

– Fachbeitrag D15-2017 –

19.04.2017

Erwerbsminderungsrente und Rückkehr ins Erwerbsleben aus Sicht der Betroffenen¹

Von Elisabeth Zschucke und Prof. Dr. Sonia Lippke, beide Jacobs University Bremen, Department of Psychology & Methods/ Focus Area Diversity sowie Dr. Aike Hessel, Deutsche Rentenversicherung Oldenburg-Bremen

I. Hintergrund: Befristete Erwerbsminderungsrente in Deutschland

Ist die Erwerbsfähigkeit einer Person durch eine schwere Erkrankung oder Behinderung langfristig eingeschränkt, besteht im deutschen Rentenversicherungssystem die Möglichkeit, eine Erwerbsminderungsrente (EMR) zu beantragen. Je nach Ausmaß der Einschränkung wird unterschieden in eine volle (weniger als drei Stunden Restleistungsvermögen für eine Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt) oder teilweise (drei bis sechs Stunden Restleistungsvermögen für eine Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt) Erwerbsminderung (§ 43 SGB VI). Die EMR wird grundsätzlich zunächst befristet für längstens drei Jahre bewilligt (§ 102 Abs. 2 SGB VI).

Im Jahr 2014 bezogen in Deutschland rund 1.76 Millionen Menschen eine EMR, und rund 17 % der Versichertenrentenzugänge erfolgten aufgrund verminderter Erwerbsfähigkeit (Rentenversicherung in Zahlen 2015). Studien mit Daten der Deutschen Rentenversicherung zeigen, dass vor allem männliches Geschlecht und eine geringe berufliche Qualifikation das Risiko einer Erwerbsminderung erhöhen (Hagen et al., 2010). Arbeitnehmer in geringqualifizierten kaufmännischen, Dienstleistungs-, und Verwaltungstätigkeiten sind besonders häufig betroffen (Mika, 2013). Auch vorangegangene Arbeitslosigkeit und Krankengeldbezugsdauer waren wichtige Prädiktoren für den späteren Bezug einer EMR (Bethge et al., 2011). Ferner gibt es, je nach Arbeitsmarktlage, deutliche regionale Unterschiede.

In den vergangenen Jahrzehnten hat der Anteil der Verrentungen aufgrund psychischer Störungen stark zugenommen (von 15,4 % im Jahr 1993 auf 43,1 % im Jahr 2014; Rentenversicherung in Zahlen 2015). Dies geht nach Ansicht von ExpertInnen nicht auf einen absoluten Anstieg der Erkrankungsraten bei psychischen Störungen zu-

¹ Dieser Beitrag wurde unter www.reha-recht.de als Fachbeitrag D15-2017 in der Kategorie D: Konzepte und Politik veröffentlicht; Zitiervorschlag: Zschucke/Lippke/Hessel: Erwerbsminderungsrente und Rückkehr ins Erwerbsleben aus Sicht der Betroffenen; Beitrag D15-2017 unter www.reha-recht.de; 19.04.2017.

rück (Jacobi, 2014), sondern eher auf eine Verringerung der Erwerbsminderungsraten wegen Krebs, Herz-Kreislaufkrankungen und Erkrankungen des Bewegungsapparats, die einerseits mit medizinischen Fortschritten in der Akutbehandlung und Rehabilitation zusammenhängen und andererseits mit verbesserter Arbeitssicherheit und fortschreitender Automatisierung schwerer körperlicher Arbeit. Zusätzlich steigt die Diagnosebereitschaft bei psychischen Erkrankungen an.

Es existieren keine Statistiken, wie viele Personen nach einer befristeten EMR noch einmal ins Erwerbsleben zurückkehren. Eine häufig zitierte Studie von Kobelt und KollegInnen (2009) schätzt die Quote auf ca. 6 %. Auch wenn nicht alle zur Erwerbsminderung führenden Erkrankungen zwangsläufig tödlich oder progredient verlaufen, geht die EMR bei den meisten Versicherten in eine Entfristung und später die Altersrente über. Auch bei psychisch Erkrankten findet häufig keine Rückkehr auf den ersten Arbeitsmarkt statt (vgl. Gühne et al., 2015).

II. „Befristete Erwerbsminderungsrente und Rückkehr in das Erwerbsleben: Themen und Erwartungen von ErwerbsminderungsrentnerInnen“ (BERATER)

Die von der Jacobs University Bremen durchgeführte BERATER-Studie verfolgte daher das Ziel, die Perspektive der ErwerbsminderungsrentnerInnen (EM-RentnerInnen) und deren Gesundheitszustand, Pläne, Ressourcen und Barrieren für eine Rückkehr ins Erwerbsleben zu beleuchten. Zu diesem Zweck wurden im April und Mai 2014 alle 4221 Versicherten der Deutschen Rentenversicherung Oldenburg-Bremen kontaktiert, die zu jenem Zeitpunkt eine befristete EMR bezogen. 452 standardisierte Interviews wurden zwischen Mai und September 2014 geführt sowie 348 Follow-Up-Befragungen in den Jahren 2015 und 2016. Im Folgenden sollen wichtige Ergebnisse und Implikationen der BERATER-Studie vorgestellt werden (für eine ausführliche Darstellung s. auch Zschucke et al., 2016).

1. Zentrale Ergebnisse der BERATER-Studie

Die Befragten (53 % weiblich) waren im Schnitt etwa 50 Jahre alt und bezogen die befristete EMR seit durchschnittlich dreieinhalb Jahren. Auffallend war die von den Befragten berichtete hohe Rate von Mehrfacherkrankungen (Multimorbidität): drei verschiedene Erkrankungsgruppen wurden im Schnitt genannt, und zwei Drittel der Befragten berichteten (komorbide) psychische Erkrankungen (welche allerdings auch sekundär, also nach der Berentung entstanden sein konnten).

Zusätzlich gaben die StudienteilnehmerInnen im Schnitt ein hohes Gewicht an (durchschnittlicher Body Mass Index = 30 und somit an der Grenze zur Fettleibigkeit). 40 % der Befragten waren ihrem Selbstbericht zufolge im klinischen Sinne adipös.

Der bereits in anderen Studien genannte Befund einer deutlich verringerten Lebenszufriedenheit und einer überproportional erhöhten Armutsgefährdung konnte in der BE-

RATER-Studie bestätigt werden: konservativ geschätzt (vgl. Zschucke et al., 2016) waren 28 % der befragten Personen armutsgefährdet, doppelt so viele wie in der Allgemeinbevölkerung.

Nach ihren Zukunftsplänen befragt, schlossen lediglich 25 % eine spätere Rückkehr ins Erwerbsleben aus, während 14 % angaben, noch darüber nachzudenken, 47 % die konkrete Absicht äußerten, und 9 % nach eigener Aussage bereits konkrete Vorbereitungen getroffen hatten. Dieser Befund ist vor allem überraschend in Gegenüberstellung mit den geschätzten 6 % der Versicherten, die nach einer befristeten EMR tatsächlich ins Erwerbsleben zurückkehren. Ein niedrigeres Alter und eine geringere Dauer der bisherigen EMR waren statistisch mit einer höheren Rückkehrabsicht assoziiert. Darüber hinaus gaben Versicherte, die vor der EMR Arbeitslosengeld bezogen hatten, deutlich seltener eine Rückkehrabsicht an. Überraschenderweise hatten Schul- und Berufsbildung ebenso wenig einen Einfluss auf die Rückkehrabsichten wie die Anzahl der genannten Erkrankungen oder der Grad der subjektiven körperlichen und psychischen Gesundheitseinschränkung.

Als häufigste Motive für eine Rückkehr ins Erwerbsleben wurden neben dem Geldverdienenden Aspekte der sozialen Teilhabe genannt: Gebrauchtwerten, Kontakt zu anderen Menschen, Anerkennung und Wertschätzung.

Die befragte Stichprobe ist sicherlich nicht repräsentativ für alle EM-RentnerInnen, zeigt aber, dass es unter diesen nicht wenige gibt, die eine Rückkehr ins Erwerbsleben trotz gesundheitlicher Einschränkungen anstreben. Diese Äußerung ist vermutlich nicht frei von Wunschdenken und/oder Verzerrungen durch soziale Erwünschtheit, sollte dennoch aber aufgrund der hohen Zahlen von Erwerbsminderungsrentenzugängen (rund jeder sechste Rentenzugang im Jahr 2014) nicht pauschal abgetan werden. Die große Diskrepanz zwischen den geäußerten Absichten und den geschätzten Rückkehrraten deutet auf eine sog. Intention-Verhalten-Lücke hin. Auf mögliche Ursachen für diese Lücke wird im folgenden Abschnitt eingegangen.

2. Subjektive Barrieren für die Rückkehr ins Erwerbsleben

Als häufigste Barrieren für eine Rückkehr ins Erwerbsleben wurden gesundheitliche und arbeitsmarktbezogene Faktoren genannt. Psychische Probleme wie Ängste oder Depression, chronische Schmerzen, geringe körperliche Belastbarkeit und Adipositas stellten aus Sicht der Betroffenen dabei besonders häufige gesundheitsbezogene Hinderungsgründe dar.

Auch den Zugang zum Arbeitsmarkt nahmen die Befragten als beträchtliches Hindernis wahr. Rund 13 % der StudienteilnehmerInnen hatten vor der EMR Arbeitslosengeld bezogen, und auch andere Studien (z. B. Hagen 2010, Mika 2013) belegen, dass eine EMR häufig einen Ausweg aus Arbeitslosigkeit oder prekärer, unsicherer und wenig sinnstiftender (z. B. monotoner) Beschäftigung darstellt, so dass für diese Personen eine Rückkehr ins Erwerbsleben wenig attraktiv erscheint.

Viele Befragte beklagten zudem die (subjektiv) geringe Fähigkeit und Bereitschaft von ArbeitgeberInnen, sich auf Beschäftigte mit gesundheitlichen Einschränkungen einzustellen. Fluktuierende Leistungsfähigkeit und eine geringere Belastbarkeit seien aus Sicht der Befragten für ArbeitgeberInnen ein zu großes Risiko.

Eine weitere Barriere besteht in deutlichen Informationsdefiziten bei den befragten EM-RentnerInnen bzgl. Zuständigkeiten, Strukturen und Abläufen der beruflichen Rehabilitation und Wiedereingliederung sowie den daran beteiligten Akteuren. Fast alle Leistungen sind Antragsleistungen und setzen ein hohes Maß an Eigeninitiative voraus sowie die Fähigkeit, sich schriftliche Informationen proaktiv zu beschaffen und sich mit ihnen auseinanderzusetzen. Den meisten TeilnehmerInnen der BERATER-Studie waren nach eigener Aussage Institutionen wie Integrationsfachdienste und Möglichkeiten der beruflichen Rehabilitation unbekannt. Auch hatte die Mehrzahl vor der EMR keinen persönlichen Kontakt mit Reha-Fachberatern der Deutschen Rentenversicherung.

3. Unterstützungsansätze

Es gilt, eine schwierige Balance zu finden: Einerseits ist die EMR eine wichtige sozialpolitische Errungenschaft, die denjenigen mit chronischen und progredienten Krankheitsverläufen eine finanzielle Absicherung gegen den Verlust ihrer Erwerbsfähigkeit bietet. Nicht für alle EM-RentnerInnen ist eine Rückkehr ins Erwerbsleben möglich oder anstrengenswert. Zugleich soll die befristete EMR denjenigen Versicherten Anreize zur Rückkehr ins Erwerbsleben bieten, deren Gesundheit sich im Verlauf stabilisiert oder verbessert.

Ein zentraler Punkt ist daher die Durchlässigkeit zwischen EMR und Erwerbstätigkeit. Häufig scheint das Problem darin zu liegen, dass EM-RentnerInnen einerseits unzufrieden sind mit ihrer von einer niedrigen EMR und geringer gesellschaftlicher Teilhabe geprägten Lebenssituation, zugleich aber die Hürde hoch ist, die durch langwierige Anträge (und teilweise im Rechtsstreit) erlangte EMR wieder abzugeben. Das Risiko, mit den vorhandenen Einschränkungen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nicht wieder Fuß fassen zu können, erscheint vielen zu Recht sehr groß. Zugleich zeigen die Daten, ähnlich wie bei Langzeitarbeitslosen, dass die Absicht zur Erwerbstätigkeit immer geringer wird, je länger die EMR bezogen wird.

Eine große Hürde besteht aus Sicht der befragten EM-RentnerInnen in der Unübersichtlichkeit der Zuständigkeiten, Einrichtungen und Träger im Bereich der beruflichen Reintegration, in dem Information aktiv gesucht und Unterstützung initiativ beantragt werden muss. Dies stellt für viele Betroffene (insbesondere mit geringer Bildung) eine Überforderung dar. Eine mögliche Strategie könnte in persönlicher und aufsuchender Beratung und Informationsvermittlung für potentiell rückkehrinteressierte EM-RentnerInnen liegen.

Die Möglichkeiten medizinischer Rehabilitation werden trotz des Grundsatzes „Reha vor Rente“ oftmals nicht ausgeschöpft – unsere Daten zeigen, ähnlich wie andere Studien (Märtin et al., 2012, 2015), dass rund 40 % der Versicherten in den vier Jahren vor

der EMR keine medizinische Rehabilitation durchlaufen hatten. Sobald eine EMR bewilligt ist, bestehen rechtliche Hürden beim Zugang zu medizinischen und beruflichen Rehabilitationsleistungen, so dass diese von EM-RentnerInnen selten in Anspruch genommen werden. Dieses wird aktuell in der durch die Deutsche Rentenversicherung geförderten REBER-Studie genauer untersucht. In der BERATER-Studie bestand bei den Befragten zudem eine geringe Zuversicht, dass eine klassische medizinische Rehabilitation ihre Erwerbsfähigkeit nennenswert verbessern könnte. Gesundheitsfördernde Maßnahmen wie Unterstützung bei Lebensstiländerungen und beim Abnehmen, Verbesserung der körperlichen Fitness und der seelischen Gesundheit wurden jedoch von fast allen Befragten als erfolgversprechend bewertet.

Die meisten Befragten gaben eine Teilzeitstelle als beste Lösung an. Auch flexible Arbeitszeitmodelle (z. B. im Sinne von Arbeitszeitkonten) stellen aus Sicht der Betroffenen eine vielversprechende Möglichkeit für Menschen dar, die krankheitsbedingt nur an einzelnen Tagen oder zu bestimmten Tageszeiten arbeitsfähig sind (wörtliche Aussage einer Studienteilnehmerin: „Es gibt Tage, an denen könnte ich problemlos acht Stunden arbeiten, an anderen geht gar nichts“).

Weitere von StudienteilnehmerInnen mit Rückkehrabsichten häufig genannte Maßnahmen waren Tätigkeitswechsel, verbunden mit den dafür notwendigen Weiterbildungen, sowie fortlaufendes Coaching, Therapie und Beratung. Letzteres deckt sich mit Erfahrungen aus dem Betrieblichen Eingliederungsmanagement (BEM) und dem Ansatz des Supported Employment, dass eine langfristige, individuelle Unterstützung essentiell für eine erfolgreiche berufliche Wiedereingliederung ist. Oftmals geht es nicht um eine Wiedereingliederung mit 100%iger Leistungsfähigkeit, sondern darum, wie Menschen mit schweren, teils chronischen, teils fluktuierenden Krankheitsverläufen in den Arbeitsmarkt integriert werden können. Das „Risiko“ hierfür darf nicht allein bei den Versicherten liegen, die offensichtlich einen „Spatz in der Hand“ in Form einer niedrigen EMR der Unsicherheit und dem Risiko vorziehen, trotz schwerer und multipler gesundheitlicher Einschränkungen auf einem kompetitiven Arbeitsmarkt noch einmal Fuß zu fassen. Auch für ArbeitgeberInnen stellen Beschäftigte mit schweren gesundheitlichen Einschränkungen ein gewisses unternehmerisches Risiko dar, das ihnen eine hohe Flexibilität und Anpassungsfähigkeit abverlangt. Wirtschaftliche Anreize zur Beschäftigung und Wiedereingliederung von Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen wie beispielsweise in den Niederlanden (Reese & Mittag, 2014) sind daher ebenso wichtig wie eine langfristige Unterstützung, Beratung und Begleitung durch qualifizierte Begleiter (Welti & Groskreutz, 2014).

Die Integration von Menschen mit körperlichen und/oder seelischen Einschränkungen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt ist im Hinblick auf den demografischen Wandel, alternde Belegschaften und die Zunahme von lebensstilbezogenen Erkrankungen eine wichtige wirtschaftliche und soziale Aufgabe.

III. Zusammenfassung / Implikationen

Die BERATER-Studie zeigt, dass unter den Versicherten, die eine befristete EMR beziehen, ein bedeutsamer Teil Absichten zur Rückkehr ins Erwerbsleben äußert. Geringeres Alter, eine relativ kurze Dauer des EMR-Bezugs und ein EMR-Zugang aus einer Beschäftigung sind prädiktiv für eine starke Rückkehrabsicht. Schul- und Berufsbildung sowie der Grad der subjektiven gesundheitlichen Einschränkung sind es hingegen überraschenderweise nicht.

Die von den befragten EM-RentnerInnen genannten Barrieren beziehen sich sowohl auf gesundheitliche als auch arbeitsmarktbezogene Faktoren. Des Weiteren spielt die Zugänglichkeit von Informationen eine wichtige Rolle. Die Beseitigung dieser Barrieren ist eine komplexe Aufgabe, für deren Bewältigung sich Versicherte, Arbeitgeber, betriebliche Interessenvertretungen, Rentenversicherung, Integrationsfachdienste und Bildungsträger gut vernetzen müssen (Welti & Groskreutz, 2014). Auch kann es hilfreich sein, das soziale Netzwerk der Versicherten näher zu berücksichtigen und evtl. in die Interventionsmaßnahmen einzubeziehen.

Die Kernaussage der BERATER-Studie ist daher, das Potential erwerbsmotivierter EM-RentnerInnen nicht ungenutzt zu lassen, sondern sie aktiv bei der Beseitigung der wahrgenommenen Barrieren und Nutzung ihrer persönlichen Ressourcen zu unterstützen.

Literatur

Bethge M., Egener U., et al. (2011): *Risikoindex Erwerbsminderungsrente (RI-EMR). Eine prozessdatenbasierte Fall-Kontroll-Studie mit 8500 Männern und 8405 Frauen.* Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 54(11): 1221-8.

Deutsche Rentenversicherung Bund (2015): *Rentenversicherung in Zahlen 2015.* Berlin, DRV Bund.

Gühne U. & Riedel-Heller S.G. (2015): *Die Arbeitssituation von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen in Deutschland.* Berlin, Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN), 2015.

Hagen C., Himmelreicher R. K., et al. (2010): *Soziale Ungleichheit und Erwerbsminderungsrente.* DRV-Schriften Band 55: 86–102.

Jacobi F., Höfler M., et al. (2014): *Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung – Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul Psychische Gesundheit (DEGS1-MH).* Nervenarzt 85 (1): 77–87.

Kobelt, A., Grosch E., et al. (2009): *Wollen psychisch erkrankte Versicherte, die eine befristete Rente wegen voller Erwerbsminderung beziehen, wieder ins Erwerbsleben eingegliedert werden?* Psychother Psychosom Med Psychol 59(7): 273–80.

Martin, S., Zollmann P., et al. (2012): *Sozioökonomische Situation von Personen mit Erwerbsminderung – Projektbericht I zur Studie.* DRV-Schriften. Berlin, Deutsche Rentenversicherung Bund. Band 99.

Märtin, S., Zollmann P., et al. (2015): *Sozioökonomische Situation von Personen mit Erwerbsminderung – Projektbericht II zur Studie*. DRV-Schriften. Berlin, Deutsche Rentenversicherung Bund. Band 105.

Mika, T. (2013). *Risiken für eine Erwerbsminderung bei unterschiedlichen Berufsgruppen*. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 56(3): 391-8.

Reese C. & Mittag O. (2014): *Wiedereingliederung und soziale Sicherung bei Erwerbsminderung – Vergleichsstudie für die EU-Länder Niederlande und Deutschland (Teil 1 & 2)*; Forum D, Beitrag D10-2014 bzw. D11-2014 unter www.reha-recht.de.

Welti F. & Groskreutz H. (2014): *Soziales Recht zum Ausgleich von Erwerbsminderung. Reformoptionen für betriebliche Prävention und Rehabilitation (Teil 1)*. Forum D, Beitrag 8/2014 unter www.reha-recht.de.

Zschucke E., Hessel A., Lippke S. (2016): *Befristete Erwerbsminderungsrente aus Sicht der Betroffenen: subjektiver Gesundheitszustand, Rehabilitationserfahrungen und Pläne zur Rückkehr ins Erwerbsleben*. Rehabilitation 2016 (55): 223–229.

Ihre Meinung zu diesem Fachbeitrag ist von großem Interesse für uns.
Wir freuen uns auf Ihren Kommentar auf www.reha-recht.de.
