leiden zu bekennen. Auch für Ärztinnen und Ärzte wurde es leichter, die Diagnose psychische Störungen zu stellen (ebenda). Somit könnte die erhöhte Sensitivität von Ärzten wie die der Patienten den Anstieg von psychischen Diagnosen beim Zugang in EM-Rente erklären (Jacobi 2009, Müters et al. 2013, Voigt und Ciyakli 2014). Vorstellbar wäre, dass chronische psychische Erkrankungen, die häufig früher im Lebensverlauf auftreten, eher langwieriger und damit komplizierter zu verstehen sind als viele somatische Erkrankungen, Diagnostiker vor Fehldiagnosen und EM-Rentnerinnen und -Rentner vor Teilrentenbezug und/oder Versuchen der Wiederbeschäftigung schützen. Eine Studie, die die Reliabilität von psychiatrischen Rentengutachten prüft, zieht allerdings ein eher unbefriedigendes Fazit. 22 Gutachter kamen bei einer Bewertung eines fiktiven Falles mit einer schweren Depression, bei der nach den Kriterien der sozialmedizinischen Begutachtung die Wiederherstellung einer vollen beruflichen Leistungsfähigkeit nicht zu erwarten ist, zu erstaunlich unterschiedlichen Ergebnissen: Acht Gutachter hielten jede Rentenzahlung für unangemessen, vier plädierten für eine volle EM-Rente und zehn für eine Teil-EM-Rente. Vorurteile, die davon ausgehen, dass psychiatrische Diagnosen als das offene Tor für die Bewilligung einer EM-Rente gelten, können hiermit nicht bestätigt werden (Dickmann und Brooks 2007).

Sozialpolitisch alarmierend ist, dass die steigenden Zugänge in die EM-Rente wegen psychischer Erkrankungen häufig früher im Lebenslauf erfolgen als solche mit somatischen Erkrankungen. Bemerkenswert ist allerdings auch das stark steigende EM-Rentenrisiko aufgrund somatischer Erkrankungen bei vergleichsweise vielen Männern ab einem Alter von 45 Jahren in den neuen Bundesländern. In den alten Bundesländern ist ein ähnlicher Anstieg des EM-Risikos bei Männern erst ab einem Alter von 55 Jahren – also fünf bis zehn Jahre später zu beobachten. Diese frühen gesundheitsbedingten Ausstiege aus dem Erwerbsleben sind mit den Zielen einer Verlängerung der Lebensarbeitszeit nicht zu vereinbaren. Regelungen zur Verlängerung der Lebensarbeitszeit sind schließlich nur dann sinnvoll, wenn die älter werdenden Beschäftigten sowohl somatisch als auch psychisch in der Lage sind, länger und – zur Vermeidung von rentenmindernden Abschlägen – möglichst bis zur Regelaltergrenze arbeiten zu können (Lehr und Kruse 2006).

Ein hohes EM-Risiko, das bereits im mittleren Erwachsenenalter zu beobachten ist, dürfte mit einem erhöhten Armutsrisiko im Alter assoziiert sein, weil dem Aufbau von Anwartschaften in

der gRV sowie in der betrieblichen wie privaten Vorsorge enge Grenzen gesetzt sein dürften. Bei vergleichsweise früher krankheitsbedingter Beendigung der Erwerbsbiografie kann unterstellt werden, dass mögliche Karriereeffekte, bei denen mit steigendem Alter ebenfalls ansteigende Löhne und Gehälter assoziiert sind, eher nicht realisiert werden konnten und somit die unter Berücksichtigung von Zurechnungszeiten sich ergebenden Anwartschaften in der gRV besonders gering ausfallen (Hagen und Himmelreicher 2014). Zudem bleibt weniger Zeit und es stehen weniger finanzielle Ressourcen für private und betriebliche Altersvorsorge zur Verfügung. Anzumerken ist, dass der Zugang in EM-Rente oftmals mit langjährigen chronischen Erkrankungsprozessen und Multimorbidität einhergeht, die eine stetige Erwerbstätigkeit – mit hin die Voraussetzung für eine erfolgreiche Erwerbskarriere – und damit einen kontinuierlichen Ansparprozess für den Aufbau einer eigenständigen Altersvorsorge verhindern. Untersuchungen zeigen, dass chronische Erkrankungen häufig im Alter von 40 und mehr Jahren beginnen (Märting et al. 2014), während der Zugang in EM-Rente überwiegend im Alter von vor allem 58 bis 60 Jahren erfolgt. Insofern dürften mehr als zehnjährige Verläufe chronischer Erkrankungen häufig vorkommen.

Die vorliegenden Befunde zu regionalen Effekten belegen einerseits, dass in prekären und schrumpfenden Regionen das Risiko wegen somatischer Erkrankungen vorzeitig den Arbeitsmarkt zu verlassen wesentlich höher ausfällt, als in prosperierenden Regionen. Hinsichtlich der geringeren regionalen Differenzen bei einem EM-Risiko aufgrund psychischer Erkrankungen könnte man schlussfolgern, dass psychische Erkrankungen eher „demokratische Erkrankungen“ zu sein scheinen, bei welchen sowohl regionale Effekte als auch Qualifikation sowie Berufsprestige (hier nicht untersucht, siehe Müller et al. 2013) weniger stark schützend wirken als bei somatischen Erkrankungen. Wobei in attraktiven boomenden Regionen mit sowohl hoher Konkurrenz auf den Arbeitsmärkten als auch hoher ärztlicher wie psychotherapeutischer Versorgung das EM-Risiko wegen psychischer Erkrankungen geringfügig höher ausfällt als in weniger wohlhabenden Gegenden. Zu vermuten ist in diesem Zusammenhang einerseits, dass die Akzeptanz gegenüber psychischen Erkrankungen in boomenden Ballungszentren mit hoher Versorgungsdichte höher ausfällt als in weniger wohlhabenden. Andererseits dürften Arbeitsplatzverlust- wie Abstiegsängste gerade bei niedrig Qualifizierten in solchen Regionen vor allem bei älteren Beschäftigten besonders hoch sein.

6 Erwerbsminderungsrisiken sind stark unterschätzt, in der großen Koalition wie bei Beschäftigten

Die neue Bundesregierung hat im Gesetzentwurf über Leistungsverbesserungen in der gesetzlichen Rentenversicherung mit Blick auf die EM zwei Verbesserungen vorgesehen: Erstens die Verlängerung der Zurechnungszeiten und zweitens eine Günstigerprüfung der letzten vier Jahre vor Eintritt der Erwerbsminderung (Inkrafttreten: 1.7.2014). Dies soll das Risiko des Bezugs von Grundsicherung in Folge von EM verringern (Deutscher Bundestag 2014). Beide geplanten Maßnahmen können die Rentenzahlbeträge für zukünftige EM-Renten erhöhen und sind deshalb positiv zu bewerten; sie sind jedoch aus sozialpolitischer Sicht nicht hinreichend. Die Verlängerung der Zurechnungszeiten wird die EM-Renten im Durchschnitt um weniger als 40 Euro pro Monat erhöhen. Dieser Betrag ergibt sich, indem bei EM-Rentnerinnen und -Rentnern die durchschnittlichen Entgeltpunkte je Versicherungsjahr von etwa 0,75 (Hagen und Himmelreicher 2014) mit zwei Jahren und dem entsprechenden aktuellen Rentenwert multipliziert werden,

unter Berücksichtigung von 10,8 Prozent Abschlägen. Ferner wird die Höhe der EM-Renten in Zukunft durch Abschläge und eine weitere Senkung des Rentenniveaus, nicht zuletzt durch die aus Beitragsmitteln finanzierte Mütterrente, verringert (ebenda). Insofern werden die (Brutto-) Rentenzahlbeträge bei EM-Rentnerinnen und -Rentnern insbesondere im Osten Deutschlands und für westdeutsche Frauen regelmäßig nicht armutsvermeidend sein, sondern häufig unterhalb des Grundsicherungsbedarfs von 679 Euro (2012) liegen (Bach et al. 2013, Schäfer 2014, Steffen 2013). In 2011 liegt der Anteil der voll erwerbsgeminderten Empfängerinnen und Empfänger von Grundsicherung mit Bezug von EM-Rente mit 10,8 Prozent mehr als fünfmal so hoch wie jener bei Altersrentnerinnen und -rentnern mit 2,0 Prozent (Deutsche Rentenversicherung 2013c: 277).

Nicht reflektiert wird zudem, dass chronisch kranke Personen zur Vermeidung eines vorzeitigen Ausstiegs aus dem Erwerbsleben unter Umständen von sich aus ihre wöchentliche Arbeitszeit verkürzen oder eine Tätigkeit wählen, die sie psychisch und/oder somatisch als weniger belastend empfinden, die aber auch geringer entlohnt sein könnte. Gerade solche gesundheitsförderlichen Verhaltensweisen, die bei chronischen psychischen Erkrankungen vier Jahre (im Rahmen der Günstigerprüfung) vor dem Eintritt der Erwerbsminderung weit überschreiten, weil sie regelmäßig mehr als zehn Jahre umschließen, sollten nicht von pauschalen Rentenabschlägen betroffen sein. In 2013 gingen mit 96,4 Prozent nahezu alle Zugänge mit Abschlägen in EM-Rente, also vor dem 63. Lebensjahr, wobei sich die durchschnittliche Abschlagshöhe auf rund 78 Euro belief (Deutsche Rentenversicherung Bund 2014b).

In Zusammenhang mit der materiellen Lage von EM-Rentnerinnen und -Rentnern ist zudem der Paradigmenwechsel in der Altersvorsorge zu berücksichtigen. Einsetzend mit den Rentenreformen 2000 bis 2004 wurden entscheidende Weichen für die weitere Entwicklung im Bereich der Alterssicherung gestellt, in Richtung freiwilliger, privater, kapitalfundierter und dezentraler Ausgestaltung (Viebrok et al. 2004): Niveausenkungen bei der Reform der Rente wegen Erwerbsminderung sollten analog zur Riesterrechte bei der Altersvorsorge durch eine private Versicherung gegen Berufsunfähigkeit kompensiert werden. Laut Martin et al. (2014) bezogen Ende der 1990er Jahre lediglich rund vier Prozent der EM-Rentnerinnen und -Rentner Einkünfte aus einer solchen privaten Berufsunfähigkeitsversicherung. Als Gründe für das Fehlen privater Invaliditätsvorsorge nannten die EM-Rentnerinnen und -Rentner (Mehrfachnennungen) zu etwa 60 Prozent finanzielle Gründe, 28 Prozent fanden wegen Vorerkrankungen keine Versicherung, 24 Prozent hielten eine solche Versicherung für nicht erforderlich und 20 Prozent waren solche Versicherungsangebote unbekannt. Sofern eine private Berufsunfähigkeitsversicherung abgeschlossen und ausgezahlt wurde, erhielten die EM-Rentnerinnen und -Rentner im Durchschnitt 572 Euro, wodurch die durchschnittlich 661 Euro aus der gRV erheblich aufgestockt werden konnten (Martin et al. 2012). Hervorzuheben ist allerdings auch, dass 2008 – also mehr als fünf Jahre nach dem Paradigmenwechsel in der Altersvorsorge – mehr als 90 Prozent der Neuzugänge in EM-Rente über keine private Versicherung zur Kompensation der Niveausenkung in der gRV verfügten. Das Gros der Nichtversicherten kann sich eine solche Absicherung gegen Invalidität nicht leisten, entweder aus finanziellen Gründen oder wegen nicht versicherbarer Vorerkrankungen. Zudem brauchen die Menschen weitere Informationen und Aufklärung („Health and financial Literacy“), weil abhängig Beschäftigte das Risiko der EM systematisch unterschätzen.

Vor dem Hintergrund eines zunehmenden und gleichsam unterschätzten EM-Risikos, insbesondere wegen psychischer Erkrankungen und des Trends zu verlängerter Lebensarbeitszeit (Ausnahme: zeitlich befristete Sonderregelung für besonders langjährig Versicherte), sind flexible In-

strumente des Übergangs in EM- wie Altersrente zu entwickeln, die mehr auf Anreize denn auf Abschläge setzen. Neben den oftmals brüchigen Erwerbsbiografien chronisch Kranker verweist zunehmende Transnationalität bei Erwerbsbiografien von Migrantinnen und Migranten (Hauschild et al. 2013) – die, wie gezeigt wurde, ein besonders hohes EM-Risiko aufweisen – darauf, dass Beschäftigungszeiten im Ausland bei der Berechnung von EM-Renten zu berücksichtigen sind. Zudem weisen etwa die Reformen im System der Invaliditätssicherung in den Niederlanden darauf hin, dass die Etablierung von Anreizstrukturen für Beschäftigte und vor allem für Betriebe geeignet sind, im Rahmen von aktivem Rückkehrmanagement zur beruflichen Wiedereingliederung beizutragen (Mittag et al. 2014). Schließlich gilt: Der Bezug von EM-Rente ist ein unterschätztes Risiko – es trifft mehr Menschen, als man denkt.

Literaturverzeichnis

- Abholz, Heinz-Harald und Norbert Schmacke (2014): Patienten mit Traurigkeit und Depression – Prävalenz, Therapie und Versorgung in den Hausarztpraxen. Versorgungs-Report 2013/2014, 7–17.
- Bach, Stefan, Hermann Buslei, Kristina van Deuverden, Tomaso Duso, Ferdinand Fichtner, Marcel Fratzscher, Johannes Geyer, Martin Gornig, Peter Haan, Claudia Kemfert, Holger Lüthen, Claus Michelsen, Kai-Uwe Müller, Karsten Neuhoff, Erika Schulz, Jürgen Schupp, C. Katharina Spieß und Gert G. Wagner (2013): Der Koalitionsvertrag nimmt die Gesellschaft in die Pflicht. DIW Wochenbericht Nr. 50/2013, 31–42.
- Bäcker, Gerhard und Ernst Kistler (2012): Empirische Befunde: Strukturen und Trends. Bundeszentrale für politische Bildung. www.bpb.de/politik/innenpolitik/rentenpolitik/142660/strukturen-und-trends (abgerufen am 30.3.2014).
- BBSR (2014): Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung. www.bbsr.bund.de (abgerufen am 10.3.2014).
- Börsch-Supan, Axel (2011): Health and disability insurance. *Journal for Labour Market Research*, 44, 349–362.
- Brussig, Martin (2012): Erwerbsminderung und Arbeitsmarkt. Altersübergangs-Report, Nr. 2012-04.
- Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) (2012): INKAR 2012 – Indikatoren und Karten zur Raum- und Stadtentwicklung in Deutschland und in Europa.
- CDU, CSU und SPD (2013): Deutschlands Zukunft gestalten. Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD, 18. Legislaturperiode.
- Deutsche Rentenversicherung Bund (2013a): Indikatoren zu Erwerbsminderungsrenten (EM-Renten) im Zeitablauf, Stand: Mai 2013. Berlin.
- Deutsche Rentenversicherung Bund (2013b): Reha-Bericht 2013. Berlin.
- Deutsche Rentenversicherung Bund (2013c): Rentenversicherung in Zeitreihen, DRV-Schriften. Bd. 22. Berlin.
- Deutsche Rentenversicherung Bund (2014a): Erwerbsminderungsrente: Hilfe im Ernstfall – Ein Fall für die Gesetzliche. www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Navigation/1_Lebenslagen/03_Familie_und_Kinder/01_Informationen_zur_Rente/05_EM-Rente_Hilfe_im_Ernstfall/EM_Rente_Hilfe_im_Ernstfall_node.html (abgerufen am 20.3.2014).
- Deutsche Rentenversicherung Bund (2014b): Indikatoren zu Erwerbsminderungsrenten (EM-Renten) im Zeitablauf, Stand Mai 2014. Berlin.

- Deutscher Bundestag (2014): Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Arbeit und Sozialordnung (II. Ausschuss). Bundestags-Drucksache 18/1489 (21.5.2014).
- Dickmann, Julian und Andreas Broocks (2007): Das psychiatrische Gutachten im Rentenverfahren – wie reliabel? Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie, 75, 397–401.
- Hagen, Christine und Ralf Himmelreicher (2014): Starke Zunahme von Erwerbsminderungsrenten wegen psychischer Erkrankungen bei westdeutschen Frauen. Analysen zu individuellen, sozialen und regionalen Unterschieden beim Zugang in Erwerbsminderungsrente in Deutschland. Informationsdienst Soziale Indikatoren – ISI, 51, 6–11.
- Hagen, Christine, Ralf Himmelreicher, Daniel Kemptner und Thomas Lampert (2011): Soziale Ungleichheit und Risiken der Erwerbsminderung. WSI-Mitteilungen, 7, 336–344.
- Hauschild, Matthias, Ralf Himmelreicher und Wolfgang Keck (2013): Die wachsende Bedeutung transnationaler Erwerbsbiografien und deren Auswirkungen auf die deutsche Rentenversicherung. DRV, 3, 199–221.
- Hauser, Richard (2012): Invalidität und Armut. DRV, 1, 17–30.
- Himmelreicher, Ralf (2014): Erwerbsminderungsrente. Routinedaten im Gesundheitswesen (im Erscheinen).
- Höhne, Anke und Michael Schubert (2007): Vom Healthy-migrant-Effekt zur gesundheitsbedingten Frühberentung. Erwerbsminderungsrenten bei Migranten in Deutschland. DRV-Schriften, 55, 103–125.
- Horch, Kerstin, Livia Ryl, Birte Hintzpetter und Marie-Luise Dierks (2011): Kompetenz und Souveränität im Gesundheitswesen – Die Nutzerperspektive. GBE kompakt, 2 (2).
- Jacobi, Frank (2009): Nehmen psychische Störungen zu? Report Psychologie, 34, 17–28.
- Kaldybajewa, Kalamkas und Edgar Kruse (2012): Erwerbsminderungsrenten im Spiegel der Statistik – Unterschiede und Gemeinsamkeiten zwischen Männern und Frauen. RVaktuell, 8, 206–216.
- Kemptner, Daniel (2014): Erwerbsminderung als Armutsrisiko. DIW Roundup Nr. 8, 1–4, Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung, Berlin.
- Krause, Peter, Ulrike Ehrlich und Katja Möhring (2013): Erwerbsminderungsrentner: Sinkende Leistungen und wachsende Einkommensunterschiede im Alter. DIW Wochenbericht Nr. 24/2013, 3–9.
- Kroll, Lars und Thomas Lampert (2012): Arbeitslosigkeit, prekäre Beschäftigung und Gesundheit. Robert-Koch Institut Berlin, GBE kompakt 3 (1).
- Lange, Cornelia und Anke-Christine Saß (2006): Risikolagen und Gesundheitssituation allein erziehender Frauen. Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation, 2 (72), 121–126.
- Lehr, Ursula und Andreas Kruse (2006): Verlängerung der Lebensarbeitszeit – eine realistische Perspektive? Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie A&O, 50, 240–247.
- Lippe, Elena von der und Petra Rattay (2013): Seelische und körperliche Belastungen von Müttern und Vätern in Deutschland. Ergebnisse der GEDA-Studie 2009 und 2010. PRAXIS Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation 93.
- Lohmann-Haislah, Andrea (2012): Stressreport Deutschland 2012. Psychische Anforderungen, Ressourcen und Befinden. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin.
- Marcus, Jan (2014): Arbeitslosigkeit trifft auch den Partner. DIW Wochenbericht Nr. 22/2014, 494–499.
- Martin, Stefanie und Pia Zollmann (2013): Erwerbsminderung – ein erhebliches Armutsrisiko. Informationsdienst Soziale Indikatoren – ISI, 39, 1–5.

- Martin, Stefanie, Pia Zollmann und Rolf Buschmann-Steinhage (2012): Projektbericht I zur Studie „Sozioökonomische Situation von Personen mit Erwerbsminderung“. DRV-Schriften, 99.
- Martin, Stefanie, Pia Zollmann und Rolf Buschmann-Steinhage (2014): Projektbericht II zur Studie „Sozioökonomische Situation von Personen mit Erwerbsminderung“ (im Erscheinen).
- Mika, Tatjana, Janine Lange und Michael Stegmann (2014): Erwerbsminderungsrente nach Bezug von ALG II: Auswirkungen der Reformen auf die Versicherungsbiografien. WSI-Mitteilungen, 4, 277–285.
- Mittag, Oskar, Christina Reese, André Weel, Jim Faas und Wout de Boer (2014): Berufliche Wiedereingliederung und soziale Sicherung bei Erwerbsminderung: Was in den Niederlanden anders gemacht wird. Ein Vergleich der Systeme in den Niederlanden und Deutschland. Soziale Sicherheit, 1, 9–17.
- Müller, Rolf, Christine Hagen und Ralf Himmelreicher (2013): Risiken für eine Erwerbsminderungsrente. Bremen im Ländervergleich. Broschüre der Arbeitnehmerkammer Bremen.
- Müters, Stephan, Jens Hoebel und Christoph Lange (2013): Diagnose Depression: Unterschiede bei Frauen und Männern. GBE kompakt, 4 (2).
- OECD (2012): Sick on the Job? Myths and Realities about Mental Health and Work. Paris.
- OECD (2013): Health at a Glance 2013. OECD Indicators. Paris.
- Radl, Jonas und Ralf Himmelreicher (2014): The influence of Marital Status and Spousal Employment on Retirement Behavior in Germany and Spain. Research on Aging. DOI: 10.1177/016402751453640.
- Rasner, Anika (2014): Abschlagsfreie Rente mit 63 – gerecht oder geschenkt? DIW Roundup Nr. 9, 1–6, Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung, Berlin.
- Schäfer, Ingo (2014): Stellungnahme der Arbeitnehmerkammer zum Gesetzentwurf der Bundesregierung zur gesetzlichen Rentenversicherung (Rentenpaket) und weiterer Vorlagen. Arbeitnehmerkammer Bremen.
- Schmähl, Winfried (2003): Ageing workforce: Firm strategies and public policies in Germany. Geneva Papers on Risk and Insurance, 28, 575–595.
- Schopf, Christine und Gerhard Naegele (2005): Alter und Migration – ein Überblick. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 38 (6), 384–395.
- Seyfried, Brigitte und Sabrina Weller (2014): Arbeiten bis zum Schluss oder gehen vor der Zeit? Bundesinstitut für Berufsbildung, Report 1/2014.
- Siegrist, Johannes (2013): Berufliche Gratifikationskrisen und depressive Störungen. Der Nervenarzt, 84 (1), 33–37.
- Steffen, Johannes (2013): Erwerbsminderungsrenten im Sinkflug – Ursachen und Handlungsoptionen. www.portal-sozialpolitik.de/rente/erwerbsminderungsrenten (abgerufen am 18.6.2014).
- Unger, Rainer und Andreas Schulze (2013): Können wir (alle) überhaupt länger arbeiten? Trends in der gesunden Lebenserwartung nach Sozialschicht in Deutschland. Comparative Population Studies – Zeitschrift für Bevölkerungswissenschaft, 38 (3), 545–564.
- Viebrok, Holger, Ralf Himmelreicher und Winfried Schmähl (2004): Private Vorsorge statt gesetzlicher Rente: Wer gewinnt, wer verliert? Münster, LIT Verlag.
- Voigt, Peter und Ufuk Ciynakli (2014): Die oft problematische Begutachtung im Erwerbsminderungsrentenverfahren. Soziale Sicherheit, 1, 17–21.

- Zollmann, Pia und Stefanie Märtin (2013): Gravierender Rückgang der versicherungspflichtigen Entgelte in den Jahren vor Zugang in die Erwerbsminderung. *RVaktuell*, 8, 187–196.