

Erwerbsminderungsrenten wegen verschlossenem Arbeitsmarkt – der Arbeitsmarkt als Frühberentungsgrund

Michael Schubert / Professor Dr. Johann Behrens / Anke Höhne / Christiane Schaepe / Markus Zimmermann
Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft, Halle/Saale

Historischer Hintergrund und Fragestellung

Die Teilhabe am Erwerbsleben ist in unserer Gesellschaft ein zentrales Instrument der gesellschaftlichen Inklusion. Über Erwerbsarbeit wird die materielle Existenzgrundlage gesichert und das Individuum in vielfältige Funktionsbezüge sozialer Systeme integriert. Über Erwerbstätigkeit konstituiert sich nicht nur der Einzelne sondern die Gesellschaft an sich. Die Abhängigkeit der sozialen Sicherungssysteme von Erwerbseinkommen zeigt dabei die zentrale Bedeutung von Arbeit in unserer Gesellschaft.

Insofern ist die Erwerbsfähigkeit nicht nur eine individuell sondern auch gesellschaftlich bedeutsame Kategorie, sodass deren Beeinträchtigung aus gesundheitlichen Gründen als anerkanntes Lebensrisiko (wie auch Armut, Arbeitslosigkeit, Pflegebedürftigkeit, etc.) gilt. Aus dieser Logik heraus stellt der Sozialstaat sozialpolitische Instrumentarien zur Verfügung, gesundheitliche Beeinträchtigungen entweder zu überwinden (Teilhabeleistungen) oder deren Folge, die eingeschränkte Erwerbsfähigkeit, zu kompensieren (Erwerbsminderungsrenten) (zur internationalen Entwicklung: *Olson-Frick* 1980; *Olson-Frick* 1985).

Mit der 1957 eingeführten Berufs- und Erwerbsunfähigkeitsrente wurden gesetzliche Regelungen zum frühzeitigen Ausstieg aus dem Erwerbsleben aus gesundheitlichen Gründen geschaffen. Diese gesundheitsbezogenen Regelungen beinhalteten eine *abstrakte* Betrachtungsweise von Erwerbsminderung auf Basis gesundheitlicher Kriterien, mit denen das arbeitsbezogene Leistungsbild beurteilt wurde; abstrakt insofern, da diese Einschätzung unabhängig von den Möglichkeiten der Partizipation auf dem Arbeitsmarkt mit der (noch) vorhandenen Leistungsfähigkeit erfolgte.

Die Urteile des Bundessozialgerichts 1969 und 1976, deren Duktus auch für heutige Regelungen maßgeblich sind (*Rehfeld* 2006: 17), forderten eine *konkrete* Betrachtungsweise der Möglichkeit der Partizipation am Erwerbsleben unter der Frage ein: Gibt es überhaupt Arbeitsplätze, die der „Versicherte mit seinen Kräften und Fähigkeiten noch ausfüllen kann“ (BSGE 43, 75 zit. nach *Voges* 1994: 40)? Ist der Arbeitsmarkt verschlossen, d. h., kann dem Betroffenen keine Tätigkeit vermittelt werden, darf der Versicherte nicht auf den Teilzeitarbeitsmarkt verwiesen werden (ebd.). Somit kann auch eine teilweise Erwerbsminderung (früher: Berufsunfähigkeit) das „vollständige Ausscheiden aus dem Erwerbsleben implizieren“ (ebd.; *Faßmann et al.* 1985: 550).

Historisch sind zwei Aspekte beobachtbar, die auch für die heutige Situation bedeutsam sind. Vor dem Hintergrund der einsetzenden Rezession in den 70er Jahren und der daraus folgenden

beginnenden Abnahme des relativen Arbeitsplatzangebotes im alten Bundesgebiet wurden 1973 umfangreiche Möglichkeiten geschaffen, auch ohne gesundheitliche Komponente frühzeitig aus dem Erwerbsleben auszuschneiden. Der zuvor sehr hohe Anteil von Erwerbsminderungsrenten (EMR) im Rentenzugang (1972: Arbeiter 52%, Angestellte 35%) verringerte sich bereits binnen eines Jahres um 16 Prozentpunkte bei Arbeitern bzw. 14 Prozentpunkte bei Angestellten (Voges 1994: 35ff.).

Deutlich zeigt sich dieser Verlagerungseffekt seit der zweiten Hälfte der neunziger Jahre auch bei männlichen Arbeitern: einerseits verringerte sich im Zeitraum zwischen 1995 und 2001 die Anzahl der gesundheitsbedingten Frührentenzugänge um mehr als 54.000 Personen, andererseits stieg gleichzeitig die Anzahl der Rentenzugänge aus Arbeitslosigkeit um mehr als 57.000 im gleichen Zeitraum (Rehfeld 2006: 11). Die älteren, rentennahen Geburtskohorten nutzten dabei verstärkt andere Zugangswege in Altersrente (z. B. aus Arbeitslosigkeit), wodurch das Rentenzugangsalter kontinuierlich sinkt (Behrend 1985; Rehfeld 2006; Viebrok 2004; Voges 1994).

Zweitens erhöht(e) die dauerhaft angespannte Arbeitsmarktlage nicht nur das Beschäftigungsrisiko für ältere und gesundheitlich eingeschränkte Menschen, sondern erschwert auch deutlich die Reintegration in den Arbeitsmarkt, was häufig zur Exklusion aufgrund eines verschlossenen Arbeitsmarktes führt, obwohl die individuelle Leistungsfähigkeit eine Teilzeitbeschäftigung ermöglichen würde (Behrend 1985). Darüber hinaus hat die Rentenversicherung durch finanzielle Kompensationsleistungen ungewollt Unternehmensstrategien zur „Externalisierung“ von älteren und gesundheitlich eingeschränkten Beschäftigten gefördert (Behrens 1994).

Die Neuregelung, die am 1.1.2001 in Kraft trat, führt unter Abschaffung der Termini Berufs- und Erwerbsunfähigkeit aus, dass, wenn der Gesundheitszustand die individuelle Leistungsfähigkeit auf absehbare Zeit so umfassend einschränkt, dass die Betroffenen „unter den Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes“ nicht mehr als sechs Stunden täglich erwerbstätig sein können, eine Erwerbsminderung im sozialrechtlichen Sinne vorliegt. Bei einem verbliebenen Leistungsvermögen von drei bis sechs Stunden wird von einer teilweisen und bei einer Leistungsfähigkeit von weniger als drei Stunden von einer vollen Erwerbsminderung ausgegangen.

Bei Vorliegen der persönlichen und versicherungsrechtlichen Voraussetzungen (vgl. §43 SGB VI), können diese Beeinträchtigungen der Teilhabe am Arbeitsleben durch Rentenleistungen der Rentenversicherung kompensiert werden. Während bei „voller Erwerbsminderung“ eine volle Erwerbsminderungsrente in Höhe der aktuellen Rentenhöhe zum Berentungszeitpunkt (was aufgrund des geringeren Alters zirka zwei Dritteln der individuellen Altersrente entspricht) ausgezahlt wird, tritt bei der Feststellung der Leistungsfähigkeit bei „teilweiser Erwerbsminderung“ (entsprechend der Rechtsprechung des BSG) der Arbeitsmarkt als weiteres Kriterium hinzu.

Grundsätzlich ist ordnungspolitisch vorgesehen, dass dieser Personenkreis eine teilweise Rente in Höhe der halben Erwerbsminderungsrente erhält, um die verringerte Leistungsfähigkeit zu kompensieren. Stehen auf dem Arbeitsmarkt jedoch keine hinreichenden Teilzeitarbeitsplätze zur Verfügung, ist der Renten-Antragsteller also zum Zeitpunkt der Antragstellung arbeitssuchend oder ist nach individueller Prüfung des Sozialversicherungsträgers kein adäquater Teilzeitarbeitsplatz zu erwarten, gilt der Arbeitsmarkt als verschlossen (lt. BSG erfüllt das Fehlen von Arbeitsangeboten über ein Jahr das Kriterium „verschlossen“).

Auch der Leitfaden für die ärztlichen Entlassungsberichte (DRV 2001: 17) führt aus, dass für „Versicherte, die wegen Krankheit oder Behinderung nicht auf den allgemeinen Arbeitsmarkt verweisbar sind [...] von einem geschlossenen Arbeitsmarkt ausgegangen werden“ kann. Als leistungsrechtliche Konsequenz wird auch Personen mit „teilweiser Erwerbsminderung“ eine volle Erwerbsminderungsrente gewährt. Die Sozialgerichtsbarkeit hat darüber hinaus einige spezifische Ausnahmefälle entwickelt, auf deren Grundlage auch Personen mit einer Leistungsfähigkeit von mehr als sechs Stunden eine volle Erwerbsminderungsrente beziehen können, welche jedoch nicht Gegenstand dieses Beitrags sind.

Aus unserer Betrachtung lässt sich konstatieren, dass heutige Erwerbsminderungsrentner im Allgemeinen zum einen „jüngere“ Personen in der zweiten Hälfte der Erwerbsphase sind und es zudem eine Subgruppe gibt, die trotz vorhandener, aber eingeschränkter Leistungsfähigkeit aufgrund der schlechten (Teilzeit-)Arbeitsmarktbedingungen eine volle Erwerbsminderungsrente erhält.

Wer aber sind diese Personen? Inwieweit lassen sich Charakteristika von Berenteten mit Arbeitsmarkteinfluss im Vergleich zu Personen ohne diesen Hintergrund herausarbeiten? Darüber hinaus ist zu fragen, ob sich Indikatoren in den individuellen Erwerbsbiografien der Rentenversicherung finden lassen, die die arbeitsmarktbedingte Berentung erklären können? Abschließend sind sozialpolitische Reintegrationsbemühungen (Rehabilitationsmaßnahmen) und Einflussfaktoren auf eine Berentung wegen „geschlossenem Arbeitsmarkt“ zu beleuchten.

Datenbasis und Methode

Als Datengrundlage unserer Analyse wird der Versichertenrentenzugang 2003 aus den Versichertendaten der Deutschen Rentenversicherung sowohl als Basisfile als auch Themenfile „Erwerbsminderung und Diagnosen“ verwendet, welche vom Forschungsdatenzentrum der Rentenversicherung (FDZ-RV) als Scientific Use Files bereitgestellt werden.

Der Basisfile des Versichertenrentenzugangs 2003 (SUFRTZN03XXVBB) ist eine 10%-Zufallsstichprobe des gesamten Rentenzugangs, wobei als Rentenarten Altersrenten, Erwerbsminderungsrenten und Erziehungsrenten berücksichtigt wurden.¹ Der Themenfile „Erwerbsminderung und Diagnosen“ (SUFRTZN03XVSTEM) bildet eine zweite unabhängige 20%-Zufallsstichprobe aus allen Rentenzugängen wegen Erwerbsminderung.²

Der mit beiden Datensätzen untersuchte Personenkreis umfasst in unserer Analyse

- nur „echte“ Neuzugänge des Jahres 2003, also ohne unmittelbar vorhergehenden Rentenbezug aus der Gesetzlichen Rentenversicherung oder anderer Sozialträger,
- nur Personen, die eine volle Erwerbsminderungsrente erhalten,
- ausschließlich Personen, welche zum Zeitpunkt des Renteneintritts im erwerbsfähigen Alter (18-65 Jahre) waren.

¹ Zum Analysepotenzial des SUFs Versichertenrentenzugang siehe den Beitrag von *Himmelreicher* und *Mai* im vorliegenden Band.

² Siehe hierzu auch den Beitrag von *Mueller* und *Weske* sowie von *Richter* und *Rohm* in diesem Band.

Für den Basisfile ergibt sich hieraus eine Grundgesamtheit von $n=93.473$ und für den Themenfile $n=33.646$. Die individuelle Feststellung eines „verschlossenen Arbeitsmarktes“ wird für die jeweiligen Versicherten in einer speziellen Variablen ohne Begründung erfasst.

Darüber hinaus finden raumstrukturelle Variablen aus den „Indikatoren und Karten zur Raumentwicklung“ (INKAR) des Bundesamtes für Bauwesen und Raumordnung Anwendung. Zudem wird für Vergleiche der Personengruppe der Erwerbsminderungsrentner³ mit der Allgemeinbevölkerung der Mikrozensus 2003 als repräsentative 1%-Stichprobe der Bevölkerung herangezogen, welcher vom Statistischen Bundesamt bereitgestellt wird.

Ergebnisse

Im Jahr 2003 gingen 18% der neu berenteten Personen wegen Erwerbsminderung und entsprechend 82% aufgrund Alters als Leistungsempfänger der Deutschen Rentenversicherung zu. Der methodische Ausschluss von Erziehungsrenten hat aufgrund ihrer marginalen Bedeutung von 0,2% keinen Einfluss auf diese Verteilung. Darüber hinaus wurden die Erwerbsminderungsrentner zu 17% wegen „verschlossenen Arbeitsmarktes“ (vAm) berentet und 83% ohne diesen Hintergrund. Somit entspricht der Anteil der hier betrachteten Zielgruppe arbeitsmarktbedingt Berenteter insgesamt 3,1% an allen Rentenzugängen, was im Jahr 2003 knapp 30.000 Versicherten entspricht. Insofern und vor dem Hintergrund der enormen gesellschaftlichen Kosten einer vorzeitigen, gesundheitsbedingten Berentung kommt diesem Personenkreis eine wichtige Bedeutung zu.

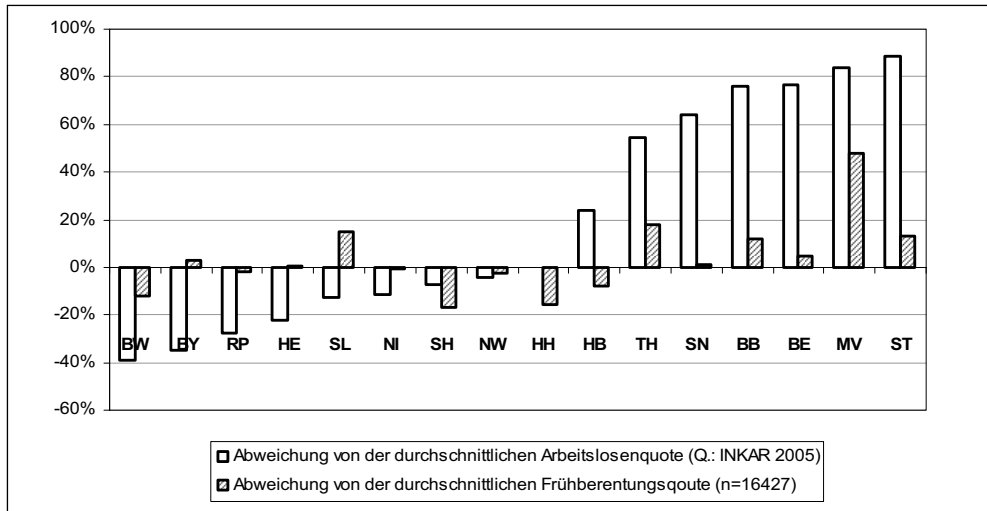
Arbeitsmarkt und Frühberentung

Bestehende institutionelle Regelungen, die als „Arbeitsmarktventile“ (*Brinkmann et al. 1987: 388*), also zur Entlastung des Arbeitsmarktes dien(t)en und den beruflichen Ausstieg älterer und gesundheitlich eingeschränkter Menschen begünstigen, legen zunächst eine Prüfung des Zusammenhangs zwischen Arbeitsmarktlage (gemessen an der Arbeitslosenquote) und der Häufigkeit einer Berentung wegen Erwerbsminderung nahe. Da Arbeitsmärkte räumlich unterschiedlich strukturiert und differenziert sind, erfolgt dies auf regionaler Ebene der Bundesländer.

Hierbei ist bedeutsam, dass sich die Berentung wegen verschlossenem Arbeitsmarkt auf eine spezifische Personengruppe gesundheitlich eingeschränkter Personen bezieht, die, um erwerbstätig zu sein, aufgrund ihrer Leistungseinschränkungen einen Teilzeitarbeitsplatz benötigen. Daher kann die allgemeine Arbeitslosenquote nur als grober Indikator für die Situation auf dem Segment des Teilzeitarbeitsmarkts herangezogen werden. Es ist jedoch anzunehmen, dass sich die Lage auf dem Teilzeitarbeitsmarkt sehr ähnlich der des allgemeinen Arbeitsmarktes verhält. So scheint es uns überaus wahrscheinlich, dass in Regionen mit höherer Arbeitslosigkeit auch weniger Teilzeitarbeitsplätze zur Verfügung stehen. Dies nicht nur, weil in strukturschwächeren Regionen das Angebot an Teilzeitarbeitsplätzen als signifikant niedriger angenommen werden kann, sondern weil dort zudem vorhandene Teilzeitarbeitsplätze auch verstärkt von vollwerbsfähigen Personen besetzt werden.

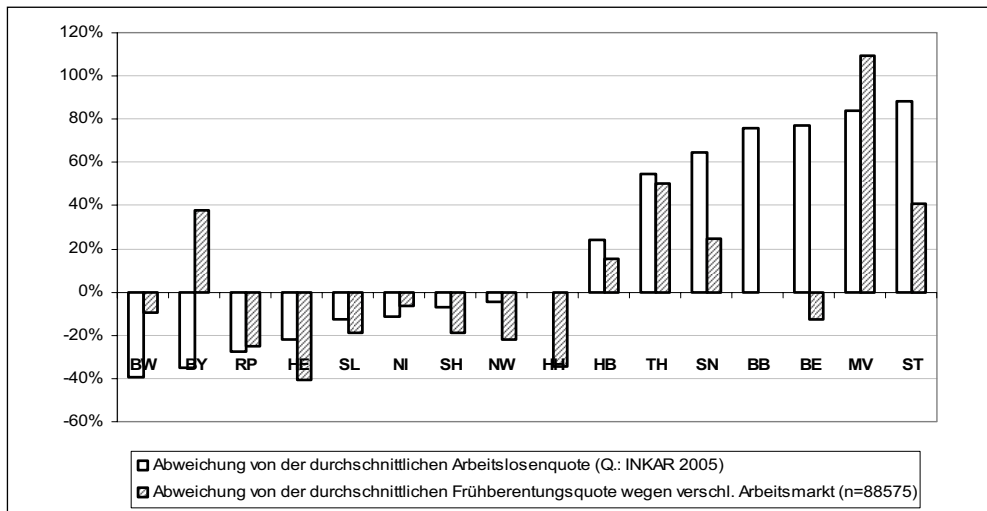
³ Aufgrund der besseren Lesbarkeit und der referierten Überrepräsentation von Männern bei Erwerbsminderungsrenten verwendet dieser Beitrag ausschließlich die männliche Schreibweise. Frauen werden selbstverständlich ebenso mitgedacht.

Abbildung 1: Mittelwertabweichung von Arbeitslosigkeits- und Frühberentungsquote



Quelle: INKAR 2005, FDZ-RV – SUFRTZN03XXVBB, eigene Berechnungen.

Abbildung 2: Mittelwertabweichung von Arbeitslosigkeits- und Frühberentungsquote wegen verschlossenem Arbeitsmarkt



Quelle: INKAR 2005, FDZ-RV – SUFRTZN03XXVBB, eigene Berechnungen.

Ausgehend von der zunächst allgemeinen These, dass in Regionen mit höherer Arbeitslosigkeitsquote auch häufiger frühberentet wird, zeigt **Abbildung 1** verschiedene Aspekte. Zum einen streut die Arbeitslosigkeitsquote – im Bundesdurchschnitt bei 11,2% im Jahr 2003 – stark um den Mittelwert, wobei die ostdeutschen Bundesländer⁴ erwartungsgemäß deutlich über

⁴ Abkürzungen der Bundesländer: Baden-Württemberg (BW), Bayern (BY), Rheinland-Pfalz (RP), Hessen (HE), Saarland (SL), Niedersachsen (NI), Schleswig-Holstein (SH), Hamburg (HH), Nordrhein-Westfalen (NW), Bremen (HB), Thüringen (TH), Sachsen (SN), Brandenburg (BB), Berlin (BE), Mecklenburg-Vorpommern (MV), Sachsen-Anhalt (ST).

dem Durchschnitt liegen. So ist in Mecklenburg-Vorpommern (MV) und in Sachsen-Anhalt (ST) die Arbeitslosigkeit mehr als 80% höher als im Durchschnitt, während diese in Baden-Württemberg (BW) knapp 40% niedriger ist. Zum Zweiten ist die Streuung der Berentungsquoten wegen Erwerbsminderung vom Mittelwert (18,5%) – wertet man die deutliche Abweichung in Mecklenburg-Vorpommern (MV) als Sonderfall, welcher näher untersucht werden müsste – deutlich geringer. Zum Dritten zeigt die Prüfung der genannten Hypothese, dass nur in vier Bundesländern ein gegenläufiges Ergebnis nachweisbar ist: in Bayern (BY), in Hessen (HE), im Saarland (SL) und in Bremen (HB). Insgesamt zeigt sich also, dass die Aussage für drei Viertel der Regionen nicht abgelehnt werden kann.

Ein noch deutlicheres Bild zeigt die Gegenüberstellung von Arbeitslosigkeitsquoten und den Anteilen der Berentungen wegen „verschlossenem Arbeitsmarkt“ (**Abbildung 2**). Für die Annahme, dass in Regionen mit höherer Arbeitslosigkeitsquote auch speziell Personen mit verschlossenem Arbeitsmarkt häufiger frühberentet werden, finden sich noch deutlichere Belege. Wiederum zeigen nur zwei Bundesländer – Bayern (BY) und Berlin (BE) – eine gegenläufige Tendenz.

Ein hinreichender Zusammenhang zwischen allgemeiner Berentungsquote und Berentungsquote wegen verschlossenem Arbeitsmarkt findet sich in unserer Analyse indes nicht.

Soziodemografische Aspekte von Berenteten wegen „verschlossenem Arbeitsmarkt“

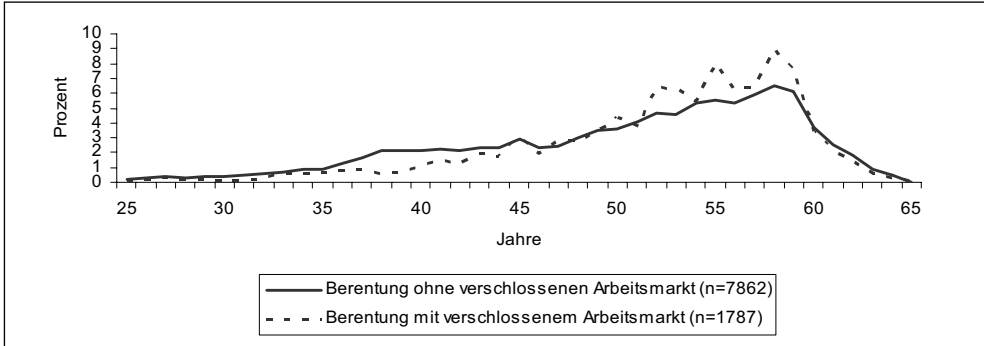
Vor dem Hintergrund, dass bei arbeitsmarktbedingt berenteten Personen von einem signifikant besseren Leistungsbild als bei anderen Erwerbsminderungsrentnern ausgegangen werden kann, stellt sich weiterführend die Frage, inwieweit sich diese Personengruppe soziodemografisch und erwerbsbiografisch von anderen Erwerbsminderungsrentnern unterscheidet.

Betrachten wir zunächst die Geschlechtsverteilung, so zeigt sich, dass Männer generell häufiger gesundheitsbedingt eine Rente beziehen (56%) als Frauen (44%). Für Personen mit „verschlossenem Arbeitsmarkt“ verschiebt sich dieses Verhältnis noch deutlicher, da fast zwei Drittel der Zugänge in Rente männlich sind (64%).

Die Analyse des Rentenzugangsalters zeigt, dass der Großteil der Erwerbsminderungsrentner in der zweiten Hälfte der Erwerbstätigkeitsphase in Rente geht, wobei über die Hälfte der Personen (53,3%) bei erstmaligem Rentenbezug zwischen 50 und 59 Jahren alt sind. Bei Differenzierung nach Geschlecht und verschlossenem Arbeitsmarkt zeigt sich, dass Männer (**Abbildung 3**) ohne verschlossenen Arbeitsmarkt im Mittel eineinhalb Jahre früher erstmalig eine Rente beziehen als Personen mit verschlossenem Arbeitsmarkt (Median: 52,5 Jahre vs. 54,0 Jahre, $p < 0,001$). Für Frauen wiederum (**Abbildung 4**) lässt sich ein solcher Unterschied nicht feststellen. So liegt der Median des Rentenzugangsalters hier für beide Gruppen bei 51,5 Jahren, ist also insbesondere in der Gruppe arbeitsmarktbedingt Berenteter mit einer Altersdifferenz von 2,5 Jahren deutlich geringer als bei Männern. Dies ist besonders auf das deutliche Sinken der weiblichen Berentungsquote ab 60 Jahren zurückzuführen, da für Frauen konkurrierende, frühzeitige Zugangswege in Altersrente bestehen.

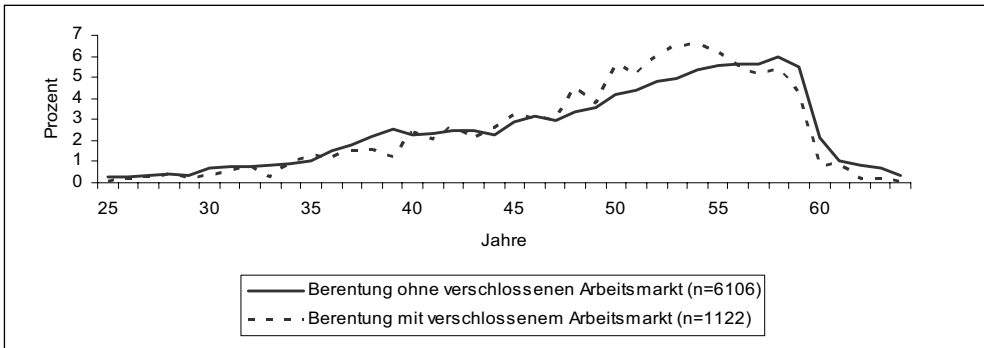
Ein weiteres wichtiges soziodemografisches Differenzierungsmerkmal ist die Schul- bzw. Ausbildung, welche in kombinierter Form ausgewertet und dargestellt wird (**Abbildung 5**). Zunächst zeigt sich, dass Erwerbsminderungsrentner insgesamt ein niedrigeres Bildungsniveau als die Allgemeinbevölkerung (hier gemessen am Mikrozensus) aufweisen, wobei sich der bekannte

Abbildung 3: Zugangsalter männlicher Erwerbsminderungsrentner



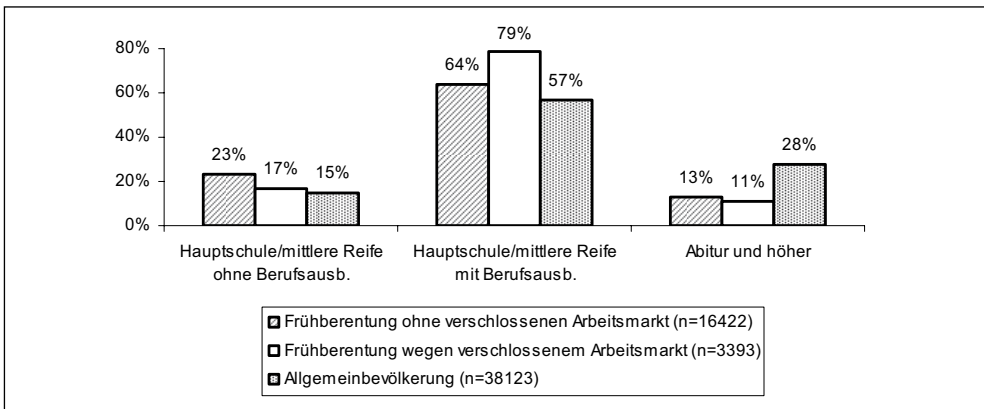
Quelle: FDZ-RV – SUFRTZN03XXVBB, eigene Berechnungen.

Abbildung 4: Zugangsalter weiblicher Erwerbsminderungsrentnerinnen



Quelle: FDZ-RV – SUFRTZN03XXVBB, eigene Berechnungen.

Abbildung 5: Bildungsstand von Erwerbsminderungsrentnern



Quelle: Mikrozensus 2003, FDZ-RV – SUFRTZN03XVSTEM, eigene Berechnungen.

Zusammenhang zwischen sozialer und gesundheitlicher Lage, welcher nicht unerheblich durch spezifische Arbeitsbedingungen beeinflusst wird, niederschlägt. Durchaus überraschend zeigt sich, dass Personen, die wegen „verschlossenem Arbeitsmarkt“ berentet werden, einen signifikant besseren Abschluss aufweisen als Personen ohne diesen Frühberentungsgrund ($p=0,001$).

Mit dem Bildungsniveau steht häufig die Art der ausgeübten Tätigkeit, von der die Rentenversicherung die letzte gemeldete Tätigkeit vor der Berentung erfasst, in Verbindung. So dominieren insgesamt Berufszweige mit hohen körperlichen Belastungen (z. B. Fahrer, Reinigungskräfte, Pflegekräfte). Dabei zeigt sich bei der Unterscheidung nach Berentungsgrund, dass bei Personen mit „verschlossenem Arbeitsmarkt“ Bauberufe überrepräsentiert sind (Baugewerbe, Holz-, Eisen-, Blech-, Metallherstellung und -verarbeitung, Dreher, Metallberufe, Schlosser).

Darüber hinaus sind die Berentungsdiagnosen der Erwerbsminderungsrentner von Interesse. Eine Gegenüberstellung der 20 häufigsten Einzeldiagnosen (**Tabelle 1**) zeigt bei Berenteten mit verschlossenem Arbeitsmarkt eine überdeutliche Dominanz von Erkrankungen des Bewegungsapparates. Während bei Personen ohne verschlossenen Arbeitsmarkt diese Diagnosegruppe unter den zwanzig häufigsten Einzeldiagnosen mit vier Einzelnennungen „nur“ 6,7% aller Berentungen verursacht, sind jedoch bei Personen mit verschlossenem Arbeitsmarkt neun Diagnosen aus der Gruppe der Erkrankungen des Bewegungsapparates für 27,9% der Berentungsfälle verantwortlich.

Insgesamt ist der Anteil der Erkrankungen des Bewegungsapparates bei Personen mit verschlossenem Arbeitsmarkt mit 38,6% mehr als doppelt so hoch wie bei Personen ohne verschlossenen Arbeitsmarkt (16,6%). Während psychische Erkrankungen⁵ (23,3% zu 29,6%) und Neubildungen (5,8% zu 17,1%) in unserer Zielgruppe als Berentungsdiagnosen seltener auftreten, bleibt der Anteil anderer Krankheitsgruppen etwa gleich (z. B. Krankheiten des Kreislaufsystems: 12,7% zu 12,8%) oder insgesamt marginal.

Erwerbsbiografische Aspekte

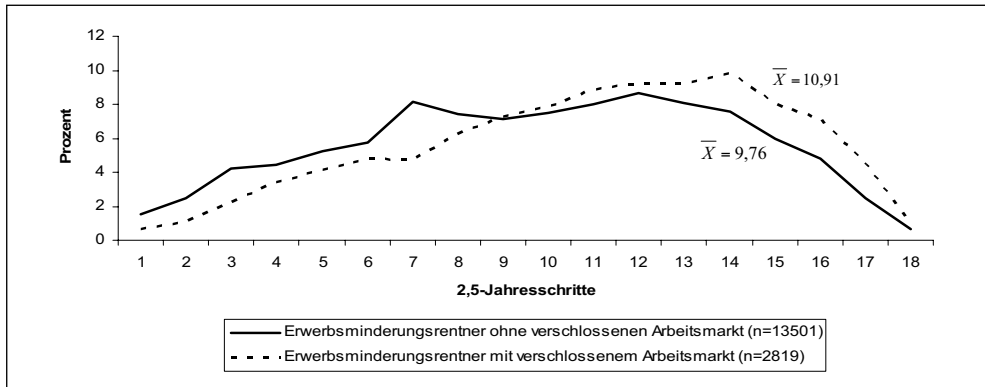
Weiterführend sind Aspekte der Erwerbsbiografie unter der Fragestellung von spezifischen Kennzeichen von Frühberenteten wegen verschlossenem Arbeitsmarkt im Vergleich zu anderen Erwerbsminderungsrentnern zu untersuchen. Hierzu werden drei Parameter in die Analyse einbezogen: die Anzahl vollwertiger Beitragszeiten sowie die Anrechnungszeiten wegen Krankheit und wegen Arbeitslosigkeit in den Versicherungskonten der Deutschen Rentenversicherung.

Die Analyse vollwertiger Beitragszeiten zur Rentenversicherung vor Eintritt der Erwerbsminderung zeigt (**Abbildung 6**), dass Frühberentete mit Arbeitsmarkthintergrund deutlich höhere Beitragszeiten aufweisen als Personen ohne Arbeitsmarkthintergrund ($p<0,001$). Mit durchschnittlich um knapp 35 Monate höheren vollwertigen Beitragszeiten weisen Personen mit verschlossenem Arbeitsmarkt eine um fast drei Jahre längere Beitragsbiografie auf. Das referierte spätere Renteneintrittsalter der Subgruppe erklärt diesen Effekt jedoch nur zum Teil, da – wie oben ausgeführt – diese Differenz bei „nur“ 14 Monaten (für Männer) liegt. Insofern ist grundsätzlich von einer längeren Erwerbsbiografie von Frühberenteten wegen verschlossenem Arbeitsmarkt auszugehen.

⁵ Zu Erwerbsminderungsrenten wegen psychischer Störungen vgl. den Beitrag von Richter sowie von Richter und Rohm im vorliegenden Band.

Tabelle 1: 20 häufigste Einzeldiagnosen von Erwerbsminderungsrentnern;
hervorgehoben: Erkrankungen des Bewegungsapparates

	ohne verschlossenen Arbeitsmarkt (n=27836)		wegen verschlossenem Arbeitsmarkt (n=5810)	
		Prozent		Prozent
1	Zerebrovasuläre Krankheiten (u.a. Hirninfarkt)	4,2	Rückenschmerzen	7,3
2	Depression	4,2	Lumbale und sonstigen Bandscheibenschäden	4,5
3	Schizophrenie	3,7	Gonathrose (Kniegelenk)	4,2
4	Alkohol	3,5	Chronische ischämische Herzkrankheit	4,0
5	Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde	3,1	Depression	3,9
6	Rezidivierende depressive Störung	3,0	Somatoforme Störungen	3,4
7	Neubildungen Atmungsorgane	2,9	Sonst. Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens	3,0
8	Chronische ischämische Herzkrankheit	2,8	Koxarthrose (Hüftgelenk)	2,8
9	Rückenschmerzen	2,7	Rezidivierende depressive Störung	2,8
10	BN Brustdrüse	2,6	Reaktionen auf schwere Belastungen	2,5
11	Diagnosen ICD-9 und keine Aus- sagen möglich	2,6	Zerebrovasuläre Krankheiten (u.a. Hirninfarkt)	2,5
12	Lumbale und sonstigen Bandscheibenschäden	2,3	Diagnosen ICD-9 und keine Aussagen möglich	2,4
13	Reaktionen auf schwere Belas- tungen	1,9	Alkohol	1,9
14	Somatoforme Störungen	1,9	Schulterläsionen	1,7
15	Neubildungen Darm	1,9	andere Angststörungen	1,7
16	Persönlichkeitsstörungen	1,8	Hypertonie	1,7
17	Demyelinisierende Krankheiten des ZNS	1,8	Zervikale Bandscheibenschäden	1,6
18	Intelligenzminderung	1,7	BN Brustdrüse	1,5
19	andere Angststörungen	1,7	Infektiöse und entzündliche Arthro- pathien	1,4
20	Gonathrose (Kniegelenk)	1,7	Osteochondrose der Wirbelsäule	1,4

Abbildung 6: Umfang vollwertiger Beitragszeiten in 2,5 Jahresschritten

Quelle: FDZ-RV – SUFRZTN03XXVBB, eigene Berechnungen.

Interessant ist daher die Frage, inwieweit sich der aufgezeigte Unterschied in Anrechnungszeiten⁶ durch Krankheits- oder Arbeitslosigkeitsperioden wiederfinden lässt.⁷

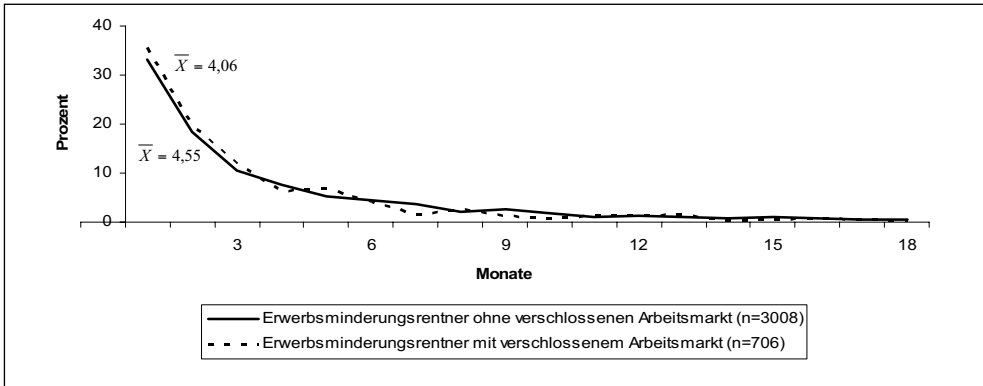
Die Anrechnungszeiten wegen Krankheit⁸ erfassen im rentenrechtlichen Sinne Zeiten der „Krankheit oder wegen Rehabilitationsleistungen (§58 Abs. 1 Nr. 1 & Nr. 1a SGB VI) die nicht beitragsgeminderte Zeiten sind“ (FDZ-RV 2005: 22). Die Analyse zeigt zunächst, dass 78% (ohne verschlossenen Arbeitsmarkt) bzw. 75% der Rentenzugänge (mit verschlossenem Arbeitsmarkt) keine krankheitsbedingten Anrechnungszeiten aufweisen. Personen mit und ohne Arbeitsmarkthintergrund unterscheiden sich somit insofern, dass für Personen ohne verschlossenen Arbeitsmarkt tendenziell seltener Anrechnungszeiten (=Krankengeldbezug) auftreten ($p=0,003$). Jedoch zeigt der Vergleich der Personengruppen mit mindestens einem Anrechnungsmonat wegen Krankengeldbezug (**Abbildung 7**), dass Personen ohne verschlossenen Arbeitsmarkt mehr Krankheitsmonate aufweisen, als Personen mit diesem Berentungsgrund ($p=0,035$). Insofern scheinen Personen mit höherer (Rest-)Leistungsfähigkeit zwar vor der Berentung häufiger krank zu sein, aber der Umfang der Krankheitsperioden ohne Pflichtbeiträge ist signifikant geringer.

Ein wichtiger Indikator zur Berentung aufgrund „verschlossenen Arbeitsmarktes“ könnte darüber hinaus der kumulierte Umfang von Arbeitslosigkeitsperioden ohne Pflichtbeiträge vor der Berentung sein. Wenngleich in beiden Gruppen jeweils 63% keine Anrechnungszeiten aufgrund Arbeitslosigkeit aufwiesen ($p=0,776$), zeigt die Analyse der Personen mit Anrechnungszeiten (**Abbildung 8**), dass Personen ohne verschlossenen Arbeitsmarkt durchschnittlich drei Monate

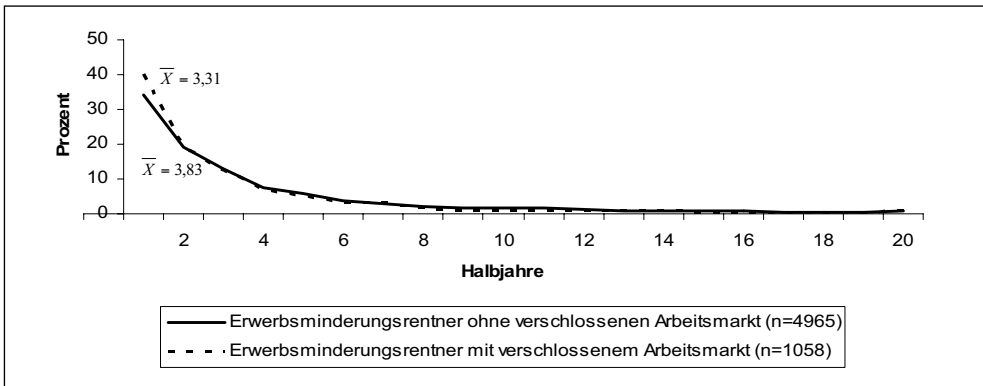
6 Für die nachfolgende Darstellung ist anzumerken, dass Arbeitslosigkeit und Arbeitsunfähigkeit bei Bezug von Lohnersatzleistungen versicherungsrechtlich auch Pflichtbeiträge in Form von vollwertigen Beitragszeiten sein können. Insofern bezieht sich die Analyse ausschließlich auf die beitragsfreien Anrechnungszeiten. Diese Unschärfe ist jedoch – zumindest für die letzten drei Jahre vor der Berentung – ohne Bedeutung.

7 Zur Unterscheidung von Beitragszeiten wegen Bezug von Lohnersatzleistungen und Anrechnungszeiten wegen Arbeitslosigkeit bzw. Arbeitsunfähigkeit/Krankheit vgl. Beitrag von *Himmelreicher* und *Mai* im vorliegenden Band. In diesem Zusammenhang siehe auch den Beitrag von *Stegmann* zur Sozialen Erwerbssituation in diesem Band.

8 Es ist grundsätzlich zu beachten, dass gesetzliche Änderungen die Kriterien der Anrechnung von Zeiten als Krankheitszeiten beeinflussen können und mit der Rentenreform 1992 Pflichtbeiträge wegen Arbeitsunfähigkeit bei Bezug von Krankengeld eingeführt wurden.

Abbildung 7: Umfang der Anrechnungszeiten wegen Krankheit in Monaten

Quelle: FDZ-RV – SUFRTZN03XXVBB, eigene Berechnungen.

Abbildung 8: Umfang der Anrechnungszeiten wegen Arbeitslosigkeit in Halbjahren

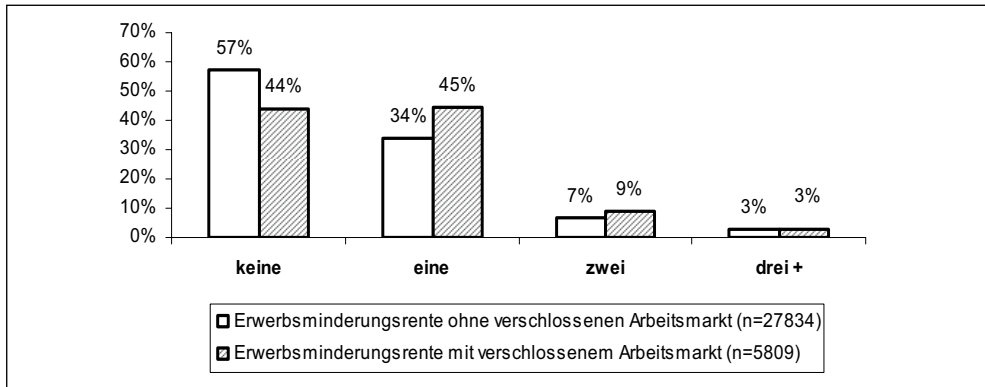
Quelle: FDZ-RV – SUFRTZN03XXVBB, eigene Berechnungen

länger erwerbslos waren ($p < 0,001$). Somit zeichnet sich ab, dass kein stringenter Zusammenhang zwischen der (kumulierten) Dauer von Arbeitslosigkeitsperioden und Berentungsgrund „Arbeitsmarkt“ besteht. Dass Berentete mit Arbeitsmarkthintergrund tendenziell sogar seltener arbeitslos waren als andere Erwerbsminderungsrentner überrascht.

Rehabilitative Aspekte

Der traditionelle und im SGB IX kodifizierte Leitgedanke der Rentenversicherung „Reha vor Rente“ verweist auf einen Vorrang von Teilhabeleistungen in Form von medizinischer und beruflicher Rehabilitation vor Rentenleistungen, welche primär Aufgabe der Rentenversicherung sind. Durch diesen Grundsatz werden nicht nur eher kurzfristigen oder zeitlich überschaubaren Maßnahmen vor (häufig) dauerhaften Rentenleistungen Vorrang gegeben, sondern er expliziert zudem eine Positivselektion unter dem Fokus der Erwerbsfähigkeit und den Teilhabechancen.

Abbildung 9: Anzahl der medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen in den letzten 5 Jahren vor der Frühberentung



Quelle: FDZ-RV – SUFRITZN03XVSTEM, eigene Berechnungen

Eine rechtzeitige Rehabilitation soll Gesundheitsverschlechterungen verhindern, bevor diese eine Frühberentung erzwingen. Insofern ist nach rehabilitativen Maßnahmen im Vorfeld der Frühberentung zu fragen, deren Ziel gerade die Verhinderung des (dauerhaften) Austritts aus dem Erwerbsleben ist.

Im Bereich von Maßnahmen zur medizinischen Rehabilitation ist zunächst generell für alle Erwerbsminderungsrentner konstaterbar, dass weniger als die Hälfte (45,1%) aller Frühberenteten in den letzten fünf Jahren vor der Berentung überhaupt an einer medizinischen Rehabilitationsmaßnahme teilgenommen hat. Über ein Drittel der Personen partizipierte dabei an einer Maßnahme (35,8%) und etwa jeder zehnte Erwerbsminderungsrentner (9,4%) an mindestens zwei Rehabilitationen in diesem Zeitraum. Die Differenzierung nach Berentungsgrund „verschlossener Arbeitsmarkt“ (**Abbildung 9**) macht jedoch deutliche Unterschiede zwischen beiden Gruppen sichtbar. So nehmen Personen, welche später aufgrund verschlossenen Arbeitsmarktes berentet werden signifikant häufiger an Maßnahmen zur medizinischen Rehabilitation teil als Frühberentete ohne verschlossenen Arbeitsmarkt (56% zu 43%; $p < 0,001$). Die überdeutliche Differenz von 13% geht dabei maßgeblich auf die Unterscheidung zwischen „Reha ja oder nein?“ und nicht auf die Anzahl dieser Maßnahmen zurück.

Ein weiteres spezifisches Instrument zur Reintegration in den Arbeitsmarkt sind Leistungen zur beruflichen Rehabilitation. Dieser Sammelbegriff beinhaltet vielfältige Unterstützungsmöglichkeiten des (potentiellen) Arbeitnehmers aber auch des Arbeitgebers zur Überwindung oder Kompensation gesundheitlicher Beeinträchtigungen. Zu den Möglichkeiten des Instrumentes beruflicher Rehabilitation zählen:

- Leistungen zur Erhaltung oder Erlangung eines Arbeitsplatzes (z. B. Hilfsmittel, Beihilfen, Kraftfahrzeughilfe, Arbeitsassistenz),
- Leistungen zur Berufsvorbereitung (Vorbereitungslehrgänge, Maßnahmen zur Vorförderung),
- Leistungen zur beruflichen Bildung (Aus-, Fort- und Weiterbildung),

- Leistungen an Arbeitgeber (z. B. Eingliederungszuschüsse),
- Leistungen in Werkstätten für Menschen mit Behinderung (Eingangsverfahren, Berufsbildungsbereich).

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, zu denen wir hier aus methodischen Gründen ausschließlich Leistungen zur beruflichen Bildung und Leistungen in Werkstätten für Menschen mit Behinderung zählen, wurden in den letzten fünf Jahren vor der Berentung nur für 2,3% der Erwerbsminderungsrentner erbracht. Ähnlich wie bei der medizinischen Rehabilitation zeigt sich, dass Personen mit Arbeitsmarkthintergrund deutlich häufiger an solchen Teilhabeleistungen teilnehmen (3,6%) als Erwerbsminderungsrentner ohne Arbeitsmarktrelevanz (2,1%).

Einflussfaktoren auf die Wahrscheinlichkeit wegen verschlossenem Arbeitsmarktes berentet zu werden

Abschließend sind potentielle Einflussfaktoren unter der Frage des Gewichtes auf die Wahrscheinlichkeit der Frühberentung wegen verschlossenem Arbeitsmarkt multifaktoriell zu prüfen. Mittels logistischer Regression wurden dazu die relativen Wahrscheinlichkeiten wegen verschlossenem Arbeitsmarkt berentet zu werden für alle Erwerbsminderungsrentner geschätzt.

Zunächst zeigt sich (**Tabelle 2**), dass, außer dem Renteneintrittsalter, alle einbezogenen Variablen einen signifikanten Einfluss im dargestellten Modell aufweisen. Während einschlägige Forschungsarbeiten nachgewiesen haben, dass insgesamt das Frühberentungsrisiko mit dem Alter kontinuierlich steigt (*Biefang et al. 1998; Rehfeld 2006; Samkange-Zeeb et al. 2006*), besteht hier zwischen Frühberenteten mit und ohne verschlossenem Arbeitsmarkt kein signifikanter Unterschied. Ein „verschlossener Arbeitsmarkt“ ist für jüngere Betroffene somit ebenso wahrscheinlich wie für ältere.

Die referierte Überrepräsentation von Männern bei Erwerbsminderungsrenten wegen verschlossenem Arbeitsmarkt schlägt sich auch multifaktoriell deutlich nieder. So ist für Frauen die Wahrscheinlichkeit einer Frühberentung aus Arbeitsmarktgründen um ein Viertel geringer als bei Männern. Es zeigt sich also, dass weibliche Frühberentete häufiger direkt eine volle Erwerbsminderungsrente erhalten. Geschlechtsspezifische Berentungsdiagnosen⁹ (*Rehfeld 2006*), aber auch eine größere Anzahl an Teilzeitarbeitsplätzen in frauendominierten Berufsfeldern, also ein weniger stark verschlossener Teilzeitarbeitsmarkt, könnte dafür als Erklärung herangezogen werden. Jedoch werden Teilrenten nicht nur von Erwerbsminderungsrentnern insgesamt sehr selten (Anteil an allen Erwerbsminderungsrenten: 2,1%) sondern auch wiederum überproportional von Männern bezogen (59,4%).

Aufgrund unserer Ausführungen zum Zusammenhang von Region, lokalem Arbeitsmarkt und Frühberentungsgeschehen gehen wir davon aus, dass die regionale Einflussvariable maßgeblich auf die Einschätzung der konkreten Arbeitsmarktchancen durch den Leistungsträger zurückzuführen ist. Die um 15% höhere Wahrscheinlichkeit in Ostdeutschland wegen verschlossenem Arbeitsmarkt berentet zu werden, scheint in Anbetracht der großen Differenzen in der Arbeitslosigkeitsquote eher gering, ist jedoch hoch signifikant.

9 Zu Geschlechtsspezifischen Erwerbsminderungsrenten wegen psychischer Störungen vgl. Beitrag von *Richter und Rohm* im vorliegenden Band.

Tabelle 2: Logistische Regression auf die Wahrscheinlichkeit wegen verschlossenen Arbeitsmarktes frühberentet zu werden

Variablen	relative Wahrscheinlichkeit [Exp.(B)]
Konstante	0,075 ***
Geschlecht „weiblich“ (Referenz: männlich)	0,740 ***
Alter bei Renteneintritt	1,003
Region „Ost“ (Ref.: West)	1,154 **
Hauptschule/mittlere Reife ohne Beruf (Ref.: Abitur und höher)	2,087 ***
Hauptschule/mittlere Reife mit Beruf (Ref.: Abitur und höher)	2,943 ***
vollwertige Beitragszeiten (in Monaten)	1,002 ***
Anrechnungszeiten wegen Krankheit (in Monaten)	0,986 *
Anrechnungszeiten wegen Arbeitslosigkeit (in Monaten)	1,004 *
Teilnahme an med. Rehabilitation „Ja“ (Ref.: nein)	1,605 ***
Teilnahme an berufl. Rehabilitation „Ja“ (Ref.: nein)	2,027 ***
-2 Log-Likelihood	16989,560
Nagelkerkes R ²	0,066
N	19362

Quelle: FDZ-RV – SUFRITZNO3XVSTEM, eigene Berechnungen.

Darüber hinaus zeigt sich ein deutlicher Zusammenhang zwischen Berentungsgrund und Bildungsniveau. So ist das Risiko der Berentung mit Arbeitsmarkthintergrund für Personen mit mittlerem Bildungsabschluss mindestens doppelt so hoch wie für Abiturienten.

Auch die erwerbsbiografisch interessanten Anrechnungszeiten zeigen multifaktoriell geringe, aber signifikante Effekte. Während mit jedem Anrechnungsmonat wegen Krankheit die Wahrscheinlichkeit wegen verschlossenem Arbeitsmarkt berentet zu werden sinkt, steigt diese bei Arbeitslosigkeitszeiten um 0,4% pro Anrechnungsmonat an.¹⁰ Die Ergebnisse sind dabei insofern überraschend, da sich die bivariaten Befunde nicht multifaktoriell niederschlagen. Die Einflüsse scheinen uns jedoch vor dem Hintergrund der geringen Größe der Effekte und der großen Zahl von Personen ohne Anrechnungszeiten insgesamt eher gering zu sein. Die deutlich längere Erwerbstätigkeit von Personen mit verschlossenem Arbeitsmarkt wiederum bestätigt sich als hoch signifikant, wobei andererseits der Versichertenstatus vor der Berentung auch hier keinen Einfluss auf den Berentungsgrund hat.

Die Maßnahmen im Vorfeld einer Rentengewährung haben deutlichen Einfluss auf die Gewährung der Rentenleistung selbst sowie auf begleitende Parameter, wie den Berentungsgrund

¹⁰ Zu Monaten mit Anrechnungszeiten als beitragsfreie Zeiten vgl. Beitrag von *Himmelreicher* und *Mai* im vorliegenden Band.

„verschlossener Arbeitsmarkt“. Vor einer Berentung wegen verschlossenem Arbeitsmarkt nehmen die Betroffenen öfter Rehabilitationsmaßnahmen in Anspruch als Personen ohne verschlossenen Arbeitsmarkt. So erhöht sich für diesen Personenkreis sowohl mit der Teilnahme an einer medizinischen Rehabilitation (+61%) als auch mit der Teilnahme an einer Maßnahme zur beruflichen Bildung (+103%) deutlich die Wahrscheinlichkeit, eine teilweise Erwerbsminderungsrente (= volle Erwerbsminderungsrente mit verschlossenem Arbeitsmarkt) als direkt eine volle Erwerbsminderungsrente (ohne verschlossenen Arbeitsmarkt) zu beziehen. Insofern zeigt sich hier ein Personenkreis mit zunächst günstigerer Rehabilitationsprognose, der den Wiedereintritt in die Erwerbstätigkeit jedoch nicht geschafft hat. Die Verläufe mit erfolgreicher Teilnahme (Reintegration ins Erwerbsleben) lassen sich hier jedoch nicht beobachten und erfordern andere Datenquellen mit detaillierteren Verlaufsinformationen.

Diskussion

Die umfangreiche Forschung und sozialpolitische Diskussion zur Frühinvalidität als Ventil des Arbeitsmarktes und zum Umgang von Betrieben mit der begrenzten Tätigkeitsdauer ihrer Mitarbeiter in den 70er/80er Jahren weisen darauf hin, dass von keinem stringenten Zusammenhang zwischen Arbeitsplatzangebot und der Inanspruchnahme von Erwerbsminderungsrenten gesprochen werden kann. So stellt *Voges* (1994: 165) heraus, dass nichts auf „eine kontinuierliche Zunahme von Frühberentung aus dem Zustand der Arbeitslosigkeit, Rehabilitation oder sonstigen Nicht-Erwerbstätigkeit“ hindeutet. Andererseits zeigen jedoch einschlägige Forschungsarbeiten, dass das Beschäftigungsrisiko älterer und gesundheitlich eingeschränkter Personen im Zeitverlauf gestiegen ist (*Behrend* 1985; *Behrens* 1994; *Russig* 1994; *Viebrok* 2004; *Voges* 1994). In diesem Zusammenhang machen auch unsere Auswertungen eine – wenngleich lockere – Verbindung zwischen Arbeitsmarktlage und Erwerbsminderungsrenten deutlich. Dies sowohl in Bezug auf die Berentungsquote insgesamt, als auch für die Subgruppe der Berenteten wegen „verschlossenem Arbeitsmarkt“. Es ist jedoch methodisch fraglich, ob der Regionalindikator „Bundesland“ Differenzen in der wirtschaftlichen Struktur sowie zwischen verschiedenen Arbeitsmarktsegmenten hinreichend abbilden kann. Insbesondere in großen Flächenländern scheint eine stärkere Differenzierung notwendig, da auch das BSG-Urteil von 1976 die tägliche Nicht-Erreichbarkeit eines Arbeitsplatzes von der Wohnung des Betroffenen aus als „verschlossenen Arbeitsmarkt“ definiert (*Voges* 1994: 40).

Die deutliche Unterrepräsentation von Frauen im Rentenzugang wegen Erwerbsminderung insgesamt aber auch speziell für Erwerbsminderungsrenten wegen verschlossenem Arbeitsmarkt scheinen sowohl von der Erwerbsbeteiligung als auch von diskontinuierlicheren Erwerbsverläufen von Frauen beeinflusst zu sein, deren Folge ein Nicht-Erreichen der gesetzlichen Voraussetzungen für den Leistungsbezug ist. Jedoch konstatiert *Seidel* (1994: 172) für das Jahr 1991 bei Frauen sowohl für die Arbeiterrentenversicherung (25% weiblich; 18% männlich) als auch für die Angestelltenversicherung (32% weiblich; 23% männlich) einen höheren Frühberentungsanteil wegen verschlossenem Arbeitsmarkt. Festzustellen ist dabei zudem, dass der generelle Anteil von Erwerbsminderungsrentnern wegen verschlossenem Arbeitsmarkt an allen neuen Erwerbsminderungsrentnern im Jahr 2003 mit 17% deutlich unter den Quoten des Jahres 1991 liegt, also somit zurückgegangen zu sein scheint. Die Reform des Erwerbsminderungsrechts, insbesondere zum 1.1.2001, erschwert den Zugang wegen verschlossenen Teilzeitarbeitsmarktes erheblich, wodurch ein Rückgang nicht verwunderlich ist.

Darüber hinaus stellt die Altersverteilung bei Rentenzugang eine Momentaufnahme des beschriebenen Trends der Verjüngung der Erwerbsminderungsrentner bei Erstbezug einer Rente dar, der insbesondere auf die Schaffung alternativer Zugangsarten in vorzeitige Altersrente ohne einschlägige medizinische Indikation für Kohorten im rentennahen Alter zurückzuführen ist. Daher gilt für Erwerbsminderungsrentner: „je jünger die Kohorte, desto früher die Berentung“ (Voges 1994: 33). Die Geschlechtsdifferenzen hinsichtlich des geringeren Zugangsalters bei Frauen gehen dabei sicherlich auch auf die unterschiedlichen Möglichkeiten des Zugangs in Altersrente zurück.

Der bereits umfangreich dokumentierte und auch hier nachgewiesene Zusammenhang zwischen sozialer (Bildungsniveau, ausgeübte Tätigkeit) und gesundheitlicher Lage (Frühberentungsrisiko) bestätigt bisherige Erkenntnisse (z. B. Bernardy & Sandweg 2003; Biefang et al. 1990; Faßmann et al. 1985; Karpansalo et al. 2002; Kentner et al. 1990; Mielck 2000; Samkange-Zeeb et al. 2006). Für die Interpretation der Tatsache eines signifikant höheren Bildungsniveaus von Personen, die aufgrund verschlossenen Arbeitsmarktes berentet wurden, scheinen uns zwei Aspekte plausibel.

Als inhaltliches Argument möchten wir anführen, dass gerade Personen mit vergleichsweise höherem Bildungsabschluss tendenziell geringeren gesundheitsbelastenden Arbeits- und Lebensverhältnissen ausgesetzt sind. Das verminderte Gesundheitsrisiko führt dazu, dass dieser Personenkreis aufgrund der individuellen Leistungsfähigkeit tendenziell häufiger für eine Teilrente als für eine Vollrente in Frage kommt. Zudem stehen im Arbeitsmarktsegment qualifizierter Tätigkeiten auch eher Teilzeitarbeitsplätze zur Verfügung. Als methodisches Argument ist darüber hinaus zu sehen, dass für über 40% der Grundgesamtheit keine Angabe zum (Aus-)Bildungsabschluss vorliegt. Dies verwundert jedoch insofern nicht, da die Ergebnisse aus prozessproduzierten Routinedaten stammen, die über die Meldung zur Sozialversicherung des Arbeitgebers zum Rentenversicherungsträger gelangen. Wenngleich Betriebe angehalten sind diese Daten zeitgleich mit der Meldung des Arbeitsentgeltes mitzuteilen, so ist andererseits sowohl für den Betrieb als auch für die Rentenversicherung nur die Entgeltmeldung leistungsrelevant. Wir vermuten daher, dass für Personen ohne Berufsausbildung systematisch seltener entsprechende soziodemografische Daten durch den Betrieb übermittelt werden konnten – sei es aus Unwissenheit des Arbeitgebers oder wegen Nichtberücksichtigung dieses Meldungsabschnitts.

Durch die kombinierte Analyse von Erwerbs- und biografischen Aspekten lässt sich herausarbeiten, dass sich erstens arbeitsmarktbedingt Frühberentete in signifikanter Weise von anderen Erwerbsminderungsrentnern unterscheiden. Zweitens sprechen die Ergebnisse eindeutig dafür, dass es sich hier nicht um Personen handelt, welche „nur“ zeitlich eher, also in einem früheren Stadium des Invaliditätsprozesses in dem noch eine höhere „Restleistungsfähigkeit“ zu konstatieren ist, eine Erwerbsminderungsrente in Anspruch nehmen. Frühberentete wegen verschlossenem Arbeitsmarkt sind tendenziell älter als andere Erwerbsminderungsrentner bei Rentenzugang, sind deutlich häufiger männlich, haben ein verhältnismäßig höheres Bildungsniveau, sind zuletzt überwiegend in körperlich stark belastenden Berufen beschäftigt und leiden deutlich häufiger an Erkrankungen des Bewegungsapparates (Biefang et al. 1998; Faßmann et al. 1985; Karpansalo et al. 2002). Darüber hinaus bestehen nur sehr geringe Unterschiede bei Krankheits- und Arbeitslosigkeitsperioden, und Personen mit verschlossenem Arbeitsmarkt haben eine deutlich längere Berufsbiografie mit vollwertigen Beitragszeiten aufzuweisen.

Erwerbsminderungsrentner denen bei Rentenantrag eine höhere (Rest-)Leistungsfähigkeit bescheinigt wird, also Frühberentete wegen verschlossenem Arbeitsmarkt, nehmen deutlich häufiger an rehabilitativen Maßnahmen, die eine Frühberentung verhindern sollen, teil. Sicher da durchaus zu erwarten ist, dass dieser Personenkreis tendenziell eine bessere Rehabilitationsprognose (im Sinne der Wiedererlangung der Erwerbsfähigkeit) aufweist, als Personen, denen (später) eine Leistungsfähigkeit von weniger als drei Stunden attestiert wird. Obwohl auch im Bereich der beruflichen Rehabilitation verstärkte Bemühungen der Reintegration ins Erwerbsleben für diese Personengruppe zu konstatieren sind, bleibt die Anzahl der Personen, welche vor der Berentung an einer Aus-, Fort- oder Weiterbildungsmaßnahme teilnehmen auf sehr geringem Niveau (vgl. *Viebrock 2004* für Eingliederungszuschüsse an Arbeitgeber).

Fazit

Vor dem Hintergrund der vom Bundessozialgericht geforderten konkreten, individualisierten Betrachtungsweise von gesundheitlichen Beeinträchtigungen zur Feststellung einer Erwerbsminderung ist der Leistungsträger nicht nur angehalten sondern verpflichtet den Arbeitsmarkt als Einflussvariable auf die Chance zur Teilhabe am Arbeitsleben zu berücksichtigen. Insofern zeigt die Verbindung zwischen Arbeitslosigkeit und Berentungsquote sowie die deutlich verstärkten Bemühungen um Reintegration mittels Rehabilitationsleistungen die Grenzen sozialpolitischer Partizipationsleistungen auf. Eine individuell äußerst erfolgreiche Rehabilitation kann aufgrund negativer wirtschaftlicher Rahmenbedingungen für die Erwerbschancen von gesundheitlich beeinträchtigten Personen das gesellschaftliche Integrationsziel verfehlen.

In diesem Spannungsverhältnis bieten für uns mindestens zwei Ansätze für die Verringerung dieser Konfliktlage eine Perspektive.

Vor dem Hintergrund, dass der Personenkreis arbeitsmarktbedingt Frühberenteter spezifisch beschrieben werden kann und des überproportionalen Gewichts chronischer Diagnosen des Bewegungsapparates, scheint es erstens aus sozialmedizinischer Sicht sinnvoll, über ein frühzeitiges Risikoscreening gesundheitliche Problemlagen oder -konstellationen sowie daraus abzuleitende Rehabilitationsbedarfe zu erfassen. Frühzeitige, zielgerichtete und lebensweltorientierte Angebote mit deutlichem präventiven Anteil können helfen, einer teilweisen Erwerbsminderung (welche meist aufgrund des verschlossenen Arbeitsmarktes zu einer vollen Berentung führt) vorzubeugen (*Babitsch 1998; Biefang et al. 1998; Biefang et al. 1990; Samkange-Zeeb et al. 2006 u. a.*). Die Notwendigkeit der individuellen Antragstellung durch den Betroffenen zwingt den Leistungsträger in die passive Rolle der Leistungsprüfung und -gewährung. Zu diesem Zeitpunkt x besteht insbesondere bei chronifizierenden Krankheiten (wie denen des Bewegungsapparates) bereits häufig ein umfassendes Beschwerdebild. Ein gezielter, aktiver Austausch mit potentiellen Risikogruppen zu einem früheren Zeitpunkt und ggf. eine frühzeitige, individualisierte und bedarfsgerechte Rehabilitations- oder Gesundheitsleistung mit präventiv-kurativem Charakter vor oder bei einsetzender Chronifizierung der Beschwerden kann dabei den späteren Ausstieg aus dem Erwerbsleben verzögern (oder sogar verhindern). Im Hinblick auf die demografische Entwicklung der Bevölkerung und der damit verbundenen Herausforderungen für die Sozialversicherungen sowie insbesondere im Blick auf die immensen Kosten einer Frühberentung (Beitrags- und Lohnausfälle bei denen *Clouth (2004)* von bis zu 500.000 Euro pro Person ausgeht) scheint ein verstärktes Augenmerk auf die Prävention von Erwerbsminder-

rung (insbesondere bei noch bestehender eingeschränkter Erwerbsfähigkeit) nicht nur individuell sinnvoll, sondern auch volkswirtschaftlich rentabel.

Abschließend ist zweitens die sozialpolitisch schon lange formulierte Forderung nach flexiblen Beschäftigungsverhältnissen auf dem Arbeitsmarkt auch für gesundheitlich eingeschränkte Personen neu zu überdenken. Die bisher häufig unter dem Duktus der Vereinbarkeit von Familie und Beruf geforderte Schaffung von Teilzeitarbeitsplätzen, aber auch die Flexibilisierung von Arbeitszeiten kann Impulse für Beschäftigungsmöglichkeiten von Personen mit teilweiser Erwerbsminderung liefern. Wenngleich bisher die Debatte zur Vereinbarkeit für Frauen deutlich intensiver geführt wurde als für Männer, zeigen die aktuellen Entwicklungen in der Familienpolitik auch eine verstärkte Einbindung von Männern in familiäre Erziehungsprozesse. Eine sozialpolitische Forcierung von flexiblen Beschäftigungsverhältnissen auch in männerdominierten Berufszweigen könnte dabei familienpolitische und gesundheitspolitische Synergieeffekte erzielen. Hierzu wären sowohl sozialpolitische Anreize zur Schaffung aber auch der Inanspruchnahme solcher Arbeitsplätze zu prüfen.

Literaturverzeichnis

- Babitsch, B.* (1998): Soziale Ungleichheit und Gesundheit bei Frauen in Westdeutschland. In: Ahrens W., Bellach, B.-M. & Jöckel, K.-H. (Hrsg.): Messung soziodemographischer Merkmale in der Epidemiologie. München: MMV Medizin Verlag, 95-112.
- Behrend, Ch.* (1985): Arbeitsmarktsituation und Frühberentung älterer Arbeitnehmer seit 1980. Zeitschrift für Gerontologie, 18, 260-265.
- Behrend, Ch.* (Hrsg) (1994): Frühinvalidität - ein Ventil des Arbeitsmarkts? Berufs- und Erwerbsunfähigkeitsrenten in der sozialpolitischen Diskussion. Berlin: Dza.
- Behrens, J.* (1994): Der Prozess der Invalidisierung - das demographische Ende eines historischen Kompromisses. In: Behrend, Ch. (Hrsg). Frühinvalidität - ein Ventil des Arbeitsmarkts? Berufs- und Erwerbsunfähigkeitsrenten in der sozialpolitischen Diskussion. Berlin: Dza, 105-135.
- Bernardy, K. & Sandweg, R.* (2003): Frühberentung: Bedingung und Folgen. Eine retrospektive Untersuchung zur Prognostik der Frührente und dem Krankheitsverlauf nach vorzeitiger Berentung. Der Nervenarzt, 74, 406-412.
- Biefang, S., Gerdes, N., Hoeltz, J. & Potthoff, P.* (1990): Prädiktoren der Frühberentung und gezielte Zuweisung zur medizinischen Rehabilitation. Sozial- und Präventivmedizin, 35, 129-137.
- Biefang, S., Potthoff, P., Bellach, B. M. & Buschmann-Steinhage, R.* (1998): Predictors of early retirement and rehabilitation for use in a screening to detect workers in need of rehabilitation. International Journal of Rehabilitation Research, 21, 13-27.
- Brinkmann, Ch., Klauder, W., Reyher, L. & Thon, M.* (1987): Methodische und inhaltliche Aspekte der Stillen Reserve. Mitteilungen aus der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung, 20, 387-409.

- Clouth, J.* (2004): Kosten der Frühberentung am Beispiel der Schizophrenie. *Psychiatrische Praxis*, 31, 238-245.
- DRV (2001): Der ärztliche Reha-Entlassungs-Bericht. Leitfaden zum einheitlichen Entlassungsbericht in der medizinischen Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung. Berlin.
- Fassmann, H., Kentner, M., Passenberger, J. & Wasilewski, R.* (1985): Frühinvalidisierung - ein multifaktorielles Geschehen. Zusammenfassender Bericht über eine sozialepidemiologische Untersuchung möglicher Ursachen der Frühberentung in Baden-Württemberg. *Öffentliches Gesundheitswesen*, 47, 546-550.
- Karpansalo, M., Manninen, P., Lakka, T. A., Kauhanen, J., Rauramaa, R. & Salonen, J. T.* (2002): Physical workload and risk of early retirement: prospective population-based study among middle-aged men. *J Occup Environ Med*, 44, 930-939.
- Karpansalo, M., Manninen, P., Kauhanen, J., Lakka, T. A. & Salonen, J. T.* (2004): Perceived health as a predictor of early retirement. *Scand J Work Environ Health*, 30, 287-292.
- Kentner, M., Wolff, L. & Weltle, D.* (1990): Zur Sozialabhängigkeit der Frührentenstatistik. *Öffentliches Gesundheitswesen*, 52, 675-680.
- Mielck, A.* (2000): Soziale Ungleichheit und Gesundheit: empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze, Interventionsmöglichkeiten. Bern [u. a.]: Huber.
- Olson-Frick, H.* (1980): Early retirement in an international perspective. *International Journal of Rehabilitation Research*, 3, 215-23.
- Olson-Frick, H.* (1985): Early retirement in an international perspective II: The international study. *International Journal of Rehabilitation Research*, 8, 161-80.
- Rehfeld, U. G.* (2006): Gesundheitsbedingte Frühberentung. Berlin: Robert Koch-Institut.
- FDZ-RV (2005): Codeplan Versichertenrentenzugang 2003 - Scientific Use File SUFRTZN03XXVBB und Codeplan Versichertenrentenzugang 2003 „Erwerbsminderung und Diagnosen“ - Scientific Use File SUFRTZN03XVSTEM. Berlin.
- Russig, H.* (1994): Probleme sozialrechtlicher Leistungsbeurteilung bei der Entscheidung über Renten wegen Erwerbsminderung - unter besonderer Berücksichtigung der Arbeitsmarktlage älterer Arbeitsloser. In: Behrend, Ch. (Hrsg). Frühinvalidität - ein Ventil des Arbeitsmarkts? Berufs- und Erwerbsunfähigkeitsrenten in der sozialpolitischen Diskussion. Berlin: Dza, 251-274
- Samkange-Zeeb, F., Altenhöner, Th., Berg, G. & Schott, T. H.* (2006): Predicting non-return to work in patient attending cardiac rehabilitation. *International Journal of Rehabilitation Research*, 29, 43-49.
- Viebrok, H.* (2004): Absicherung bei Erwerbsminderung. Expertise für die Sachverständigenkommission für den fünften Altenbericht der Bundesregierung. Bremen.
- Voges, W.* (1994): Mißbrauch des Rentensystems: Invalidität als Mittel der Frühberentung. Frankfurt/Main [u. a.]: Campus.

Michael Schubert studierte Erziehungswissenschaften, Soziologie und Psychologie an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg. Seit 2004 arbeitet er als wissenschaftlicher Mitarbeiter am Sonderforschungsbereich 580 „Gesellschaftliche Entwicklungen nach dem Systemumbruch“. Dort sind er und seine Mitautoren tätig im Projekt C5 „Rehabilitation zwischen Transformation und Weiterentwicklung – Individualisierung und Differenzierung von Rehabilitation im Falle gesundheitsbedingter Exklusionsrisiken in Ost- und Westdeutschland, Schweden, Schweiz, Italien und Tschechien“, welches am Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg angesiedelt ist. Der vorliegende Beitrag entstammt der Arbeit dieses Projektes. Forschungsinteressen: Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderung, Mechanismen des Wohlfahrtsstaates.

Das **Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaften** an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg wurde 1999 als erstes pflegewissenschaftliches Institut an einer Medizinischen Fakultät gegründet. Das Institut ist deutsches Zentrum für evidencebasierte Pflege und trägt neben umfangreicher Forschung zu pflege- und gesundheitswissenschaftlichen Fragestellungen, zu denen insbesondere Prävention und Rehabilitation zu zählen sind, die akademische Ausbildung der (nichtärztlichen) Gesundheitsberufe des therapeutischen Teams.